

CAROLINE MARTINS JOSÉ DOS SANTOS

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA: ANALISANDO SUAS IMPLICAÇÕES COM O MONITORAMENTO E
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA GESTÃO MUNICIPAL**

BRASÍLIA, 2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINE MARTINS JOSÉ DOS SANTOS

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA: ANALISANDO SUA INTERFACE COM O MONITORAMENTO E
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA GESTÃO MUNICIPAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos
Anjos Scherer Brasília - DF 2016

BRASÍLIA, 2016

CAROLINE MARTINS JOSÉ DOS SANTOS

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA: ANALISANDO SUA INTERFACE COM O MONITORAMENTO E
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA GESTÃO MUNICIPAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos
Anjos Scherer

APROVADO EM 16/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer (presidente)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior

Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez

Universidade de Brasília

*Dedico àqueles que,
mesmo diante de todas as
adversidades, acreditam na
força de transformação que
emana de coletivos, acreditam
em um SUS forte e
fortalecedor de sociedades
mais justas. Que cada linha
aqui colocada contribua com a
transformação de cotidianos e
ajude a despertar caminhos
empoderadores.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ter me possibilitado percorrer caminhos em direção ao conhecimento, e sonhar com dias melhores em função disso.

Às minhas amigas de residência “forever”, pelo companheirismo, pela inspiração e pela certeza de que os encontros são o que de mais precioso pode haver nessa vida.

À Helena, pela amizade, e pela constante disponibilidade em compartilhar sua experiência e sabedoria comigo.

Aos amigos e à família que Brasília me deu, pela paciência, escuta constante e aconchego para os momentos difíceis.

Aos amigos cariocas que Brasília me deu, pela paciência, pelas risadas e pela coragem que vocês inspiraram em mim.

À Bibi, pela paciência, pelos gestos encorajadores e pela acolhida diária a toda angústia que me transbordou nessa jornada.

A todos os companheiros de trabalho, chefes, amigos, os de mais tempo, e os recém-chegados, agradeço a contribuição de vocês com os diálogos, compreensão e paciência em compartilhar cotidianamente minha dupla jornada.

Aos profissionais de Florianópolis, pela generosidade na acolhida, e em compartilhar suas experiências singulares, contribuindo com o conjunto do SUS.

À Prof. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer, pela paciência e oportunidade de tê-la contribuindo para essa construção.

*Atravessaram-me nas noites dormidas
Nas conversas de amigos,
Nas noites não dormidas.
E nos sentimentos não adormecidos.
Falaram em libras
Idiomas distantes...
Produtivês.
Entre idas e vindas
Habitaram meu âmago
Sem que sequer
Um terço pudesse ter se traduzido
Nas tão almejadas linhas
E vagas ideias do que
Se passa no fragmento de mundo escolhido.
Disseram-me que, mesmo com todo
Esse esforço, sofrimento, empolgação, esperança e desilusão
Jamais se tornariam
Algo acabado por assim dizer
É sempre inacabado,
Inconcluso,
Reticências...
Capturaram somente os atalhos
Para alimentar a curiosidade,
A crítica, e acabaram por fortalecer
As pontes de solidariedade
Que criamos com os que nos cercam
E com o que passamos a cercar.*

RESUMO

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ AB, constitui-se como estratégia voltada à superação de limitações da atenção básica por meio da implantação de dispositivos avaliativos capazes de promover transformações da realidade vivenciada pelas equipes. Enquanto instrumento de avaliação e contratualização de resultados desejáveis para a atenção básica, retrata aspectos da atual Política Nacional de Atenção Básica através dos padrões de qualidade que dissemina. O PMAQ AB envolve a contratualização de resultados e a concessão de incentivo financeiro proporcional ao desempenho obtido através de sua avaliação. Constitui-se também, como dispositivo que expressa influências de estratégias anteriores de indução ao monitoramento e avaliação, podendo ser considerado, em alguma medida, fruto de tais práticas. Em função da aposta que se tem na avaliação como mecanismo indutor de melhorias na atenção básica, e dos diversos modos como essa aposta pode ser traduzida na realidade local, faz-se necessário acompanhar de que modo o monitoramento e avaliação inerentes ao PMAQ AB são implantados em contextos específicos, e quais são suas implicações com as práticas de monitoramento e avaliação de modo geral, e demais especificidades locais. Para tanto, optou-se pela análise do caso de um município com considerável adesão e excelente desempenho no programa, como é o caso de Florianópolis, para levantar facilitadores e limitações do PMAQ AB para indução do monitoramento e avaliação, bem como sua correlação com aspectos locais, e seu potencial de promoção de melhorias na qualidade da atenção básica. Esse estudo é de natureza qualitativa, e utilizou a análise de conteúdo temática de Bardin para a sistematização e análise dos resultados. Identificou-se que Florianópolis apresenta um contexto local que se constitui como facilitador da implantação do monitoramento e avaliação pretendidos pelo PMAQ AB, mas também apresenta pontos de divergência com aspectos do programa. Contudo, evidencia-se que, mesmo que haja desalinhamento entre contexto local e o programa, a implantação mediada por um modelo de gestão participativa, pode induzir transformações potentes, ainda que seja a partir das divergências.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Health Care in Brazil, PMAQ AB, is constituted as a strategy aimed at overcoming limitations of primary care through the implementation of evaluative devices capable of promoting reality of transformations experienced by the teams. As a tool for evaluation and contracting desirable outcomes for primary care, portrays aspects of the current National Policy Basic, through the quality standards that disseminates. The PMAQ AB, involves contracting results and the granting of financial incentives proportional to the performance achieved by its assessment. It is also, as a device that expresses influences of previous strategies induction to monitoring and evaluation, can be considered to some extent, the result of such practices. Depending on the bet that has been in the evaluation as an inducer for improvement mechanism in primary care, and the various ways in which this commitment can be translated into local reality, it is necessary to monitor how the monitoring and evaluation inherent PMAQ AB are deployed in specific contexts, and what are its implications with the practices of monitoring and evaluation in general, and other local conditions. Therefore, we chose to analyze the case of a municipality with considerable adhesion and excellent performance in the program, as is the case of Florianópolis, to raise facilitators and limitations of PMAQ AB for induction of monitoring and evaluation, as well as its correlation with aspects local, and its potential to promote improvements in the quality of primary care. This study is qualitative, and used the content analysis of Bardin for the systematization and analysis of results. It was identified that Florianópolis has a local context that is as a facilitator of the monitoring implementation and evaluation intended by PMAQ AB, but also presents points of divergence with aspects of the program. However, it is clear that even if there is misalignment between the local context and the program, the implementation mediated by a participatory management model, can induce powerful transformation, even if it is from the differences.

Keywords: Evaluation; Programme of Health Family; Primary Health Care; Basic Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Erro! Indicador não definido.	4
Figura 2 - Etapas de Seleção dos Estudos		136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorização Análise de Conteúdo Temática	158
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Erro! Indicador não definido.	1
Tabela 2 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde de Florianópolis pelos Distritos Sanitários		25

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ACS-Agentes Comunitários de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

COAP- Contrato Organizativo de Ação Pública

DASP- Departamento Administrativo do Serviço Público

DEMAGS-Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS)

Esb-Equipes de Saúde Bucal

Esf-Equipes da Estratégia Saúde da Família

ESF-Estratégia Saúde da Família

IDH-Índice de Desenvolvimento Humano

M&A-Monitoramento e Avaliação

NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS-Organização Mundial de Saúde

PAB-Piso da Atenção Básica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM/ PAISC-Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e à criança

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

SUS-Sistema Único de Saúde

PNAB-Política Nacional de Atenção Básica

PNH-Política Nacional de Humanização

PPBS- Sistema de Planejamento, Programação e Orçamento

PSF-Programa Saúde da Família

REMUME- Relação Municipal de Medicamentos

RIMA- Rede Interfederativa de Monitoramento e Avaliação

SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica

SGEP-Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISAB-Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

UBS-Unidade Básica de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA-Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	14
1.1 -CONTEXTO DO ESTUDO.....	17
1.1.1-Caso Estudado: A implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ AB em Florianópolis.....	20
1.1.1.1- PANORAMA DO MUNICÍPIO QUANTO AOS DADOS DEMOGRÁFICOS, MORTALIDADE E MORBIDADE.....	22
1.1.1.2- CAPACIDADE INSTALADA-ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E RECURSOS HUMANOS.....	24
1.1.1.3- POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	26
2- ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	33
2.1.- Marcos e Concepções da Atenção Primária à Saúde no Cenário Internacional	33
2.1.2- Desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil.....	45
2.2-Monitoramento e Avaliação em Saúde: explorando sentidos.....	57
2.2.1- O percurso do desenvolvimento da prática do monitoramento e avaliação, conceitos, abordagens e finalidades e tipologias	59
2.2.2- Avaliação na Agenda do SUS e da Atenção Básica	74
2.2.3- Avaliação e sua Interface com a Gestão Pública: Modos e Iniciativas do SUS	89
2.3-PMAQ-AB: Análise do Programa como Dispositivo da Gestão para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	110
3- Problema de Pesquisa	126
3.1- Objetivo Geral.....	126
3.2- Objetivos Específicos	126
4- Percurso Metodológico	128
5- Resultados e Discussão.....	134
5.1- Revisão integrativa: Apontamentos sobre Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica no período de 2005 a 2015.	134
5.2-PMAQ: Interfaces com o Monitoramento e Avaliação de uma Gestão Municipal.	153

6- CONCLUSÕES.....	179	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS.....	187	

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), também denominada atenção básica em saúde (AB), é compreendida como o conjunto de práticas em saúde que permeia um modelo assistencial centrado no usuário-cidadão, cujo papel nos sistemas de saúde é o de prover a atenção ambulatorial de primeiro contato, voltada para a resolução de problemas de saúde mais frequentes e comuns em uma população, responsabilizando-se pela coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Sendo tomada sob uma perspectiva abrangente, é compreendida enquanto política de reorganização do modelo assistencial (CONILL, 2008). Em âmbito mundial, é considerada estratégia imprescindível para a organização de sistemas de saúde centrados no usuário cidadão, e capazes de prestar assistência integral, atuando também sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, e sendo considerado um dos modelos de atenção mais efetivos para o enfrentamento do aumento da prevalência das condições crônicas na população (SOUSA; HAMAM, 2009; OMS, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011) aponta bases conceituais e marcos operacionais para atualização do modelo que se espera que seja implantado no Brasil, apresentando uma concepção de atenção básica que corrobora com a concepção de APS abrangente. Cita entre seus princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização e a participação social, em um modelo notadamente alinhado com os atributos típicos de modelos de APS fortes e orientadoras de sistemas de saúde (BRASIL, 2011a; STARFIELD, 2002). A PNAB preconiza que o modelo a ser adotado para a concretização dos princípios supracitados e reorganização do sistema de saúde a partir da APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF).

No âmbito da gestão de políticas públicas, é imprescindível que monitoramento e avaliação (M&A) subsidiem o acompanhamento dos resultados pretendidos com uma política/intervenção em saúde, e também, a tomada de decisões para a correção e melhoria de percursos das políticas de modo dinâmico e oportuno (BRANCO, 2001, 2006). O M&A em saúde são consideradas funções gestoras da saúde e integram o conjunto de atribuições que competem aos gestores das três esferas de governo do Sistema Único de Saúde, incluindo a atenção básica (CRUZ, 2011).

As práticas de monitoramento e avaliação envolvem a gestão da informação, dos sistemas de informação, o monitoramento e acompanhamento de indicadores, a implementação de dispositivos de avaliação que sejam úteis à correção de percursos, à legitimação de estratégias programadas para a solução de certos problemas de saúde, ao julgamento de valor sobre qualquer um dos componentes de uma intervenção, e também, à evidenciação de reivindicações e dissensos referentes às estratégias avaliadas (FERREIRA, 2001; GUBA; LINCOLN, 2011; CHAMPAGNE et al, 2011; VIEIRA-DA SILVA, 2005).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) é instituído em 2011 (BRASIL, 2011a), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, constituindo-se como estratégia fortalecedora da política de atenção básica, e como dispositivo avaliativo que busca compensar esforços pela estruturação e qualificação da atenção básica a partir de parâmetros norteados pela política de atenção básica vigente.

O programa explicita e dissemina os padrões de qualidade esperados para a APS no contexto brasileiro, e é desenvolvido de modo a induzir a lógica da cultura de contratualização e da gestão por resultados. Sua implementação se dá em etapas que contemplam a adesão e contratualização, o desenvolvimento, a avaliação externa e a recontratualização. Ao final das três primeiras etapas, as equipes são certificadas de acordo com seu desempenho, e os municípios/Distrito Federal recebem um repasse de recursos adicionais proporcionais ao desempenho obtido através do pagamento do componente de qualidade do piso da atenção básica variável (BRASIL, 2012b; 2013).

Nas fases de adesão e contratualização, os gestores e equipes são apresentados à lógica de funcionamento do programa e aos padrões de qualidade a serem pactuados entre os atores envolvidos- gestão federal, gestores municipais/distritais e estaduais, e trabalhadores da atenção básica. A adesão é facultativa, e dependente do consentimento de equipes e gestores municipais.

A fase de desenvolvimento caracteriza-se pela implementação pelas equipes, gestores municipais/distrital e estados, de uma série de medidas de mudanças na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, buscando-se o aprimoramento de processos de melhoria da atenção que estão em curso nas equipes e municípios, e/ou implementando-os.

Entre as atividades previstas para essa fase estão a auto-avaliação, o monitoramento da atenção básica, o apoio institucional e a educação permanente, e é nessa etapa que pode ser observado o esforço pela indução de práticas de gestão que aprimorem o desenvolvimento da atenção básica, como o uso da informação e o monitoramento das práticas e ações em curso.

A fase de avaliação externa é desenvolvida através da coleta de dados no território de atuação de cada equipe, sendo realizada por instituições de ensino e pesquisas. Os dados são coletados através de questionários aplicados aos gestores, trabalhadores e usuários, observação da infraestrutura da rede local e verificação de documentos das equipes (BRASIL, 2013).

Considerando-se a relevância da atenção básica para a estruturação de sistemas de saúde, e a relevância que estratégias de monitoramento e avaliação têm para a produção de subsídios para a gestão e para a melhoria da qualidade da atenção ofertada, num cenário em que o PMAQ AB é a principal estratégia voltada para esse fim, pretende-se aqui, explorar de que modo uma gestão municipal apreende o M&A preconizados pelo programa.

Para isso, no presente estudo serão abordados, a partir de referências da literatura, aspectos inerentes ao desenvolvimento da atenção primária à saúde no cenário internacional e nacional, abordando-se aspectos conceituais, correntes envolvidas e marcos temporais.

O objetivo de tal exploração é a análise de aspectos que influenciam os padrões monitorados e avaliados pelo PMAQ AB, de modo que os mesmos possam

ser abordados e dialogados com sua implantação em uma gestão municipal. A primeira seção do capítulo 2- aspectos teóricos e conceituais- desse estudo destina-se a esse fim.

Na segunda seção desse mesmo capítulo, concepções de monitoramento e avaliação são abordadas na perspectiva de evidenciar definições, finalidades e modos de abordagem de práticas de monitoramento e avaliação. Tal análise faz-se necessária para que aspectos do PMAQ AB referentes ao monitoramento e avaliação possam ser explorados à luz da literatura.

A terceira e quarta seções do capítulo destinam-se à abordagem da inserção da agenda do monitoramento e avaliação na gestão da saúde e da atenção básica. Tal análise evidenciará a relevância do tema na gestão, os pressupostos para a ampliação dessa relevância, e aspectos referentes a modelos de gestão que se alinham a essa perspectiva. São abordadas também iniciativas da gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) que inserem o monitoramento e avaliação na melhoria da qualidade da atenção ofertada no sistema, e na atenção básica.

Como resultados, são apresentados em formato de artigos: uma revisão integrativa da literatura voltada para a análise das práticas de monitoramento e avaliação investigadas pela literatura nos últimos dez anos, considerando-se como marco, o lançamento da política de monitoramento e avaliação da atenção básica; e a implantação do PMAQ AB sob a perspectiva do monitoramento e avaliação em Florianópolis.

A seguir, apresenta-se o contexto do estudo, a partir da descrição do atual contexto da política de atenção básica, breve descrição do PMAQ AB, e do município a ser estudado, Florianópolis.

1.1 -CONTEXTO DO ESTUDO

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ AB, foi lançado no contexto do Saúde Mais Perto de Você, estratégia divulgada pelo Governo Federal no ano de 2011, com a finalidade de impulsionar

uma série de ações estratégicas para o fortalecimento da atenção básica a partir da superação de desafios relacionados ao seu subfinanciamento; à precária infraestrutura das unidades básicas de saúde; à urgência de efetivação da rede de atenção básica como porta de entrada resolutiva, equânime e coordenadora do cuidado do usuário; e à necessidade de aprimorar e qualificar os mecanismos de controle e fiscalização do cumprimento de responsabilidades, como a avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica (PINTO, 2014).

Entre as estratégias que integram o Saúde Mais Perto de Você, pode-se mencionar a reedição da Política Nacional de Atenção Básica e o lançamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica considera a atenção básica o conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que contempla a promoção e proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

A política ressalta que seu desenvolvimento deve se dar por meio da realização de práticas de cuidado e gestão participativas e democráticas, por meio do trabalho em equipe, e dirigidas ao território sobre o qual tem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012a).

A atenção básica é colocada como ponto de primeiro contato da rede de atenção à saúde, e é orientada pela premissa da responsabilidade sanitária, da vinculação com os usuários, pela perspectiva de continuidade do cuidado, da resolutividade das questões apresentadas e da interface que deve promover com outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011a).

Como ênfases da política, pode-se mencionar a centralidade da atenção básica na rede de atenção à saúde, e o escopo de intervenção e responsabilidade sobre a situação sanitária dos territórios de saúde. Essas diretrizes evidenciam uma aposta na atenção básica como protagonista da melhoria da qualidade da atenção ofertada na rede de atenção à saúde.

O PMAQ AB, como uma das intervenções do Saúde Mais Perto de Você, tem como principal objetivo, a divulgação de padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de modo que parâmetros de referência para o bom funcionamento das unidades básicas de saúde sejam disseminados, e induzam a

prática de ações/estratégias dirigidas ao aperfeiçoamento da atenção ofertada (BRASIL, 2011a, 2012b, 2013). Ao avaliar o desempenho das equipes, o PMAQ AB garante ao município o repasse de custeio proporcional ao desempenho alcançado; o recurso é denominado componente qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB).

O PMAQ AB foi lançado em 2011, e é facultada aos municípios, a adesão ao programa, de parte, ou da totalidade de suas equipes de atenção básica. O programa é desenvolvido em etapas que incluem: a adesão e contratualização, a fase de desenvolvimento- autoavaliação, o monitoramento de indicadores, o apoio institucional e a educação permanente- avaliação externa, certificação e recontratualização, conforme mencionado anteriormente.

Destaca-se que a adesão ao programa é voluntária para equipes e para gestores municipais, e que a contratualização envolve a assunção de compromissos com o programa- por exemplo, desenvolvimento das etapas de implantação do programa- e com o alcance de alguns de seus padrões mínimos.

A fase de desenvolvimento inclui as ações a serem realizadas pelos municípios que garantiriam melhor padrão de qualidade no acesso e na atenção ofertada. A realização da autoavaliação corresponde a 10% da pontuação correspondente ao desempenho final de cada equipe; enquanto o monitoramento de indicadores corresponde a 20%.

A avaliação externa é a coleta de dados oriunda de entrevistas realizadas com trabalhadores e usuários, análise documental e observação. Os padrões coletados por meio da avaliação externa correspondem a 70% do desempenho alcançado pelas equipes.

Tal avaliação é feita através de visitas in loco coordenadas por instituições de ensino e pesquisa que celebram termos de execução descentralizada com o Ministério da Saúde. A certificação corresponde ao momento em que cada equipe recebe um desempenho específico, o qual integrará o conjunto dos desempenhos das equipes de atenção básica municipais, e que gerará o montante do PAB variável qualidade a ser repassado aos municípios (BRASIL, 2011a, 2012 b, 2013).

Desse modo, observa-se a sincronicidade entre o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica e de estratégias voltadas para seu fortalecimento. O

PMAQ surge como estratégia voltada ao incremento de recursos destinados à atenção básica- o componente qualidade do PAB variável corresponde a aproximadamente 15% do PAB variável-, mostrando-se como caminho para superação de parte do problema do subfinanciamento (PINTO, 2014).

Por outro lado, o programa promove a disseminação de mecanismos de negociação de resultados e desempenho a serem alcançados pelas equipes de atenção básica para a alocação adicional de recursos, ao mesmo tempo em que dissemina padrões de qualidade esperados para a atenção básica. Além disso, trabalha-se com a hipótese de que o PMAQ retrata e revela consideravelmente aspectos da política de atenção básica (PINTO, 2014)

Portanto, o PMAQ, ao divulgar padrões desejáveis para a condução da política de atenção básica no âmbito dos municípios e equipes, representa uma carta de intenções do modelo de atenção básica promovido pela PNAB, constituindo-se como estratégia avaliativa e indutora da melhoria da gestão e da qualidade.

Atualmente, está em curso o terceiro ciclo do programa, em que mais de 38.000 equipes de atenção básica realizaram a adesão ao PMAQ AB (http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq).

Desse modo, percebe-se a relevância que o programa apresenta para a atenção básica, e é nesse cenário que se pretende explorar a implantação do programa no âmbito da gestão municipal.

1.1.1-Caso Estudado: A implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ AB em Florianópolis

O caso escolhido para análise das repercussões que o PMAQ deflagra no que concerne ao monitoramento e avaliação no âmbito da gestão municipal, foi o do município de Florianópolis. Tal escolha justifica-se pelo fato do município ser uma capital- o que supostamente indicaria uma maior estruturação da gestão- e por ter

tido uma consistente adesão das equipes de atenção básica no primeiro e segundo ciclo do programa, tendo obtido notável desempenho em ambos.

No primeiro ciclo, o município contou com a adesão de 91 equipes de atenção básica- considerando-se as possibilidades de adesão nesse ciclo, que incluíam a adesão conjunta de equipes de atenção básica e equipes de saúde bucal- das suas 104 equipes de saúde da família implantadas em setembro de 2011, período referente à adesão do primeiro ciclo (BRASIL, 2011a). Portanto, 87,5% das equipes de atenção básica participaram do PMAQ AB e tiveram os desempenhos relatados na tabela 1.

No segundo ciclo, o município contou com a adesão de 107 (96,4%) equipes de saúde da família dentre as 111 equipes de saúde da família implantadas em abril de 2013-período da adesão (BRASIL, 2013); 57 (98,2%) equipes de saúde bucal, dentre as 58 implantadas à época da adesão; e 11 (91,6%) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), das 12 implantadas à época.

Tabela 1- Desempenho do Município de Florianópolis no 1º e 2º ciclos do PMAQ AB

Desempenho PMAQ AB	Equipes AB				Equipes SB			Equipes NASF	
	1º Ciclo	%	2º Ciclo	%	1º Ciclo	2º Ciclo	%	2º Ciclo	%
Muito acima da Média	2	2,2	64	59,8	-----	28	49,1	3	27,3
Acima da Média	52	50,0	31	29,0	-----	18	31,6	6	54,5
Mediano ou Abaixo da Média	36	39,6	11	10,3	-----	9	15,8	2	18,2
Insatisfatório	0	0,0	0	0,0	-----	1	1,8	0	0,0
Desclassificado	1	1,1	1	0,9	-----	1	1,8	0	0,0
Total equipes	91	2,2	107	100,0	-----	57	100,0	11	100,0

PMAQ AB									
Total equipes CNES	104	87,5	107	96,4	50	58	98,3	12	91,7

Fonte: Dados extraídos das Listas finais de certificação do 1º e 2º ciclo disponíveis em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/certificacao_equipes_lista6.pdf e http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/2_lista_certificacao_2_ciclo_pmaq.pdf e do Histórico de Cobertura da Atenção Básica, acessado em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Além de ressaltar o desempenho acima da média ou muito acima da média em mais de 50% das equipes de atenção básica nos dois ciclos, cabe descrever aspectos sócio demográficos, mortalidade e morbidade, organização da rede de atenção à saúde e a política municipal de atenção básica.

1.1.1.1-Panorama do Município Quanto aos Dados Demográficos, Mortalidade e Morbidade

O município de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina e o segundo mais populoso do estado. Seu IDH- Índice de Desenvolvimento Humano- é o maior entre as capitais e o terceiro maior do país. A estimativa populacional projetada pelo Censo IBGE de 2010 para 2015 foi de 469.690 habitantes (http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.sh [tm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.sh)), mas segundo o Relatório Anual de Gestão do Município de 2015, a população em 2015 era de 433.158 habitantes, dos quais 208.789 são homens, e 224.369, são mulheres.

A população é eminentemente urbana, e a densidade demográfica é de 623,68, habitantes por km² (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015a). Ressalta-se que a pirâmide populacional da cidade é pouco comum nos dias atuais, prevalecendo uma maior concentração de jovens adultos, fato que poderia ser explicado pelo elevado deslocamento de jovens adultos de outras regiões do país para a cidade, com fins de inserção na Universidade ou no mercado de trabalho.

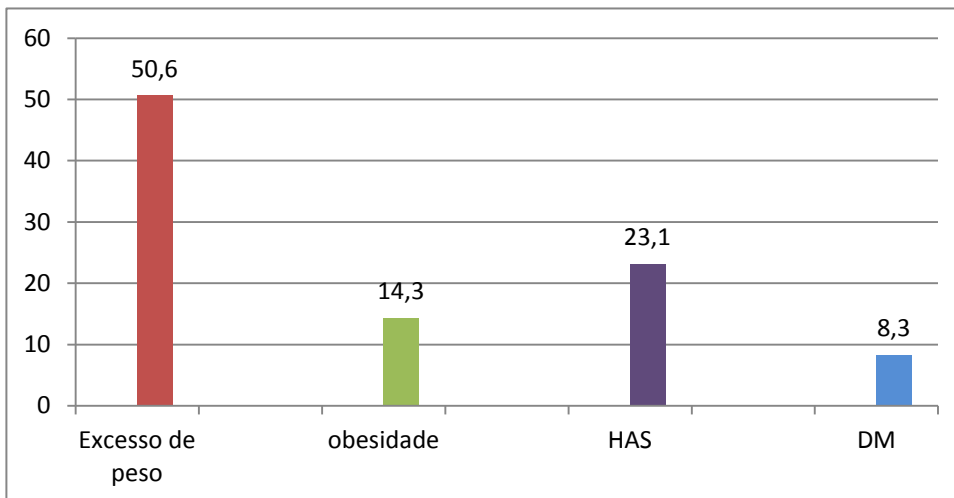
Em relação à mortalidade observada no Município, destaca-se que, a partir dos dados coletados em 2015 do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), as principais causas de mortalidade (segundo capítulo CID 10) são: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, correspondendo, respectivamente a, 30%, 26%, 10% e 11%. O Relatório de Gestão do município ressalta que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório diminuiu discretamente se considerados os dez últimos anos, enquanto que a mortalidade proporcional por neoplasias aumentou 28%. Esse cenário indica melhoria na assistência aos agravos do aparelho circulatório, e o aumento da mortalidade por neoplasia possivelmente associado ao aumento da expectativa de vida da população. O cenário de mortalidade em Florianópolis não difere muito do padrão nacional e da região sul do país.

No que se refere à taxa de internação hospitalar por grupos de causas, a maior taxa é do grupo de causas relacionadas à gravidez, aos partos e ao puerpério, seguindo o padrão nacional. Contudo, diferenciando-se do cenário estadual e nacional, a segunda maior taxa são as internações por neoplasias, o que não indicaria necessariamente uma grande prevalência de neoplasias, mas possivelmente, taxas menores por outras causas relevantes, tais como, causas referentes ao aparelho cardiovascular, traumatismos e aparelho circulatório, por exemplo.

Em relação à taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica, o município também se destaca pelo resultado alcançado em 2014: apresentou taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica de 22,3%, enquanto o estado apresentou 27,7%, e o país, 31,8%. Esse resultado pode ser explicado pelo considerável esforço que o município vem exercendo sobre a organização e qualificação da atenção básica.

Em relação à morbidade, recorreu-se aos dados obtidos através do último levantamento da operação de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-Vigitel- de 2014.

Figura 1-Prevalência de Doenças Crônicas auto referidas a partir do Vigitel



Fonte: Dados extraídos do Vigitel 2014

A proporção de excesso de peso de homens e mulheres de Florianópolis é de 50,6%, sendo que, no Brasil, essa frequência variou de 46,4% a 56,2%. Na região sul, essa foi a menor frequência encontrada.

A obesidade também foi a menor da região sul, sendo de 14,3%. Em relação à hipertensão arterial e ao Diabetes, Florianópolis ficou com a segunda maior prevalência da região sul, apresentando, respectivamente, 23,1% e 8,3%, o que indica aumento em relação aos anos anteriores (SMS FLORIANÓPOLIS, 2014, 2015a).

1.1.1.2-Capacidade Instalada-Estruturada da Rede de Atenção à Saúde e Recursos Humanos

A rede de saúde de Florianópolis está distribuída em regiões de saúde denominadas Distritos Sanitários; são eles: Distrito Centro; Distrito Continente; Distrito Leste, Distrito Norte e Sul.

O município possui 49 unidades básicas de saúde, 4 policlínicas, 4 centros de atenção psicossocial (CAPS)- sendo um adulto, um infantil, e dois de álcool e drogas-, 4 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência (SAMU), 2

Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 6 centrais de regulação, 3 unidades de vigilância em saúde, 1 laboratório municipal, e mais 46 estabelecimentos de saúde, entre clínicas especializadas e laboratórios, que prestam serviços à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, conforme ilustrado pela tabela 2 (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015).

Tabela2- Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde de Florianópolis pelos Distritos Sanitários

Estabelecimentos de Saúde	Distrito Centro	Distrito Continente	Distrito Leste	Distrito Norte	Distrito Sul
Unidade Básica de Saúde	6	11	9	11	12
Unidade de Pronto Atendimento	—	—	—	1	1
Policlínica	1	1	—	1	1
CAPS	2	1	1	—	—

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do sítio eletrônico da prefeitura de Florianópolis <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>

Em relação aos recursos humanos da saúde no município, o Relatório Anual de Gestão de 2015 refere a existência de 2.738 trabalhadores na Secretaria Municipal de Saúde, sendo 75,64% estatutários e 17,79% celetistas selecionados por concurso público, totalizando 94,59% de trabalhadores na rede com vínculo protegido.

Esse quadro aponta uma peculiaridade e potencialidade do município, pelo fato de que, a maior prevalência de vínculos protegidos pode contribuir para a continuidade das ações e melhor desempenho da gestão.

1.1.1.3-Política Municipal de Atenção Básica

A política de atenção básica do município de Florianópolis está orientada pela Estratégia Saúde da Família. Em abril de 2015, o município atingiu 100% de cobertura de equipes de saúde da família, considerando o parâmetro adotado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde-3.450 pessoas cobertas por equipe.

À época, eram 126 equipes de saúde da família implantadas no município; em dezembro de 2015, 133 equipes de saúde da família assistiam à população do município. Para que sejam abordadas as peculiaridades da política de atenção básica de Florianópolis, recorreu-se à carteira de serviços da APS de Florianópolis, que é o documento norteador da atenção básica no município.

Segundo esse documento, a concepção de APS adotada é de que esse é o nível do sistema de saúde caracterizado por ser porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas, cuja atenção é centrada na pessoa, e ao longo do tempo, para todas as condições, exceto as incomuns ou raras, sendo responsável pela integração e coordenação da atenção em outros níveis de atenção. São mencionados os atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2002)- acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (essenciais); e orientação familiar e comunitária e competência cultural (derivados)-como parte do que se define por APS.

A APS promove o atendimento à demanda espontânea e programada nas especialidades básicas- assistência médica, de enfermagem, odontológica, e medicamentos essenciais- nos centros de saúde. É a porta preferencial da rede de atenção à saúde, e seu acesso pode se dar por demanda da população, por busca ativa ou por encaminhamento de outro ponto de atenção da rede.

Compõem a APS as equipes de saúde da família (eSF), as equipes de saúde bucal-que atuam de modo vinculado às eSF-, as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e as equipes de consultório na rua.

As eSF são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

A equipe de saúde bucal (eSB) é composta por cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal. A equipe NASF é composta por um conjunto de profissionais- entre os quais podem estar o psiquiatra, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social- que devem acumular juntos 200 horas de trabalho, e cada categoria, entre 20 e 40 horas semanais.

As equipes de APS devem promover ações de promoção e prevenção, assistência e reabilitação, no âmbito de um território adscrito. Às equipes de saúde da família, cabe a responsabilidade pelo acompanhamento e coordenação do cuidado dos cidadãos do território adscrito, incluindo a avaliação da necessidade de encaminhamento para outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde.

As atividades mínimas de cada categoria profissional das equipes que compõem a APS são norteadas pela carteira de serviços do município (SMS FLORIANÓPOLIS, 2014).

As unidades onde se dão as ações de APS são os centros de saúde, os quais ficam incumbidos pela facilitação do acesso ao cuidado oportuno aos usuários. Nos centros de saúde, deve-se garantir o acolhimento com avaliação de risco/vulnerabilidade, e se necessário, o primeiro atendimento a cidadãos que não sejam do território sob responsabilidade do centro de saúde.

Os centros de saúde devem apresentar condições de estrutura e ambiência relatadas na Carteira de Serviços do Município, e contam com coordenação local e com os profissionais previstos na composição mínima das equipes de APS.

Para o conjunto dos trabalhadores que compõem a APS são previstas diretrizes para organização do acesso, diretrizes assistenciais, assistência farmacêutica, gestão da informação, realização de reuniões e outras atividades não assistenciais, participação popular e articulação com outros níveis assistenciais.

Organização do Acesso

Em relação às diretrizes de acesso destaca-se que o mesmo deve ser organizado a partir das necessidades da população e aspectos do território, considerando-se também, critérios de frequência, risco e vulnerabilidade. Preconiza-se que sejam definidos fluxos de entrada, a partir da ponderação das diferentes circunstâncias de busca do centro de saúde pelo usuário, quais sejam: demanda espontânea, demanda programática/cuidado continuado e urgência.

Deve-se sempre realizar a escuta qualificada- escuta da demanda, avaliação do risco e vulnerabilidade, e adequado encaminhamento- em todo o tempo de funcionamento, e por todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde. O atendimento à demanda espontânea de usuários que não residem no território de abrangência do centro de saúde deve também ser realizado segundo as premissas da escuta qualificada, e seguida de direcionamento do usuário para o centro de saúde de referência de sua residência.

As agendas devem ser organizadas sem reserva de vaga para tipos de usuários ou populações específicas, como por exemplo, hipertensos e diabéticos, exceto em caso previstos em programas municipais.

A continuidade do cuidado para condições que seguem calendários definidos e condições crônicas, deve ser assegurada pela equipe a partir da adoção de outras estratégias de acesso, vinculação, gestão da agenda e vigilância. O atendimento para demandas de cunho administrativo deve também ser garantido por meio da organização de fluxos específicos.

As agendas de médicos, enfermeiros e dentistas devem garantir, pelo menos, 50% de vagas para atendimento à demanda espontânea. Preconiza-se a oferta de diversos modos de agendamento-email, telefone, grupo de marcação, entre outros- que garantam equidade e oportunidade constante de agendamento pelos usuários. Ressalta-se a relevância de manutenção de canais de comunicação da equipe e cidadãos para facilitar o acesso, a troca de informações e oferta de orientações gerais aos mesmos.

Preconiza-se que o tempo de espera entre marcação e atendimento seja de, no máximo, sete (7) dias, nos Centros de Saúde cujas equipes estão completas e a

população adscrita é de aproximadamente 3.000 pessoas. O tempo de espera na unidade para o atendimento deve ser de até 30 minutos.

Os casos emergenciais devem ser sempre atendidos e/ou realizados os procedimentos adequados, independentemente do quantitativo de consultas agendadas.

Articulação com Outros Níveis Assistenciais

Em relação aos encaminhamentos e contato/integração com outros níveis assistenciais, a carteira de serviços do município apresenta algumas premissas. Recomenda que todo encaminhamento realizado pelos Centros de Saúde seja registrado em prontuário, e em caso de urgência, sugere-se que seja feito contato adicional pelo telefone e/ou encaminhamento por escrito.

A ESF deve fornecer ao usuário encaminhado orientações por escrito com nome, endereço e telefone da unidade para a qual está sendo encaminhado, bem como a data e horário do encaminhamento.

As Esf devem gerenciar os casos compartilhados com outros pontos de atenção de rede de atenção à saúde, de modo a coordenar o cuidado e manter-se responsável pelo mesmo.

Os centros de saúde são os responsáveis pela regulação do acesso à atenção especializada. As eSF regulam o acesso aos NASF, exceto em casos em que hajam outros fluxos/critérios pela gestão municipal ou conjunto das equipes eSF/NASF, ou em situações de urgência nas quais só possa se recorrer a profissionais das equipes NASF.

O acesso aos CAPS deverão ser, preferencialmente, regulados pela equipes de saúde mental dos NASF. E os casos de alta de CAPS a serem referenciados para os NASF devem ser dialogados no âmbito dos distritos sanitários. Outros pontos de atenção da rede de saúde não regularão o acesso aos NASF, exceto em casos normatizados pela gestão municipal.

As solicitações de exames complementares e encaminhamentos realizados pela rede privada deverão passar por avaliação das equipes de saúde da família.

As equipes de saúde da família deverão utilizar o telessaúde para discussão de casos com especialistas, e também, outros meios de comunicação, como e-mail, telefone, de modo a garantir a coordenação do cuidado.

Diretrizes assistenciais

As diretrizes assistenciais relatadas na Carteira de Serviços do Município abarcam atenção à saúde da criança e do adolescente, atenção à saúde do adulto e do idoso, procedimentos e pequenas cirurgias, primeiro atendimento às urgências e emergências, atenção domiciliar e coletiva.

Observa-se a orientação das atividades assistenciais para os ciclos de vida no que concerne, à identificação e manejo de condições diversas, ao rastreamento de condições específicas, ao atendimento compartilhado e à vigilância em saúde. Destaca-se o amplo escopo de procedimentos previstos na carteira de serviços, bem como as situações de urgência e emergência pelas quais a APS fica responsável pelo primeiro atendimento. Observa-se que esse eixo da carteira de serviços esclarece e orienta o escopo de intervenção da atenção primária à saúde.

Assistência Farmacêutica

Nesse eixo são orientados aspectos referentes à dispensação e promoção do uso racional de medicamentos. Destaca-se que o município possui sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) disponível no sítio eletrônico da prefeitura com informações sobre a apresentação (concentração e forma farmacêutica) e local de acesso aos medicamentos, e cada centro de saúde possua uma cópia da relação.

Recomenda-se a dispensação de medicamentos essenciais durante todo o horário de funcionamento dos Centros de Saúde, o comprometimento das equipes com a promoção do acesso a tais medicamentos, e o acompanhamento e avaliação de seu uso pelos usuários. Preconiza-se que cada centro de saúde realize

diagnóstico e planeje ações para o uso racional de medicamentos, apoiados pelo NASF e farmacêuticos.

A carteira de serviços destaca ainda que enfermeiros devem prescrever medicamentos de acordo com protocolos e/ou normativas técnicas e decretos que regulamentem tal prescrição, e de acordo com a legislação profissional.

Reuniões

A carteira de serviços recomenda horas destinadas às reuniões com todos os profissionais dos centros de saúde, entre profissionais das equipes, e entre agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Propõe que as reuniões sejam organizadas de modo que nenhum usuário fique desassistido em função das reuniões.

Participação Social

Em relação à participação social, a carteira de serviços de Florianópolis apenas recomenda a existência de um Conselho Local de Saúde em todas as unidades de APS. Contudo, não indica periodicidade, representatividade ou mais detalhes referentes ao seu funcionamento.

Em síntese, a Carteira de Serviços da APS segue boa parte do que a PNAB 2011 preconiza em relação à composição das equipes, atribuições, concepção de atenção primária e funções sob responsabilidade desse nível de atenção, tais como a promoção e prevenção, assistência e reabilitação.

Com isso, observa-se que as diretrizes assistenciais da carteira de serviços de Florianópolis revelam a inclinação do modelo de atenção à saúde para a integralidade- na medida em que a assistência contempla promoção, prevenção, diagnóstico, manejo e reabilitação de uma grande lista de condições, incluindo agravos crônicos e condições agudas, e não somente as ações programáticas tradicionalmente contempladas em modelos de atenção primária, como aquelas relacionadas ao grupo materno-infantil.

Chama a atenção também, o fato de algumas das diretrizes adotadas pela carteira de serviços não se alinharem com modelos consagrados na atenção básica, tal como a “tradicional” organização da agenda para as ações programáticas e a recomendação de não haver reserva de agenda para determinados agravos.

Ressaltam-se na carteira de serviços as orientações voltadas para organização do acesso e coordenação do cuidado, visto que esses são atributos essenciais para que sejam promovidos avanços no modelo de atenção básica, superando-se as perspectivas hegemônicas da oferta de ações de promoção e prevenção, e também de ações programáticas.

O instrumento de autoavaliação utilizado pelo município de Florianópolis adota padrões que conotam o grau de alcance de diretrizes previstas na Carteira de Serviços da APS de Florianópolis.

Outros pontos que merecem destaque na contextualização do município estudado na presente dissertação é a estruturação de programa municipal de residência em medicina de família e comunidade, que amplia o número de profissionais na rede, promove o aprimoramento dos profissionais que os acolhem, e provocando questionamentos quanto a processos instituídos.

Além disso, merece destaque a elaboração de protocolos de enfermagem, que imprime autonomia e agilidade ao trabalho dos gestores, e também os Guias de Prática Clínica, que orientarão direcionamentos assistenciais a partir de evidências científicas recentes.

Desse modo, a partir da apresentação do contexto do estudo, parte-se do princípio de que é necessário explorar o território da atenção básica contemplado pelo PMAQ AB antes mesmo de adentrar os sentidos do monitoramento e avaliação.

Por essa razão, essa dissertação inicia seu percurso através da apresentação dos marcos, aspectos teóricos e conceituais desenvolvidos na discussão de atenção básica no cenário internacional, a trajetória de desenvolvimento da atenção básica no Brasil e características da Política Nacional de Atenção Básica vigente refletidas a partir de referências da literatura.

2. ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

2.1.- MARCOS E CONCEPÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL

Segundo a Declaração de Alma-Ata, elaborada a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), os cuidados primários referem-se aos cuidados amparados por métodos e tecnologias práticas cientificamente validadas e socialmente aceitáveis, disponibilizadas universalmente para indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua participação, e a um custo que a comunidade e o país possam arcar (OMS, 1978).

A Conferência de 1978 coloca em debate a situação de saúde no mundo, considerando a responsabilidade dos governos pela provisão de medidas que possam promover melhorias na situação sanitária e social dos países. Para tanto, defende o fortalecimento da atenção primária como medida para melhoria da situação de saúde nos países, sobretudo, nos países pobres ou em desenvolvimento, cuja situação de saúde era distinta e precária em relação a dos países desenvolvidos.

A aposta observada na Declaração é em uma concepção de atenção primária que integra o sistema de saúde e que faz parte também do desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo a atenção básica situada como estratégia prioritária para o alcance das Metas do Saúde para Todos no Ano 2000, e um caminho para a incremento do desenvolvimento econômico e social e alcance da equidade em saúde.

A concepção de atenção primária apresentada na Declaração de Alma Ata foi uma das primeiras propostas, e possui influências do modelo de atenção à saúde expressado no Relatório Dawson e do movimento de medicina comunitária- que tem

sua origem atrelada às proposições do próprio Relatório Dawson (SILVA JÚNIOR, 1998).

Segundo a Declaração, a APS deve representar o primeiro ponto de contato dos cidadãos com o sistema de saúde, devendo ser ofertada o mais próximo possível de onde as pessoas moram e trabalham numa perspectiva de provisão de cuidado continuado.

A concepção de Alma Ata ressalta aspectos como os tipos de cuidados a serem ofertados pela atenção primária, as tecnologias e recursos a serem empregados, os tipos de problemas a serem contemplados e o momento e quem acessaria a atenção primária no contexto dos sistemas nacionais de saúde.

Enfatiza-se que a APS deve ser o contato inicial e universal para as pessoas, famílias e comunidades, devendo atender os principais problemas da população mediante o uso de tecnologias cientificamente legitimadas e socialmente aceitáveis, a um custo sustentável para os países.

Em menção aos serviços de atenção primária, é destacado na Declaração que os mesmos devem contemplar a proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades apresentadas, e numa perspectiva de integração a um processo permanente de assistência em saúde.

Entre os principais problemas a serem enfrentados são elencados: educação em saúde; promoção e distribuição de alimentos e nutrição apropriada; provisão de água de qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. (OMS, 1978).

Essa concepção é influenciada pelas elaborações presentes no Relatório Dawson, pelo fato de marcar a atenção primária como primeiro ponto de contato com a rede de atenção à saúde, considerando-se as premissas de integração com o sistema de saúde e de oferta de promoção em saúde, cura e reabilitação.

O Relatório de Dawson é oriundo do Reino Unido, tendo sido apresentado na década de 1920 como um dos primeiros modelos de atenção à saúde a dar destaque ao papel da APS, e cujos objetivos incluíam a reorganização do sistema de saúde inglês em um contexto de crise, e a apresentação de uma contraproposta

ao modelo flexneriano americano, de natureza eminentemente curativista, biológico-centrado, focado na atenção individual ofertada em hospitais, e direcionado para o uso exacerbado de tecnologias (SILVA JÚNIOR, 1998; MATTA; FAUSTO, 2007; SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Esse documento caracterizou-se pela elaboração de um modelo que apostava na hierarquização e regionalização dos serviços, sendo composto por centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, distribuídos em distritos de saúde (STARFIELD, 2002). O modelo proposto investia na regionalização e hierarquização dos serviços, características que permanecem presentes na atenção primária (MATTA; FAUSTO, 2007).

Observa-se no modelo a premissa da distribuição regionalizada dos serviços, de modo que fossem consideradas as necessidades locais de cada região, localizando os serviços da atenção primária como referência para o contato inicial e no qual as ações preventivas e curativas são integradas (MATTA; FAUSTO, 2007).

A concepção de Alma Ata é influenciada pelas ideias aventadas no Relatório Dawson, e configura-se como o espaço de consagração das concepções da medicina comunitária (SILVA JÚNIOR, 1998).

Na Inglaterra, o Relatório Dawson e conseqüentemente, as proposições de medicina comunitária, foram implantadas na década de 1940. A medicina comunitária expande-se também nos Estados Unidos a partir da década de 1960, em um contexto de crise deflagrada pela acelerada expansão de serviços especializados, tendo forte correlação com as propostas de combate à pobreza oriundas do Governo à época (SILVA JÚNIOR, 1998; CONILL, 2008). Na América Latina e em países da África e Ásia, a medicina comunitária foi propagada a partir de programas financiados por fundações filantrópicas americanas e desenvolvidos por Universidades em projetos piloto, sendo disseminados como estratégias voltadas para o desenvolvimento econômico e social (MATTA; FAUSTO, 2007; MENDONÇA, 2008).

De modo geral, pode-se dizer que esse movimento salientou a atenção primária como o nível de atenção responsável pelo início do cuidado e definidora dos cuidados a serem ofertados pelos outros níveis de atenção, reforçando

características da APS como atenção de primeiro contato e atuação próxima do cotidiano das pessoas (Matta & Fausto, 2007).

É na década de 1970 que esses serviços se expandem enquanto ações do Estado para a organização da saúde, ofertando cobertura ampliada de ações elementares de atenção em saúde aliados às ações de cunho preventivo e de promoção de saúde protagonizadas por pessoas da comunidade treinadas por profissionais de saúde (MATTA; FAUSTO,2007).

A expansão desses programas influencia a entrada da atenção básica na agenda da OMS pelo fato de evidenciarem o potencial de expandir a cobertura de ações e serviços de saúde. A OMS torna-se a principal propagadora de estratégias influenciadas pela medicina comunitária, e o Banco Mundial, o principal financiador (SILVA JÚNIOR, 1998).

Contudo, a despeito da relevância da proposta de medicina comunitária ter enfatizado o papel dos cuidados primários, podem-se mencionar críticas quanto a sua limitação em fazer oposição ao modelo de atenção flexneriano, e quanto à restrição da oferta que pode caracterizar alguns programas vinculados à medicina comunitária. Silva Júnior (1998) relata limitações referentes: à atuação sobre os determinantes sociais, reduzida ao nível local; às práticas ainda pouco integradoras de ações preventivas e curativistas, e caracteristicamente centradas no ato médico e consumo tecnológico; ao favorecimento de acúmulo de capital nas grandes corporações médicas, pelo fato de gerar a expansão dos núcleos de consumo médico aos grupos marginalizados das comunidades; à manutenção da dualidade do sistema de saúde, em que os cuidados primários são ofertados para os grupos menos favorecidos, e a medicina flexneriana para os grupos mais abastados.

As percepções que se têm na literatura acerca da concepção de APS de Alma Ata refletem potências e limitações encontradas nas críticas feitas ao Relatório Dawson, e ao modelo de medicina comunitária-conforme verificado anteriormente. A seguir, são apresentadas algumas dessas percepções.

Para Giovanella & Mendonça (2008), a concepção de atenção primária expressada em Alma Ata é abrangente. Leva-se em consideração para tal afirmação o fato de dessa definição posicioná-la como elemento central do sistema de saúde, e também, parte do desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo seu

enfoque dirigido para a comunidade, superando a perspectiva individualista de atenção em saúde e prevendo a articulação com outros setores para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde.

Destaca-se ainda a participação comunitária como elemento que atribui a essa concepção uma perspectiva mais abrangente, na medida em que outros atores são considerados para a oferta de ações de atenção primária, como os próprios agentes da comunidade, que treinados, passam a integrar o processo de produção do cuidado (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

O que possivelmente pode conferir algum ar de seletividade a essa concepção é a lista de problemas principais a serem abordados, que, apesar do movimento pelo reconhecimento das necessidades de saúde para o planejamento de intervenções e também pela menção ao acionamento de outros setores para atuação sobre os determinantes de saúde, ainda adota uma perspectiva restrita ao apontar uma lista com os problemas de saúde tradicionalmente enfrentados por modelos caracteristicamente verticalizados.

Conill (2008) propõe a leitura de dois pólos na proposição de Alma Ata: um pólo tecnocrático, cuja aposta se dava sobre a incorporação de práticas médicas inovadoras, e na racionalização das práticas (comunidade como centro de atuação, hierarquização, coordenação e integração do cuidado); e um pólo associado a maior democratização dos serviços, caracterizado pelas mudanças encontradas na divisão do saber através da ampliação da equipe, incorporação de agentes comunitários, acesso e controle social.

Apesar da abrangência da concepção de atenção primária de Alma Ata, uma segunda onda de discussões sobre atenção primária à saúde surge a partir da realização da Conferência de Bellagio, e na contramão das premissas de atenção primária abrangente.

A Conferência de Bellagio aconteceu no ano seguinte ao da Conferência de Alma Ata, apresentando proposições que respondiam às críticas quanto à inexecutabilidade da proposta de Alma Ata como estratégia para o cumprimento das metas do Saúde para Todos no ano 2000. Nessa Conferência foi disseminado o modelo de APS seletiva enquanto proposta complementar a de Alma Ata, e atrelada

à ideia de estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (MATTA; FAUSTO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A proposição dirigia-se para questões tradicionalmente abordadas na atenção primária por meio de programas específicos. Entre elas pode-se mencionar: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno, imunização, e em alguns programas, suplementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização feminina (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Isto é, ações voltadas para saúde materno-infantil e uma série de medidas consideradas paliativas diante de realidades que exigiam abordagens mais amplas, e próximas às premissas disseminadas em Alma Ata.

Apesar das proposições terem sido divulgadas com caráter provisório e complementar às propostas de Alma Ata, nas décadas de 1980 e 1990, diante de um contexto de crise econômica e de prescrição de políticas de ajuste estrutural em âmbito mundial, esse foi o modelo hegemônico difundido por diversas agências internacionais, incluindo a própria OMS. Tal modelo ficou conhecido como atenção primária seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), e foi amplamente difundido por agências internacionais, sob o argumento do novo universalismo, no qual era preconizado que os Estados assumissem um conjunto de ações essenciais ofertadas a todos no lugar de oferecer todas as ações para toda população, ou um conjunto mínimo de ações voltadas somente para os pobres (WHO, 2000 apud MATTA; FAUSTO, 2007).

Foi na tentativa de marcar as diferenças com essa proposta seletiva de atenção primária eminente à época, que a denominação atenção primária é renegada em detrimento da denominação atenção básica no Brasil. Dado o contexto da Reforma Sanitária Brasileira, de luta pela consolidação do direito à saúde e de sua vinculação a uma proposta de justiça social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), a denominação e essa concepção de atenção primária seletiva é renegada.

Uma terceira onda de discussão do modelo de atenção básica no cenário mundial pode ser identificada na metade da primeira década de 2000, observando-se um enfraquecimento das propostas de APS seletiva e resgate da APS abrangente, diante de um cenário de limitações encontradas pela atenção primária

seletiva em prover melhorias na situação de saúde mundial, e mesmo na redução da pobreza.

Em 2005, é lançado um documento de posicionamento pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS, no qual é enfatizada a necessidade de renovação do debate sobre atenção primária nas Américas face ao surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para sua abordagem; à necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens da APS; ao crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; e ao consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade (OPAS/OMS, 2005).

Enfatiza-se a renovação da atenção primária como condição para o cumprimento dos Objetivos do Milênio, em acordo com o que foi articulado pela Comissão da OMS sobre Determinantes sociais de saúde, e ainda, em atenção à saúde como direito humano, conforme articulado por grupos da sociedade civil. Portanto, a ênfase observada nesse documento é na compreensão da saúde como direito humano, sendo necessária a abordagem dos determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também o estabelecimento de políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para redução de desigualdades e alcance da equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O documento deixa clara a retomada das proposições de Alma Ata, utilizando esse legado para imprimir novo fôlego ao debate. São ressaltados aspectos como a indispensável atenção a ser dada às necessidades estruturais e operacionais tais como o acesso, financiamento, adequação e sustentabilidade de recursos, comprometimento político e desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de qualidade.

Princípios da proposição de Alma Ata são destacados tais como a participação, intersetorialidade, justiça social, sendo citados ainda a responsabilização governamental, receptividade e orientação de qualidade (OPAS/OMS, 2005).

Outro relatório da OMS que faz menção à relevância da atenção primária para a modificação da situação de saúde no mundo é o Relatório Mundial de Saúde de 2008- Atenção Primária em saúde: agora mais do que nunca (WHO, 2008).

Após 30 anos da Conferência de Alma Ata, esse documento também traz como proposta a reafirmação dos princípios da atenção primária abrangente como medida para provisão de melhorias na situação de saúde mundial, dadas as irregularidades encontradas nas reformas influenciadas pelo movimento da atenção primária e também, em função das mudanças epidemiológicas atualmente encontradas.

Nele critica-se também a compreensão limitada da atenção primária como mais um programa de serviços básicos voltados para pobres, atribuindo essa visão amplamente difundida, principalmente na década de 1990, a setores fora da saúde e aos ajustes estruturais.

Para superação dos desafios citados, o documento propõe quatro conjuntos de propostas que abarcam: reformas que garantam que os sistemas contribuam para a equidade em saúde, justiça social e fim da exclusão, através do avanço do acesso universal e da proteção social da saúde (reformas de cobertura universal); reformas de reorganização dos serviços em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de modo a torná-los socialmente relevantes (reformas de prestação de serviços); reformas que garantam comunidades saudáveis através da integração das ações de saúde pública na atenção primária e da promoção de políticas públicas saudáveis em todos os setores (reformas de políticas públicas); e reformas que substituam o comando e controle autoritário e/ou o descompromisso do Estado, por uma liderança participativa e inclusiva (reformas de liderança).

Nesse sentido, esse relatório reafirma a atenção primária como estratégia para a efetivação da saúde como garantia de direito social, e relata esse conjunto de reformas, que seriam caminhos possíveis para essa consolidação.

Destarte, considerando-se essas ondas de profusão de concepções e propostas de organização da atenção primária, pode-se destacar conceituações e correntes oriundas desses movimentos.

Segundo Giovanella & Mendonça (2008), atenção primária é um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas, compreendida como base de um modelo

assistencial de sistemas de saúde que têm como centro o usuário-cidadão. Ainda segundo sua definição, é a atenção ambulatorial de primeiro nível, caracterizada pelo conjunto de serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, cujo foco de atuação é sobre os problemas mais comuns, voltando-se para a resolução da maioria dos problemas de uma população.

A atenção primária seria ainda o modelo cujo objetivo é a viabilização de um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, com potencial de reverter o modelo de atenção de enfoque curativista, individualista e hospitalocêntrico, por um modelo dirigido para a prevenção, coletividade, territorialização e democracia (MATTA; FAUSTO, 2007)

Giovanella & Mendonça (2008) identificam três linhas de interpretação da expressão atenção primária, que dialogam diretamente com os movimentos internacionais mencionados anteriormente: a versão que a identifica como programa focalizado e seletivo, cuja oferta é restrita a uma cesta limitada de serviços; a noção de atenção primária como nível de atenção que oferta serviços ambulatoriais de primeiro contato, podendo incluir o amplo espectro de ações de saúde pública e serviços clínicos voltados a toda população; e ainda, a concepção de atenção primária enquanto modelo assistencial e de organização do sistema de saúde- uma interpretação que confere à atenção primária seu sentido mais abrangente, por não restringi-la a um nível de atenção, mas posicioná-la como reorientadora de todo modelo assistencial da rede.

Alinhada com a segunda e terceira linha de interpretação, Conill (2008) sinaliza os possíveis sentidos atribuídos à atenção primária a partir de duas versões predominantes: a de cuidados ambulatoriais de porta de entrada; e a de política de reorganização do modelo assistencial, seja seletiva, seja ampliada.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), a atenção básica é o conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abarca a promoção e proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

É desenvolvida sob a perspectiva da oferta de atenção integral que gere impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como sobre os determinantes e condicionantes de saúde da população. Deve ser realizada por

meio de práticas de cuidado e gestão participativas e democráticas, por meio do trabalho em equipe, e dirigidas ao território sobre o qual tem responsabilidade sanitária. As tecnologias de cuidado são complexas e variadas e devem atuar sobre as demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes no território.

A definição adotada pela PNAB 2011 apresenta uma perspectiva abrangente da atenção básica, próxima à concepção de Alma Ata, e que contempla os polos tecnocrático e democrático dessa definição, conforme mencionado por Conill (2008). Além disso, apresenta conotação de modelo assistencial que integra diretrizes de promoção e prevenção-dirigidas aos determinantes e condicionantes de saúde- à assistência e às ações voltadas ao território.

Mais adiante, a partir da menção aos movimentos que fomentaram a elaboração de uma política nacional de atenção básica nesses moldes, verificaremos que correntes do cenário nacional estão presentes nessa definição.

Destaca-se também entre os movimentos e concepções de atenção primária, os princípios e atributos da atenção primária cunhados por Bárbara Starfield (2002). Nota-se claramente a influência que a sistematização dessa caracterização da atenção primária exerce sobre os princípios e diretrizes considerados na Política Nacional de Atenção Básica.

A partir da abordagem dessa autora, é possível observar nos sistemas de saúde o quanto os mesmos estão orientados para atenção primária segundo a concepção abrangente de Alma Ata.

A partir do referencial de Donabedian para avaliação de sistemas de saúde, com base em determinadas estruturas e processos, ou capacidade e desempenho, Bárbara Starfield elabora essa abordagem de medição da atenção primária e menciona quatro atributos essenciais e três atributos derivados da atenção primária, quais sejam: acesso de primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção; e os derivados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Esses atributos seriam padrões de qualidade da atenção básica, capazes de definir o quanto um sistema está orientado por uma atenção básica abrangente.

O primeiro contato diz respeito à característica de um sistema de saúde no qual a porta de entrada principal é a atenção primária. Ela exerce o papel de filtro do

sistema e deve ser sempre a primeira referência para o paciente toda vez que ele precise de atendimento ou busque o acompanhamento de sua saúde.

Ressalta-se ainda que barreiras geográficas, organizacionais e culturais devem ser eliminadas para que esse primeiro contato possa sempre ser estabelecido; o principal ator sinalizado para realizar a filtragem das necessidades apresentadas é o clínico geral.

No Brasil, no entanto, tendo em vista a ênfase dada ao trabalho em equipe realizado na atenção básica, os profissionais da equipe de atenção básica são os responsáveis por exercer esse papel- gatekeeper- realizando a análise das necessidades de saúde apresentadas, viabilizando que a APS atenda os problemas mais comuns e menos frequentes com a tecnologia adequada, ou providenciando o acesso aos outros níveis de atenção de modo que os problemas menos frequentes e mais complexos recebam a atenção adequada (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A longitudinalidade da atenção pauta-se no estabelecimento de uma relação duradoura entre o profissional de saúde da atenção primária e os pacientes, de modo que se garanta que o cuidado se dará sob a perspectiva da continuidade da atenção, ou seja, ao longo da vida do paciente, independentemente da presença ou ausência de doença, a atenção primária será a responsável por prestar o cuidado.

Tal compreensão remete ao fato de que haverá a busca constante por um mesmo serviço/equipe/profissional de saúde ao longo do tempo, e os cuidados serão melhor investidos caso haja essa relação já estabelecida.

Tendo isso em vista, esse atributo implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde (STARFIELD, 2002).

Desse modo, os serviços de atenção primária devem possuir uma população de referência, seja por meio da adscrição territorial da clientela, como na Estratégia de Saúde da Família, seja por meio da inscrição voluntária nos serviços de saúde, como ocorre atualmente nas unidades básicas tradicionais, seja por meio do cadastramento das pessoas a partir da busca desses cidadãos em um dado território (GIOVANELLA, 2008).

A integralidade do cuidado é a característica por meio da qual os serviços de APS prestam atenção abrangente, considerando o amplo espectro de necessidades e contemplando os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde (GIOVANELLA, 2008).

Os serviços de atenção primária devem possuir arranjos organizacionais que ofereçam todos os serviços necessitados pelos pacientes; ainda que não ofereçam diretamente o cuidado demandado, devem garantir o acesso aos serviços especializados que possam ofertar os cuidados adequados àquela necessidade.

A coordenação do cuidado caracteriza a APS como a responsável pela coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolução das necessidades menos frequentes e mais complexas.

Um sistema de saúde orientado pela APS deve garantir a continuidade do cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade sanitária no interior da rede de serviços. Para tanto, se deve investir em tecnologias de gestão da clínica, mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais do sistema e adequado registro de informações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A orientação para a comunidade refere-se à característica de um sistema cuja APS apropria-se das necessidades de saúde da população adscrita a partir do conhecimento do contexto social e econômico em que vivem da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos existentes, e ainda, mediante a participação da comunidade na cadeia de decisões que levam a um melhor nível de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A centralidade na família caracteriza um sistema em que o contexto e a dinâmica familiar são avaliados e utilizados como recurso para uma melhor apreensão das necessidades de saúde e estabelecimento de uma intervenção adequada. Na Estratégia de Saúde da Família, esse é um atributo presente desde sua origem e mantido até os dias de hoje (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A competência cultural atribuí ao sistema de saúde orientado para APS a capacidade do mesmo reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais a partir da apreensão de suas características étnicas, raciais e culturais, investindo na compreensão da interlocução desses fatores com o processo de saúde e doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A seguir, serão abordados os padrões de desenvolvimento da atual política de atenção básica, a partir do destaque aos acontecimentos da década de implantação da Reforma Sanitária Brasileira, as correntes que influenciam a concepção atual e a menção aos principais pontos colocados na política de atenção básica.

2.1.2- Desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil

Para discussão da Atenção Básica tal como é encontrada nos dias de hoje no cenário nacional, serão apresentadas etapas do desenvolvimento da atenção básica no país, correntes que a influenciaram e as características atuais da política.

No período que precedeu a promulgação da Constituição de 1988 e do SUS, o que podia ser observado como propostas de modelos de atenção básica, eram, na maior parte das vezes programas que corriam em paralelo à política de saúde que vinha sendo executada.

Na década de 1920, foram criadas as primeiras unidades voltadas para o atendimento em atenção básica, os Centros de Saúde (CAMPOS, 2006). Os Centros de Saúde eram organizados segundo critérios de territorialização, e desenvolviam atividades de educação em saúde como recurso para o cuidado, estando acessíveis a toda a população- de modo contrário a seus concorrentes, as Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões das décadas de 1920 e 1930, que somente concediam oferta assistencial aos cidadãos socialmente segurados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa nova forma de organização foi apoiada e defendida pela Fundação Rockefeller e visava, de modo geral, a organização de uma rede básica próxima às comunidades, e que orientasse a população sobre meios de prevenir certos agravos de saúde (CAMPOS, 2006). Os centros de saúde funcionavam atendendo de modo rotineiro algumas condições de saúde, e com eles, foram criados programas de pré-natal, puericultura, tuberculose, entre outros, sendo o modelo de atenção desenvolvido nesse âmbito, ainda amparado pela assistência à doença e denominados, portanto, programas verticais (SILVA JÚNIOR, 2007)

Na década de 1940 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública- Sesp. O Sesp permaneceu vigente pelas décadas de 1940 e 1950 e era caracterizado por ser um modelo dirigido às unidades primárias de saúde, tendo um caráter mais abrangente, ao articular as ações educativas e coletivas, anteriormente preconizadas, às de cunho curativo e individual. Esse modelo era influenciado pelo movimento de medicina comunitária norte-americana e foi aplicado no Norte e Nordeste do país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Na década de 1970, sob a influência do movimento de medicina comunitária, foram propostos programas de extensão de cobertura, que visavam à oferta de atenção integral na atenção básica-atuante sobre os determinantes e condicionantes de saúde presentes no território-, e sobre os quais a comunidade podia interferir.

Tais programas preconizavam a oferta do cuidado curativista, mas numa perspectiva mais ampla, da integralidade do cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Nesse período houve também a formação do Sistema Nacional de Saúde, que buscava o desenvolvimento de um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo, promovendo o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS, estendendo ações de atenção básica para o nordeste do país.

A década de 1980 é marcada pela realização da VII Conferência de Saúde e pela difusão de propostas como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-Prev-Saúde e as Ações Integradas de Saúde -AIS.

O tema da Conferência foi a extensão de ações de saúde através da organização dos serviços básicos. Nessa ocasião foi anunciado o Prev-Saúde, uma tentativa de unificar as ações do Ministério da Saúde e da Previdência, juntamente com as secretarias estaduais e municipais.

O Prev-Saúde, visava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, apresentando como meta a cobertura de saúde para toda população (Baptista, 2007).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foi mais uma das tentativas identificadas de integração das ações do Ministério da Saúde e da Previdência e também de descentralização dos serviços. No processo de redemocratização do país, as AIS

foram consideradas estratégias para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços (PAIM, 1986 apud PAIM, 2008).

Segundo Giovanella & Mendonça (2008), as AIS foram importante estímulo para a integração das instituições de atenção à saúde, como o Ministério da Saúde, Inamps, secretarias estaduais e municipais. Além disso, fundamentaram a organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas eram responsáveis pelas ações de cunho preventivo e curativo, devendo integrar o sistema de saúde pública e previdenciária, e com cobertura universal, na medida em que a prestação dos serviços não deveria ser atrelada à contribuição previdenciária.

Com isso, houve relevante extensão de cobertura de serviços básicos de saúde, somando-se a isso a criação de programas de serviços primários dirigidos a públicos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e à criança (PAISC).

No entanto, Paim (2003) destaca que tais iniciativas ainda apresentavam limitações quanto à priorização na agenda do setor saúde, e diante desse quadro, no momento em que sucedeu a VIII Conferência Nacional de Saúde, a atenção básica não foi tão enfatizada nas proposições da Reforma Sanitária Brasileira.

Quando se deu a Reforma Sanitária Brasileira e foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), o enfoque foi dado à consolidação da saúde como direito básico e universal, à luta pela equidade na oferta de atenção e à provisão de saúde integral e condizente com o conceito ampliado de saúde.

A partir dessas imagens-objetivo, uma série de medidas foram institucionalmente tomadas para viabilizar também a descentralização na prestação dos serviços, a garantia do financiamento do SUS, e finalmente, a consolidação do direito à saúde em todo território nacional.

A atenção primária volta à pauta no início da década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) pela Fundação Nacional de Saúde.

O Programa buscava a extensão da cobertura de serviços e ações de saúde à população rural e às periferias urbanas, atuando principalmente sobre o grupo materno-infantil.

Os agentes comunitários tinham como atribuições o cadastramento da população, o diagnóstico comunitário e a identificação de áreas de risco, e a promoção de ações de proteção à saúde da mulher e da criança.

As críticas ao programa se deram no que tange à restrição de suas ações, sobretudo se observado o contexto internacional à época, marcado pela disseminação de programas de atenção primária seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1994 foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF), que segundo Giovanella & Mendonça (2008), em sua fase inicial apresentava natureza restrita da APS, absorvendo a demanda reprimida, mas com pouca capacidade de garantir a continuidade da atenção.

O modelo foi influenciado por características de seu precursor, o Pacs, ao prever ações como a realização do diagnóstico da comunidade, o planejamento e programação local, a conjunção de atividades de natureza coletiva e as curativas voltadas para os indivíduos, o estímulo à articulação da saúde com outros setores, o acompanhamento e avaliação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1996, a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB 96), auxilia a consolidação do PACS e PSF como estratégia orientadora do modelo de atenção.

O referido documento apresentava definições dos papéis de cada ente gestor, e tinha ainda entre seus objetivos a divulgação de instrumentos gerenciais para a consolidação desses papéis, a premissa do planejamento ascendente, acompanhamento e avaliação da atenção pela utilização de critérios epidemiológicos e de qualidade do desempenho, e a instituição de mecanismos e fluxos de financiamento capazes de viabilizar a transição da remuneração por produção para a remuneração a partir de repasses fundo a fundo, e de caráter global.

É nesse sentido que é instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), montante de recursos destinados ao custeio das ações e serviços de atenção básica dos municípios habilitados em uma das modalidades de gestão previstas na NOB 96 (plena da atenção básica ou plena do sistema municipal), ou para o estado, nos casos de municípios não enquadrados nessas modalidades de gestão.

O Piso da Atenção Básica possui sua versão fixa, que é caracterizada pelo repasse desse valor fixo (atualmente definido não somente pelo quantitativo populacional, mas também mediante o uso de critérios de equidade, como a densidade demográfica, percentual de população em extrema pobreza e o produto interno bruto do município); e possui sua versão variável, o PAB variável, concedido mediante a adesão a algumas estratégias, entre elas o PACS e o PSF.

O destaque dado ao PACS e ao PSF na NOB 96 verifica-se no uso da estratégia de concessão de incentivo financeiro através do PAB variável para os municípios que instituíssem esses dois programas. Segundo Giovanella & Mendonça (2008), o estímulo ao PSF e a sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS.

O PSF e o PACS foram implementados em áreas mais vulneráveis, como nas populações rurais com acessibilidade geográfica limitada e também, nas áreas com piores índices de violência, nas periferias urbanas, e ressaltavam aspectos como o controle social, uma vez que entre suas ações estava prevista a articulação entre a comunidade e os serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Todavia, a atenção básica mantinha características de APS seletiva, pois, o que era observado inicialmente nesse modelo era a oferta de atenção às pessoas mais pobres por meio de uma cesta restrita de serviços e ações, pouco articulada ao restante da rede assistencial.

De acordo com Matta & Fausto (2007), o PSF e o Pacs tinham semelhanças com os programas de integração docente-assistencial da década de 1970, ainda resguardando o teor de atenção primária seletiva pelo fato de proporem também: a extensão de cobertura de recursos assistenciais relacionados à oferta de ações específicas direcionadas aos grupos mais vulneráveis; pelo fato de surgirem como programas ainda verticalizados e pouco integrados à rede de serviços de saúde, e conseqüentemente, tendo pouco potencial para ordenação do cuidado no âmbito da rede.

Contudo, a despeito das limitações apresentadas pelo PSF, o programa foi ganhando mais investimentos do governo federal, como pode ser demonstrado através da implementação de iniciativas como o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (Proesf), de 2003, que buscava a expansão do

PSF nos grandes centros urbanos, que concentravam grande parcela da população brasileira, mas com baixa cobertura de Saúde da Família (MACHADO et al, 2008).

Em 2006 é editada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o PSF passa a adquirir a denominação de Estratégia de Saúde da Família, recebendo o status de estratégia prioritária da atenção primária em saúde.

A promulgação dessa política é um marco para a adoção definitiva desse modelo como estratégia para reorientação do modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na doença, para um que contemplasse práticas gerenciais, sanitárias e participativas de responsabilidade da equipe de saúde com um determinado território de atuação. Em 2011, essa política é reeditada e é ela a política retratada pelo PMAQ através de seus padrões.

A PNAB 2011, publicada através da Portaria Ministerial nº 2488, de 21 de outubro de 2011, traz o conceito de atenção básica citado anteriormente nessa dissertação, o qual é marcado pela adoção das premissas de atenção primária retratados na definição de Alma Ata, como a perspectiva da atenção primária ser o primeiro nível de atenção, a integralidade do cuidado ofertado, a atuação voltada para o território e a democratização das atividades desenvolvidas nesse nível de atenção.

Como particularidades do modelo pretendido pelo Brasil, podem ser ressaltados aspectos como a sinalização do trabalho em equipe no lugar do protagonismo do médico clínico-geral preconizado por algumas das leituras de APS anteriormente apresentadas, como a de Starfield (2002), a do movimento de medicina comunitária e a do próprio Relatório Dawson; e também, a dimensão da humanização, importante conquista e peculiaridade do SUS.

Alguns outros aspectos podem ser ressaltados, como o fato de que, ao contrário do que aponta a versão anterior da PNAB (2006), essa edição não faz menção a grupos de agravos específicos- hanseníase, tuberculose, hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde- como prioridades, enfatizando os problemas mais relevantes e frequentes em cada território.

Contudo, ainda que não seja feita a menção a agravos específicos, pode-se observar, através do conjunto de padrões do PMAQ, que essas ainda são questões de grande relevância no âmbito do escopo das ações da atenção básica.

Além desses aspectos mais gerais abordados na definição do que é compreendido como atenção básica, a PNAB 2011 enfatiza ainda a atribuição da atenção básica de ofertar o primeiro contato e de exercer o papel de centro ordenador das redes de atenção em saúde.

Essa correlação com as redes de saúde é um dos aspectos mais veementemente colocados na PNAB 2011, sendo destacado o papel da atenção básica como centro de comunicação dos pontos de atenção das redes (BRASIL, 2012a).

As Redes de Atenção são definidas na Portaria Ministerial nº 4279, de 30 de dezembro de 2010 como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

Nessa portaria fica claro que a atenção primária é compreendida como o ponto de contato inicial nas redes, sendo importante que desempenhe seu papel através de uma perspectiva de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, para que, a partir desse contato inicial, seja capaz de coordenar o cuidado pelos demais pontos de atenção da rede.

A PNAB enfatiza e orienta de que o modo a responsabilidade da APS em conduzir as redes pode ser alcançada, sendo necessário que a APS: seja base, exercendo o papel de primeiro contato e esteja o mais próximo possível de onde as pessoas vivem, prevendo sempre a participação no cuidado; ser resolutiva, utilizando-se das diversas possibilidades de tecnologia do cuidado e atuando a partir da perspectiva da clínica ampliada; coordenar o cuidado, sendo de fato, o centro de comunicação entre os pontos de atenção, primando pela promoção da atenção integral, incluindo também a articulação com outros setores; e por fim, ordenar as redes para que, a partir do conhecimento acerca das necessidades de saúde do território pelo qual é responsável, possa organizá-las em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde aconteçam a partir das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

A PNAB apresenta princípios, fundamentos e diretrizes sobre os quais a atenção básica está ancorada. Embora a versão de 2006 também já trouxesse alguns desses princípios, a ênfase dada a eles parece maior, e, além disso, aparecem mais detalhados.

Entre os princípios da atenção básica são citados a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, humanização e participação social, expressando alguma influência da leitura da Atenção Primária em saúde proposta por Bárbara Starfield sob a denominação de atributos da APS.

Como fundamentos e diretrizes estão a premissa de adscrição do território, o acesso universal contínuo e resolutivo às ações e serviços da atenção básica, a longitudinalidade e a integralidade da atenção e a participação social.

Quanto à adscrição do território, o documento ressalta a possibilidade que esse tipo de organização viabiliza em termos de planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais que repercutam sobre os determinantes e condicionantes de saúde de um dado território.

Tal diretriz alinha-se ao que constava como proposição quanto ao modo de organização dos serviços de saúde já no Relatório Dawson, e também, com o modo que Starfield (2002) propõe para que o atributo longitudinalidade possa ser efetivado. A universalidade do acesso descrita na PNAB enfatiza o aspecto que caracteriza a atenção básica como porta de entrada principal de um sistema de saúde cujo acesso é universal, e que por isso, deve sempre acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva aos cidadãos.

Além da questão da função de ofertar o primeiro contato com o sistema de saúde, a atenção básica deve estar orientada pela premissa da responsabilidade sanitária, da vinculação com os usuários, pela perspectiva de continuidade do cuidado, da resolutividade das questões apresentadas e da interface que deve promover com outros pontos de atenção da rede, sempre que necessário, e em todos os casos que acolhe.

A resolutividade e a responsabilidade pelo acolhimento de todos os cidadãos que acessam a atenção básica são aspectos ressaltados na PNAB que preconiza a implantação de uma atenção básica acolhedora e resolutiva (BRASIL, 2012a).

Outra questão relevante discutida na política de atenção básica é a coordenação da integralidade em várias de suas dimensões, como a integração das ações programáticas e demanda espontânea; a articulação das ações de promoção, proteção e prevenção à saúde àquelas que envolvem a vigilância em saúde, o tratamento e a reabilitação, e também, o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias. Em relação a esse fundamento, a PNAB ressalta o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe como potencializadores da integralidade, na medida em que possibilitam que a interlocução entre diversos núcleos específicos de competência podem resultar no aumento progressivo do campo comum de competências, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe.

A participação social é outro fundamento observado na PNAB, e é apontado como importante recurso para ampliação da autonomia e capacidade de construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território, bem como, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e na oferta de atenção nos serviços de saúde orientada pelas questões centradas usuários.

Analisa-se que muitos desses fundamentos e diretrizes alinham-se com a leitura de atenção primária realizada por Starfield (2002), à exceção de alguns aspectos peculiares ao processo de desenvolvimento da atenção básica no Brasil.

Considerando-se o exposto até aqui, pode-se observar a influência de algumas vertentes de atenção básica sobre sua configuração atual, tais como as concepções da medicina comunitária e as intervenções orientadas pelo modelo flexneriano, como, por exemplo, a corrente dos programas verticais, inicialmente implementada em centros de saúde. Além disso, sua atual configuração foi influenciada também por modelagens alternativas desenvolvidas no âmbito do SUS ao longo dos anos 1990, tais como a corrente de ações programáticas, cidades saudáveis e a corrente em defesa da vida (GIL, 2006; SILVA JÚNIOR, 2007).

A vertente denominada ações programáticas é a versão brasileira da proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) propagada pela OMS e OPAS em 1986. A proposta caracteriza-se, dentre outros aspectos, pela análise da situação de saúde através de padrões de adoecimento, vulnerabilidade e risco de morte, sendo a epidemiologia e a vigilância importantes ferramentas para a proposição de

intervenções alinhadas com essa corrente (SILVA JÚNIOR, 2007). Entre seus princípios estão a intervenção territorial que inclui adscrição de clientela, a descentralização do planejamento local, a organização da atenção a partir da definição de prioridades de intervenção, e verificação de seu impacto sobre indicadores de morbimortalidade; a hierarquização dos serviços e a participação popular. Entre as críticas a tal proposição são mencionados: a definição de problemas de base eminentemente epidemiológica e que tangencia sofrimentos e necessidades dos usuários não capturáveis pela epidemiologia; a restrição de enfoque na atenção básica, que restringe a atuação sobre o sistema em sua totalidade; e a pouca potência em intervir sobre o modelo médico hegemônico de produção e consumo de serviços de saúde (MEHRY;MALTA; SANTOS, 2004).

A proposta de cidades saudáveis foi difundida pela OMS junto à proposta dos SILOS. Nessa proposta parte-se da premissa de que a saúde é sinônimo de busca por melhorias na qualidade de vida, que decorre de políticas públicas articuladas e saudáveis. A intersectorialidade apresenta status de protagonista da articulação política e operacional da promoção de saúde (MEHRY; MALTA; SANTOS, 2004; SILVA JÚNIOR, 2007). Como crítica a essa proposta pode-se mencionar o enfoque na intersectorialidade e no papel da população na produção da saúde, reduzindo-se o papel desempenhado pelos serviços de saúde.

A proposta em defesa da vida é originária de Campinas, e tem como princípios norteadores: a organização de serviços e do processo de trabalho em saúde em função das necessidades dos usuários, e com o compromisso de garantia do acesso ao cuidado e todos recursos tecnológicos necessários; o estabelecimento da relação usuário e equipe sob a égide da humanização; a gestão democrática e o controle social como meios de viabilizar a democratização da informação e da definição de rumos para as intervenções de saúde. DE modo geral, os serviços são organizados a partir do acolhimento- para a identificação dos problemas de saúde, criação de vínculo e fortalecimento da noção de responsabilidade sanitária- e da mobilização dos recursos necessários para a resolução dos problemas. A partir dessa corrente são elencados como aspectos estruturadores dos serviços o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, a resolubilidade e autonomia. Esta

corrente possui forte influência na estruturação da Estratégia de Saúde da Família e na formulação da própria Política Nacional de Atenção Básica.

Entre os aspectos comuns dessas proposições destacam-se: a compreensão de território para além dos limites geográficos; a noção de problema de saúde mais ampla que a presença de doença, gerando-se intervenções não restritas às doenças; propostas de intervenção sobre a saúde mais equânimes e redistributivas, a partir da consideração de desigualdades regionais; abordagem interdisciplinar; desenvolvimento de ações que articulam a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde; o reconhecimento da complexidade da atenção básica; a intersetorialidade e a gestão democratizada.

Observando-se as características das proposições acima mencionadas, é possível identificar a presença de algumas dessas características na atual política de atenção básica. Tal expressão não é tão definida ou restrita a cada um dos modelos, a expressão desses aspectos se dá de forma difusa e borrada.

Gil (2006) conclui a partir da análise da influência dessas correntes sobre o perfil atual da atenção básica alguns elementos centrais presentes nos debates atualmente colocados na Política de Atenção Básica, como: adscrição da população sob responsabilidade do serviço de saúde (ações programáticas), o estabelecimento de relações humanizadas e de diálogo entre profissionais e usuários (em defesa da vida), a implementação de tecnologias que atendam às necessidades dos usuários (organização do processo de trabalho e da gestão), o investimento em processos de trabalho coletivo que priorizem o caráter multiprofissional (em defesa da vida), e a implementação de estratégias permanentes de monitoramento e avaliação da atenção (em defesa da vida). De certo modo, é possível identificar a presença de características dessas proposições na política de atenção básica

Como mencionado anteriormente, verifica-se mais recentemente, a influência dos atributos da atenção primária propostos por Strafield (2002) sobre a conformação da atual política, ainda que essa influência predomine mais fortemente sobre o discurso institucional do que sobre a realidade.

De modo geral, pode-se ressaltar na PNAB: a atuação multiprofissional e interdisciplinar como peculiaridade do modelo defendido no Brasil, apostando-se nisso para o incremento do campo de competências comuns dos profissionais da equipe; a participação social sendo prevista como recurso para o aumento da autonomia e poder de decisão sobre o processo de cuidado, bem como para reforçar a atuação dirigida para as necessidades dos usuários; a responsabilidade da atenção básica sobre o funcionamento adequado das redes de atenção à saúde; a inclusão de arranjos de equipes que atendam a públicos/territórios específicos.

O PMAQ reflete diretrizes, princípios e correntes expressados pela política de atenção básica, na medida em que divulga padrões avaliativos que traduzem imagens-objetivo do modelo da atenção básica.

O conjunto de padrões/perguntas avaliativas reflete aspectos que retratariam o modelo lógico da intervenção avaliada pelo PMAQ-a política de atenção básica. E como analisado a partir da explanação apresentada, e da leitura dos padrões do PMAQ, estão colocados como influências do modelo de atenção da atenção básica: a corrente da vigilância, através da preconização de ações de cunho intersectorial e de promoção e prevenção à saúde; a corrente das ações programáticas-expressadas nos padrões da avaliação externa e nos indicadores de monitoramento do PMAQ; a corrente do aprimoramento da organização do processo de trabalho e da gestão- padrões de gestão do trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação; e mais timidamente, a influência dos atributos da atenção primária, expressada através de padrões que tratam da coordenação do cuidado, integralidade, acesso.

Portanto, a partir da apresentação dos elementos que fazem parte da conformação do cenário internacional e nacional sobre a atenção primária em saúde, as contradições e tensionamentos identificados e os objetivos explicitados na atual Política Nacional de Atenção Básica, a presente pesquisa pretende explorar aspectos referentes ao monitoramento e avaliação na seção seguinte.

2.2-MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: EXPLORANDO SENTIDOS

Nessa seção pretende-se explorar os sentidos que a literatura aponta quanto ao monitoramento e avaliação. Busca-se aqui apresentar o que é, como foi desenvolvido e com quais finalidades foram sendo implementadas práticas de monitoramento e avaliação. Desse modo, será possível iniciar a compreensão do que pode ser chamado de monitoramento e avaliação no âmbito da saúde, da gestão e do próprio PMAQ.

O Monitoramento e a Avaliação tornam-se cada vez mais relevantes no campo da saúde, sobretudo se considerado o contexto de desafios a serem enfrentados pelos sistemas de saúde universais: crescente envelhecimento populacional, aumento dos gastos em saúde e considerável incremento tecnológico, associados à crescente expectativa pela viabilização de acesso equitativo e pela efetividade das ações em um sistema universal de saúde (CHAMPAGNE et al, 2011).

Tendo em vista tal contexto, depreende-se que a decisão por intervenções capazes de solucionar os principais problemas de saúde são importantes em um contexto em que os recursos financeiros são escassos. É da perspectiva da produção mais aprimorada de subsídios para a tomada de decisões no âmbito da gestão e das atividades de saúde, que a prática do monitoramento e avaliação assumem grande importância no âmbito da gestão de políticas públicas.

Além da perspectiva da produção sistemática de subsídios para a tomada de decisões quanto à adequada utilização dos recursos investidos- no sentido de utilização dos recursos nas intervenções mais efetivas, de gasto consciente e orientado dos recursos, de adequação do emprego de estrutura e processos-aposta-se na utilização do monitoramento e avaliação como dispositivos voltados à legitimação de políticas públicas a partir da prestação de contas à sociedade.

O controle e avaliação compõem o quadro de funções gestoras encontradas no Sistema Único de Saúde, devendo ser compartilhadas entre as três esferas gestoras do SUS.

Ratificando a relevância do tema para a gestão de sistemas públicos e universais de saúde, como o SUS, verifica-se que o Decreto 7508, que regulamenta a Lei 8.080, aposta no monitoramento e avaliação em saúde através da apresentação do monitoramento e avaliação como responsabilidades e aspectos essenciais e objetivos do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP-instrumento preconizado no Decreto 7508 para a articulação interfederativa). Entre as responsabilidades menciona-se o monitoramento permanente do acesso a serviços de saúde.

No âmbito do COAP é mencionado o objetivo de regulamentar indicadores, metas de saúde, e critérios de avaliação de desempenho entre os entes federativos, e é feita a menção à possibilidade de instituição de formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Na atenção básica também se afirma a relevância do monitoramento e avaliação mencionando-os como atribuição comum aos três entes federativos, juntamente com as funções de planejamento e apoio (BRASIL, 2012a).

Nessa perspectiva, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica também traz entre suas premissas o desenvolvimento do monitoramento e avaliação da atenção básica como práticas necessárias para a melhoria da qualidade e alcance de resultados.

Por essa razão, é imprescindível a compreensão do monitoramento e avaliação em seu contexto geral, antes mesmo de explorar os sentidos de monitoramento e avaliação inscritos no contexto da saúde, da gestão e do PMAQ.

Desse modo, compreendendo o Monitoramento e Avaliação como funções gestoras do Sistema Único de Saúde essenciais para a fundamentação da tomada de decisões, e ainda, apostas para o aprimoramento da política de atenção básica, é necessário discutir um pouco mais o desenvolvimento da prática avaliativa ao longo da história, seus conceitos e métodos, bem como os desafios para sua institucionalização no contexto do SUS e da atenção básica.

2.2.1- O Percurso Do Desenvolvimento Da Prática Do Monitoramento E Avaliação, Conceitos, Abordagens, Finalidades e Tipologias

O campo da avaliação é permeado por conceitos e abordagens que se modelaram e remodelaram ao longo da história, conforme variavam seu uso e finalidades em contextos e setores diversos.

A literatura destaca que foram desenvolvidas ao longo da história quatro gerações da avaliação em saúde. Cada uma dessas gerações conformou um quadro para a avaliação que apresentava características marcantes.

A primeira geração foi caracterizada por ter a mensuração como objetivo prioritário; a segunda, teve a descrição como objetivo prioritário; a terceira geração teve o julgamento como palavra de ordem; e a quarta geração apresenta como característica marcante a negociação (GUBA; LINCOLN, 2011; DUBOIS et al, 2011).

Para a compreensão das principais características presentes em cada uma dessas gerações, é importante lembrar movimentos setoriais e contextos que modelaram as particularidades de cada geração. Para tanto, recorre-se ao retrato elaborado por Guba & Lincoln (2011) e discutido também por Dubois et al (2011).

Segundo Dubois et al (2011), a primeira geração da avaliação data do início do século XX e perdura até a década de 1930. Os autores destacam a coincidência do desenvolvimento de práticas avaliativas nesse período com o movimento de expansão da racionalidade científica- que destacava a ciência como ferramenta capaz de viabilizar melhorias nas condições de vida do homem- e também, as mudanças na estrutura social.

As intensas mudanças na estrutura social-que abarcam a transição da estrutura feudal para a ascensão da burguesia industrial e surgimento do Estado Moderno. A exemplo dessas investidas, Dubois et al (2011) destacam a implementação de políticas de caráter social na Alemanha e em diversos países europeus, quando são formuladas políticas de bem-estar.

Por essa razão, diante de um contexto marcado pela intensificação do uso de métodos científicos para análise de fenômenos sociais (GUBA; LINCOLN, 2011; DUBOIS et al, 2011) e pela crescente necessidade de formular e acompanhar se as

intervenções voltadas à resolução de conflitos sociais têm gerado melhorias nas condições de vida de indivíduos e sociedade, surgem os primeiros movimentos direcionados à aferição de resultados obtidos por programas e intervenções sociais.

Dubois et al (2011) destacam entre os movimentos iniciais de uso de práticas avaliativas para a análise de intervenções sociais, o sistema educacional americano e os primeiros passos voltados à mensuração do desempenho obtido pelos beneficiários do sistema.

Dubois et al (2011) ressaltam a experiência do estado de Massachusetts, onde aplicam pela primeira vez testes padronizados impressos para avaliação do desempenho e classificação dos estudantes. O desenvolvimento de tais testes deflagrou a adoção de testes padronizados e substituição de exames orais por exames escritos.

Na Europa, experiências similares ao uso de práticas avaliativas no sistema educacional americano também acontecem, mas voltadas à mensuração da capacidade intelectual; como exemplo, podem ser mencionadas a implantação de laboratórios de psicometria na Inglaterra e na Alemanha, e a aplicação e aperfeiçoamento de exames psicométricos na Europa, como o teste de Binet, rapidamente exportado e implementado no sistema americano (Guba GUBA; LINCOLN, 2011).

Guba & Lincoln (2011) ressaltam ainda, o uso de práticas avaliativas associadas à mensuração no contexto do recrutamento das forças armadas americanas para a Primeira Guerra Mundial.

Outro destaque é o uso da mensuração no contexto do surgimento do movimento da administração científica no setor industrial, onde se buscava o aproveitamento mais eficiente e eficaz possível da força de trabalho utilizada na produção de bens e serviços.

Importantes pesquisas sobre tempo e movimento foram elaboradas para subsidiarem a formulação de métodos de trabalho mais produtivos (GUBA; LINCOLN, 2011; DUBOIS et al, 2011). Nesse ponto já se pode observar o uso da avaliação e seus procedimentos sistemáticos no campo da administração ou gestão.

No campo da saúde, a tendência para a mensuração a partir do uso de métodos científicos repete-se: o desenvolvimento de disciplinas como a

epidemiologia e a estatística retratam a característica de aferição e mensuração de fenômenos de saúde tais como a prevalência de determinados agravos.

Dubois et al (2011) enfatizam que problemas sociais gerados pela industrialização, e o movimento pela reforma sanitária, fomentaram a coleta de estatísticas sanitárias, o desenvolvimento de capacidade em análise quantitativa e comparação entre populações e grupos de uma mesma população.

Como exemplos desse crescente movimento no campo da saúde, pode-se citar a implementação de registros sistemáticos de óbitos e sistemas de causa de óbitos para o acompanhamento do estado de saúde da população em países europeus como a Grã-Bretanha (DUBOIS et al,2011).

Sendo assim, nesse período evidencia-se a proliferação de testes escolares e de QI e o fortalecimento da epidemiologia como campo para reforço da capacidade analítica do campo da saúde e para a ampliação das ferramentas disponíveis para programação de novas intervenções.

Desse modo, observa-se a expansão da prática avaliativa no campo da saúde associada ao desenvolvimento da epidemiologia e estatística como meios de mensuração e observação de problemas de saúde para que intervenções pudessem ser propostas.

Segundo Dubois et al (2011), os clientes da avaliação, que poderiam ser formuladores de políticas, parlamentares, funcionários públicos, desempenhavam papel de primeiro plano na condução de uma avaliação, fosse se apropriando de instrumentos existentes para a mensuração de atributos de indivíduos, grupos de indivíduos ou populações, fosse criando novos instrumentos.

A segunda geração da avaliação data da década de 1930. Ressalta-se que no período, os questionamentos quanto ao uso de atividades avaliativas marcadas pela mensuração, classificação de indivíduos, e também, sua seleção, tornam-se cada vez mais crescentes, sobretudo quanto ao seu uso no sistema educacional. Tais práticas avaliativas são questionadas quanto à capacidade de melhorar o desempenho dos programas, bem como de fornecer informação quanto ao que foi adquirido ou não (DUBOIS et al,2011).

Guba & Lincoln (2011) destacam que após a Primeira Guerra Mundial, tornou-se evidente a necessidade de mudanças nos currículos escolares e a insuficiência

das práticas avaliativas para fornecerem subsídios para além dos dados referentes aos resultados apresentados por cada aluno. Desse modo, passa-se a apostar na atenção sobre a intervenção, e não somente em seus resultados, ou resultados obtidos pelos seus beneficiários, como os alunos americanos.

Nesse sentido, Tyler, considerado o “pai” da avaliação, destaca-se como importante ator no campo da avaliação e no protagonismo das mudanças em curso nessa geração. Esse autor concebe uma abordagem de avaliação definida como processo em que o grau de alcance de objetivos de um programa é relatado.

Guba & Lincoln (2011) relatam o caso do Estudo de Oito Anos, e o contexto em que essa “virada” de finalidade dos procedimentos avaliativos ocorre.

O objetivo do referido programa era demonstrar que alunos formados a partir de currículos não convencionais teriam bom desempenho nas faculdades. Contudo, tal estudo evidenciou a necessidade de avaliar se o desenvolvimento dos currículos acontecia conforme o esperado.

Tyler passa a integrar o grupo que idealiza o referido programa e propõe-se a avaliar se os currículos estavam funcionando conforme o esperado- se precisavam ser aperfeiçoados e se os alunos beneficiados estavam apresentando o nível de aproveitamento expressado pelos objetivos dos currículos.

O autor inicia então a avaliação de programas, numa perspectiva muito próxima ao que se compreende hoje como avaliação formativa, caracterizada pela determinação do grau de alcance dos objetivos de uma dada intervenção, e por fornecer informações sobre seus pontos fortes e fracos, contribuindo para seu aprimoramento (GUBA; LINCOLN, 2011).

Segundo Dubois et al (2011), o grande diferencial dessa fase da avaliação é que a eficácia de um programa passa a não ser atrelada somente às características dos indivíduos que dele participam ou que dele se beneficiam, mas também, de diversos aspectos relacionados à estrutura dos programas, suas estratégias, recursos empregados, enfim, à natureza global da intervenção proposta à resolução de um dado problema.

A terceira geração da avaliação é marcada pela ampla expansão do campo, tanto no que diz respeito ao seu quadro conceitual, quanto à diversidade de funções que a mesma passa a apresentar.

Nesse período a ênfase da avaliação passa a ser o julgamento da intervenção. De acordo com Guba & Lincoln (2011) e Dubois et al (2011), a partir da Guerra Fria, nos Estados Unidos, diante do avanço tecnológico alcançado pela Rússia, passou-se a questionar e ampliar estudos de avaliação de programas de aprendizagem americanos, enfatizando-se a necessidade da emissão de pareceres acerca da pertinência das intervenções escolhidas.

Destacou-se, portanto, a necessidade de avaliar a pertinência dos objetivos colocados por uma intervenção quando comparados com os problemas e necessidades sobre os quais ela atua.

Desse modo, o que marca a transição geracional é o apelo pela inclusão do juízo de valor nas avaliações (GUBA; LINCOLN, 2011). Os avaliadores passam a assumir o papel de julgadores, sem que tivessem de deixar de realizar a descrição do desenvolvimento do programa/intervenção e aferição de resultados.

Guba & Lincoln (2011) destacam o dilema vivenciado pelos avaliadores que teriam de atribuir valor, baseando-se em critérios e procedimentos científicos supostamente isentos de valor, como era a visão conferida à avaliação.

Entretanto, o mencionado dilema, ao invés de enfraquecer a produção geracional, gera uma profusão de modelos de avaliação. Entre eles, Dubois et al (2011) e Guba & Lincoln (2011) mencionam: o modelo bimatricial de Stake (1967), o modelo de apreciação das diferenças de Provus (1971), o modelo de avaliação por indução de Scriven (1972), o modelo orientado para a decisão de Stufflebeam e colaboradores (1971), e o modelo de Alkin (1991).

O período também é marcado pela intensa profissionalização da avaliação, uma vez que parecia preponderar a perspectiva de que o julgamento de valor deveria ser feito por um avaliador especialista (GUBA; LINCOLN, 2011).

Além da profissionalização, a avaliação foi adquirindo mais campo de inserção, ao tornar-se relevante para conceber programas, racionalizar o planejamento e a alocação dos recursos públicos e assegurar a imputabilidade.

Como exemplos desse movimento, Dubois et al (2011) citam a reivindicação de Campbell pela criação de uma sociedade de experimentação à qual as políticas e programas deveriam ser submetidas para uma avaliação científica prévia a sua implementação; a observação de que especialistas e cientistas passaram a adquirir

papel ativo nos processos de tomada de decisão política; e a expansão da vigilância sobre processos administrativos, que passaram a ter de ser submetidos a normas científicas.

Contudo, apesar do movimento de ampliação da realização de procedimentos avaliativos em diversos setores, observa-se ainda o escasso uso de informações cientificamente relevantes no processo de tomada de decisões. Segundo Dubois et al (2011), teóricos influentes como Carol Weiss e Robert Stake propõem uma abordagem mais pragmática da avaliação em que utilizadores e clientes participem mais do processo avaliativo, para que haja maior utilização dos resultados da avaliação.

A profissionalização da avaliação acontece também para atender à necessidade de ampliação da divulgação dos resultados avaliativos. São criadas associações, como a Associação Americana de Pesquisa em Educação, Sociedade Canadense de Avaliação, Rede de Avaliação, Sociedade de Pesquisa em Avaliação (Associação Americana de Avaliação).

Outra iniciativa destacada é a da OMS, que publica em 1981 um conjunto de princípios diretivos destinados a ajudar os Estados-membros na avaliação de programas voltados ao alcance do objetivo de Saúde para Todos no Ano 2000.

Nesse período observa-se que a prática da avaliação é associada ao contexto político, social e econômico, quando, diante da escassez de recursos financeiros, é utilizada para guiar a concessão mais eficiente de recursos financeiros.

A partir da apresentação dos contextos dessas três gerações, pode-se concluir que cada uma delas representou um passo adiante dado no campo da avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Verifica-se o caráter de complementaridade entre as gerações, na medida em que a primeira avançou na construção de instrumentos capazes de aferir resultados e/ou prevalência de problemas que persistiam, a despeito de intervenções realizadas; a segunda atentou-se às intervenções propriamente ditas; e a terceira, induziu o estabelecimento de juízo de valor acerca da relevância dos objetos de avaliação e seu mérito.

Porém, Guba & Lincoln (2011) apontam gargalos que persistiram apesar dos avanços alcançados. Com isso propõem o que denominam avaliação construtivista

responsiva, que corresponde à quarta geração, e que herdada com limitações das três gerações anteriores como: tendência ao gerencialismo, incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e excessivo comprometimento com o paradigma científico (GUBA; LINCOLN, 2011).

A avaliação pode ser compreendida como responsiva pelo fato de propor outros modos de focalizar a avaliação, envolvendo os diversos grupos de atores interessados na definição de parâmetros e limites para a avaliação.

Além disso, propõe como organizadores avançados (elementos de focalização de uma avaliação) as reivindicações, preocupações e questões identificadas pelos interessados. Denomina-se construtivista por contrapor-se aos preceitos metodológicos do paradigma científico e aliançar-se com os do paradigma construtivista.

Dubois et al (2011) destacam a avaliação de quarta geração como instrumento de negociação e fortalecimento do poder. Destacam também a relação entre sua abordagem construtivista e a expansão da avaliação participativa-avaliação habilitante de Fetterman (1994), avaliação democrática e participativa de Cousins e Earl (1995) e de Maguire(1987) e avaliação colaborativa de O'Sullivan (2004).

Segundo os autores, nessas abordagens os parâmetros não são mais determinados anteriormente, mas sim elaborados em um processo iterativo, em que os diversos atores envolvidos participam. A avaliação passa a não ser mais um campo reservado aos especialistas, mas sim, aos diversos atores envolvidos nas ações sociais.

Nesse sentido, enfatiza-se a avaliação como prática que oferta aos atores maior compreensão das condições em que a intervenção é realizada e também, participação ativa em seu aperfeiçoamento.

E mais recentemente, denominada avaliação de quinta geração, surge a avaliação emancipatória, em que a perspectiva de democratização da avaliação é ainda maior, pois, nessa proposição, quem define o conteúdo e variáveis a serem analisadas, quem conduz a avaliação e procede o julgamento de valor, é a sociedade civil (BARON; MONNIER, 2003).

Partindo da apresentação do panorama que contém os elementos que contribuíram para a construção do campo da avaliação, pode-se compreender que as diversas concepções existentes para avaliação decorrem da construção gradual e contextual de significados e usos para a mesma.

Contudo, pode-se observar que, embora alguns períodos tenham tido práticas avaliativas mais inclinadas para características de uma ou outra geração, algumas práticas coexistiram em certos períodos.

Por essa razão, ainda que se tenha alcançado modelos avaliativos como o da quarta geração, podem ser observados ainda hoje procedimentos e concepções avaliativas mais semelhantes à primeira, segunda ou terceira geração, conforme mudam os objetivos pretendidos, atores envolvidos e caminhos tomados pelos atores que implementam procedimentos avaliativos.

Vejamos a seguir algumas conceituações de avaliação segundo autores que são referências para esse campo, os tipos de avaliação, suas finalidades e abordagens.

Partindo dessa conceituação de avaliação, são apresentadas algumas concepções de monitoramento, esclarecendo também sua interface com a avaliação.

Para Suchman (1967) apud Champagne et al (2011), avaliar significa determinar (a partir de informações de documentos, opiniões, dados objetivos e subjetivos) os resultados obtidos por uma intervenção voltada ao alcance de objetivos.

Nessa definição, verifica-se a influência das concepções de avaliação predominantes na primeira geração, em função da priorização ser dada à determinação dos resultados.

Para Patton (1997), compreende-se por avaliação a coleta sistemática de informação sobre as atividades, características e resultados de programas, que viabiliza a emissão de julgamento sobre os mesmos, a fim de melhorar sua eficácia e subsidiar decisões relacionadas ao mesmo.

Nessa definição, verifica-se que o termo julgamento-característico da terceira geração- já é abarcado na concepção de avaliação, que não deixa de envolver a

coleta e produção de informações tanto sobre a intervenção quanto sobre seus resultados.

Para Rossi & Freeman (1985) apud Shaw et al (2006), avaliar consiste na utilização sistemática de métodos de pesquisa social para a descrição da concepção, desenho, implementação e utilização de programas de intervenção social.

Desse modo, envolve o uso de métodos de pesquisa social para comunicar aspectos cognitivos, de implantação e utilização de julgar intervenções de cunho social. Nessa concepção, observa-se a interface da avaliação com a gestão de políticas sociais.

Na definição proposta por Champagne (2011), observa-se que finalidades características das quatro gerações da avaliação são contempladas, conforme segue abaixo:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (CHAMPAGNE et al, 2011; pg 44)

Evidenciando também a avaliação como prática que comporta as tendências observadas nas quatro gerações, e sua interface com a gestão em saúde, Cruz & Reis , definem avaliação como:

A avaliação é uma prática social que auxilia nortear as práticas de saúde e a gestão na tomada de decisões, com base em critérios e padrões preferencialmente pactuados. É uma ferramenta não só de mensuração, de descrição e julgamento, mas, sobretudo, de negociação permanente, por não poder dispensar o envolvimento dos potenciais atores sociais interessados. (CRUZ; REIS, 2011, pg 421)

Percebe-se que as definições de avaliação mencionadas anteriormente comportam diversas finalidades, conforme menciona Champagne et al (2011): estratégica (auxílio ao planejamento e à formulação de uma intervenção), formativa (voltada ao fomento de melhorias em uma intervenção), somativa (objetiva fornecer subsídios para a decisão pela manutenção ou não de uma intervenção, a partir do levantamento de seus efeitos), transformadora (voltada à implementação de mudanças em uma situação problemática e melhoria no bem-estar coletivo), fundamental (contribuir para a produção de conhecimentos empíricos ou teóricos sobre uma intervenção).

Além das finalidades oficiais, menciona-se que há interesses implícitos em uma avaliação, tais como o tático e o político. Segundo Patton (1997), a avaliação teria três objetivos gerais: estabelecer julgamentos, facilitar seu desenvolvimento, contribuir como conhecimento.

A literatura aponta diversos focos que a avaliação pode apresentar, que seriam os modos que a avaliação possui de se aproximar de uma intervenção e/ou prática social: sobre qual componente da intervenção e com qual finalidade o procedimento avaliativo é realizado.

Vieira-da-Silva (2005), ao propor grupos de características e componentes de uma avaliação que determinam o foco de uma avaliação, conclui que a avaliação pode ser realizada sobre a disponibilidade e distribuição social dos recursos, avaliando-se cobertura, acessibilidade e equidade; a avaliação pode incidir sobre os efeitos da intervenção, analisando-se atributos como a eficácia, a efetividade e o impacto; a análise pode ser feita sobre os custos e produtividade das ações-avaliação da eficiência; pode ser avaliada ainda a adequação das ações da intervenção ao conhecimento técnico e científico; pode ser julgada a adequação das ações aos objetivos e problema de saúde-análise estratégica; pode ser analisado o processo de implantação das ações: análise do grau de implantação, apreciação das relações entre grau de implantação, contexto e efeitos; podem ser avaliadas as características relacionais estabelecidas entre os agentes das ações (percepção de usuários sobre as práticas, relações de gestão, relações de trabalho).

A autora destaca ainda que, Donabedian, propôs uma abordagem avaliativa dirigida para evidenciação de pontos positivos e negativos de uma intervenção, a partir da análise de estrutura, processo, e resultados

Champagne et al (2011) também propõe para a pesquisa avaliativa, diferentes perspectivas de análises ou focos dos procedimentos avaliativos. Entre as análises que podem ser realizadas estão: a análise estratégica; análise lógica; análise da produção, análise dos efeitos, análise da eficiência; análise da implantação.

A análise estratégica determina a relação de pertinência entre os objetivos da intervenção e a natureza do problema, sendo fundamental para o planejamento, na medida em que contribui para a determinação da prioridade a ser dada aos problemas, bem como a adequação das estratégias apontadas para a resolução de um problema (CHAMPAGNE et al, 2011; VIEIRA DA SILVA, 2005).

A análise lógica, segundo Champagne et al (2011) propõe a avaliação da adequação entre os objetivos da intervenção e os meios (recursos, serviços e atividades) propostos para seu alcance. Nesse sentido, aponta a validade teórica e operacional da intervenção. Segundo Champagne et al (2011), análise da produção aprecia a relação entre os recursos utilizados e o volume e qualidade das atividades realizadas.

A análise dos efeitos, nos termos desses autores, refere-se à análise da eficácia da intervenção, ou seja, a análise de quanto as atividades interferiram sobre o estado de saúde. Nesse sentido, pode-se avaliar efeitos esperados pela intervenção, e aqueles não pretendidos, bem como, efeitos de curto e médio prazo, e de longo prazo.

A análise da eficiência é colocada por Champagne et al (2011) nos mesmos termos que Vieira-da-Silva (2005) menciona: análise da relação entre recursos e efeitos produzidos.

A análise da implantação, segundo Champagne et al (2011), assim como apontado por Vieira-da-Silva (2005), aprecia a implementação de uma intervenção e sua integração com o contexto e efeitos produzidos.

Quanto aos tipos de avaliação, pode-se destacar a existência de dois tipos principais: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa (CHAMPAGNE et al, 2011).

A avaliação normativa mensura e analisa as diferenças entre os componentes de uma intervenção e critérios e normas de mesma natureza. Desse modo, pode emitir julgamento acerca da estrutura, processo e resultados de uma dada intervenção. (CHAMPAGNE et al, 2011).

A pesquisa avaliativa busca estabelecer, através da utilização de métodos científicos, a adequação e as relações de nexos existentes entre os componentes da intervenção e os problemas sobre os quais a mesma intervém (CHAMPAGNE et al, 2011).

Segundo Vieira-da-Silva (2005), a pesquisa avaliativa realiza o julgamento de práticas sociais a partir de pergunta não respondida na literatura, buscando esclarecer as características dessas práticas. De modo geral, compreende-se que a pesquisa avaliativa traz informações mais aprofundadas acerca da intervenção compreendida como objeto da avaliação.

Novaes (2000), após realizar extensa revisão de literatura internacional destaca tipologias baseadas em análises de variáveis tais como: objetivo (priorização de condições de produção do conhecimento ou da utilização do mesmo); posição do avaliador (interno ou externo ao objeto avaliado); enfoque priorizado (interno, de caracterização de um contexto, ou externo, de quantificação e/ou comparação de impactos); metodologia predominante (quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental); contexto de avaliação (natural ou controlado); forma de utilização da avaliação produzida (demonstração/comprovação ou informação e instrumentalização); tipo de juízo formulado: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas) e temporalidade da avaliação (pontual, corrente ou contínua).

A partir da apuração dessas variáveis, a autora propõe mais dois tipos de avaliação para além da pesquisa de avaliação: avaliação para decisão e avaliação para gestão.

Para Novaes (2000), a pesquisa de avaliação é a tipologia de avaliação que têm mais relação com a produção de conhecimento cientificamente reconhecido. Segundo a autora, esse seria o objetivo preponderante dessa tipologia. Ela destaca que o enfoque priorizado é o impacto das ações e as relações de causalidade. A

metodologia preponderante ainda é a quantitativa, embora estudos de natureza qualitativa venham sendo incorporados gradativamente.

De modo geral, tal tipologia aproxima-se da pesquisa avaliativa identificada por Champagne et al (2011), contudo, os autores destacam mais enfoques avaliativos que a análise do impacto e das relações de causalidade, quais sejam, análise de implantação, eficiência, produção.

A avaliação para a decisão tem como objetivo principal a produção de respostas voltadas àqueles que vivenciam o objeto da avaliação, ou seja, a produção de elementos norteadores das decisões dos agentes das intervenções.

O enfoque priorizado nesse caso é a descrição do objeto avaliado, de modo profundo o suficiente para a promoção de sua compreensão, identificação de problemas e soluções para sua resolução.

As metodologias encontradas nessa tipologia são tanto de natureza quantitativa quanto qualitativa. Os resultados em geral são utilizados para a construção de informações mais sistematizadas acerca da intervenção e para proposição de soluções de problemas previamente identificados ou identificados no processo avaliativo.

A avaliação para a gestão possui como objetivo principal a produção de informação voltada para o aprimoramento da intervenção. Seu objetivo principal não é o redirecionamento da intervenção, mas sua melhoria.

Em geral, o enfoque é a caracterização de um aspecto da intervenção e sua tradução em medidas quantificáveis. As metodologias predominantes são as quantitativas. A informação produzida é voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, espera-se que o resultado final promova a elaboração de critérios e normas para a utilização dos indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado.

Em relação ao monitoramento, algumas de suas definições evidenciam sua interface com as práticas avaliativas. Segundo Porta (2004), monitoramento corresponde à realização da análise e interpretação de medidas que objetivam detectar alterações no estado de saúde dos indivíduos e população, sendo compreendido ainda como a análise da implantação e dos efeitos de uma dada intervenção.

O autor traz ainda a definição da perspectiva do campo de práticas de gestão, em que o monitoramento corresponde à aferição episódica da execução de uma dada atividade, buscando a verificação da execução dos processos intermediários e demais ações para que os resultados planejados sejam alcançados. Tal definição evidencia semelhanças entre o monitoramento e as práticas avaliativas características da primeira geração, em que a aferição e a mensuração tinham centralidade no âmbito dessas atividades, sem que grandes questões atinentes ao processo de intervenção fossem o objeto central dessas análises (CRUZ; REIS,, 2011).

A definição de Porta (2004), aponta também a proximidade entre monitoramento e vigilância, proximidade que pode ser atrelada ao que Dubois et al (2011) destaca quanto ao desenvolvimento de disciplinas como a epidemiologia e estatística à época em que a primeira geração da avaliação vinha se consolidando. Todavia, apesar da semelhança, Waldman (1998) ressalta que vigilância e epidemiologia não são sinônimos, sendo a vigilância uma das aplicações em saúde da epidemiologia.

Waldman (1998), detalha um pouco mais as semelhanças e distinções entre monitoramento e vigilância, evidenciando as raízes comuns que tais práticas possuem. Segundo o autor, o monitoramento possui um espectro de aplicação mais amplo que a vigilância, ao afirmar que o monitoramento pode envolver intervenções relacionadas à educação, ao meio ambiente, economia, enquanto a vigilância trabalha com eventos de saúde necessariamente.

O monitoramento, por ter aplicação mais ampla que o controle de doenças (vigilância), pode ser utilizado na análise da situação de saúde e definição de prioridades para a formulação de uma política de saúde. Além disso, segundo afirma o autor, o substrato de trabalho da vigilância são os eventos adversos à saúde na comunidade, enquanto do monitoramento, são os indicadores.

O que há de semelhança entre vigilância e monitoramento é a realização contínua de coleta de dados, seguida de sua análise regular e ampla e periódica disseminação dos dados aos interessados.

A OPAS (2001) destaca que o monitoramento tem uma relação mais íntima com a intervenção, e por conseguinte, com grupos específicos e mais limitados que

a população-unidade de intervenção da vigilância, compreendendo-o como a avaliação contínua entre a intervenção e as mudanças pretendidas, implicando na realização de ajuste constante no desempenho pretendido e nos resultados verificados.

Para Hartz (2000), o monitoramento envolve a análise continuada dos sistemas de informação, acompanhamento de procedimentos, produtos e situações de saúde. Nesse sentido, se aproxima da vigilância ao acompanhar continuamente situações de saúde, bem como, da avaliação, ao acompanhar procedimentos, produtos e resultados desenvolvidos pelas intervenções em saúde.

Segundo Cruz & Reis (2011), o monitoramento objetiva acompanhar rotineiramente informações prioritárias para que o gestor verifique se intervenções em saúde estão acontecendo conforme o planejado, tanto em relação à execução quanto aos efeitos desejados, no intuito de gerar hipóteses sobre eventuais diferenças encontradas.

Essas autoras enfatizam que o monitoramento requer ampla participação de todos os envolvidos na intervenção, na medida em que é necessário o acompanhamento periódico da disponibilidade de recursos, dos processos, produtos desenvolvidos, resultados alcançados e impacto obtido. Por essa razão, é necessário que a racionalidade das intervenções esteja bem clara, e que haja uma boa disponibilidade de informações fundamentais ao acompanhamento.

Desse modo, o monitoramento contribui para a tomada de decisões em tempo oportuno, sem que sejam necessárias explicações aprofundadas ou amplos padrões de referência de qualidade.

Nesse sentido, por meio das concepções apresentadas, observa-se que o monitoramento é um híbrido entre avaliação e vigilância, aproximando-se da vigilância ao acompanhar rotineiramente informações acerca das situações de saúde, e da avaliação, ao trazer proximidade com conceitos de avaliação da primeira e segunda gerações-por mensurar e observar o que foi planejado e o que vem sendo executado ou alcançado em curto, médio e longo prazo.

Depreende-se então que, para subsidiar a tomada de decisões no âmbito da gestão de políticas de saúde, o monitoramento e a avaliação caminham juntos, na

medida em que o monitoramento gera hipóteses acerca de diferenças encontradas entre o planejado e o executado, e a avaliação, responde a questões explicativas.

Do mesmo modo, tanto monitoramento quanto a avaliação, podem contribuir para a formulação de programas e políticas de saúde, sendo o monitoramento mais sucinto na análise de situações de saúde, e a avaliação, apresentando análises aprofundadas acerca de fenômenos de saúde.

Patton (1990) ressalta que não há atritos entre monitoramento e avaliação, e a diferença entre essas práticas estaria justamente no grau de complexidade das análises realizadas.

Para os julgamentos feitos na avaliação, a definição de parâmetros e critérios é mais complexa, podendo envolver métodos ancorados no paradigma científico ou construtivista, grupos sociais beneficiários, interações com o contexto da intervenção (CRUZ; REIS, 2011).

Sendo assim, através da exposição de conceitos trazidos para o monitoramento e avaliação, observa-se que eles são, conjuntamente, elementos importantes a serem trabalhados no âmbito da gestão. Vejamos então, como os mesmos vêm sendo abordados no âmbito do Sistema Único de Saúde e quais são os desafios existentes para sua institucionalização.

2.2.2- Avaliação na Agenda do SUS e da Atenção Básica

Após apresentar o histórico de desenvolvimento da avaliação- de uma perspectiva que vai além do setor saúde-, é importante apresentar perspectivas que reiteram a relevância de se avaliar políticas e programas no âmbito da saúde e da atenção básica, e apresentar caminhos possíveis para o incremento da entrada da avaliação na agenda dos sistemas de saúde.

Para isso, destacou-se os argumentos que sustentam a adoção de políticas de avaliação no setor, e apontar alguns caminhos possíveis discutidos na literatura.

Como foi visto no capítulo anterior, a avaliação, foi sendo desenvolvida enquanto campo- da perspectiva mais abrangente, que compreende a intervenção

como prática social (VIEIRA DA SILVA, 1999)- que atende à necessidade de diversos setores, podendo ser implementada de diferentes formas, a depender do contexto, da finalidade e do modo de aproximação entre procedimento avaliativo e objeto/intervenção/prática social avaliada.

Ela tanto pode ser uma prática de interesse do campo da produção de conhecimento-pesquisa avaliativa-, como do interesse daqueles diretamente relacionados com a condução e implementação de intervenções/ações sociais-avaliação normativa para a gestão e para a decisão (NOVAES, 2000).

Como verificado na abordagem apresentada por Guba & Lincoln (2011), as práticas avaliativas atenderam e atendem ao objetivo de aperfeiçoar instrumentos de medidas e meios de aferir intervenções sociais ou problemas e situações da realidade; ao objetivo de descrever intervenções implementadas, enfatizando seus pontos positivos e limitações com vistas a sua melhoria; à finalidade de emitir julgamento de valor acerca de um componente ou de toda uma intervenção, de modo que seu mérito possa ser julgado; e, mais recentemente, enfatizando a finalidade de implementar o diálogo, interpretação e confronto entre pontos de vista de diversos interessados em uma dada avaliação, a fim de estabelecer consensos e/ou abrir agendas de negociação que envolvem uma dada intervenção.

Sob a perspectiva da justificativa de entrada da avaliação na agenda da saúde, podem-se retomar algumas de suas principais finalidades na saúde, entre as quais se pode citar: a estratégica-que auxilia no planejamento e formulação de intervenções; a formativa, que contribui para a implementação de melhorias em uma intervenção; a somativa, que julga o mérito que uma intervenção tem para atuar sobre determinado(s) problema(s); a transformadora, que implica no fomento de intervenções capazes de gerar melhorias sobre problemas da realidade; e a fundamental, que se refere à produção de conhecimento científico empírico ou teórico (CHAMPAGNE et al, 2011).

De modo geral, a avaliação atenderia ao objetivo de estabelecer julgamento, facilitar o desenvolvimento de intervenções, e ainda, produzir conhecimento (PATTON, 1997). Além de atender a essa gama de objetivos, os procedimentos avaliativos, a depender do modo como se aproximam do objeto sob análise e do objetivo pretendido, podem apresentar focos diversos.

Na saúde, pode-se mencionar procedimentos avaliativos cujo foco é a utilização e distribuição adequada de recursos, analisando-se no âmbito da intervenção, a cobertura, acessibilidade e equidade; pode-se analisar os efeitos da intervenção sob a perspectiva de julgar valor sobre a eficácia, a efetividade e o impacto; pode-se focar nos custos e produtividade da intervenção, avaliando-se a eficiência de um dado programa de saúde ou somente sua produtividade; pode-se avaliar a adequação da intervenção para atuar sobre determinados problemas de saúde, considerando-se a pertinência de suas ações/componentes segundo os conhecimentos técnicos e científicos disponíveis (finalidade estratégica); pode-se aproximar do grau de implantação das ações previstas e sua interface com um dado contexto; e por fim, pode-se aproximar de agentes envolvidos na intervenção e aspectos da mesma, analisando-se a perspectiva da satisfação dos usuários, das relações de gestão estabelecidas e das relações de trabalho (VIEIRA DA SILVA, 2005; CHAMPAGNE et al, 2011).

Segundo Hartz (1999), a avaliação de políticas e programas sociais teve expressiva expansão na década de 1960, a partir da implementação do Sistema de Planejamento, Programação e Orçamento (PPBS) nos Estados Unidos, Canadá, Alemanha e Suécia, seguido de implementação na Dinamarca e Suíça (ALBAECK, 1996).

Além da influência do uso da avaliação a partir do PPBS, pode-se mencionar a tendência que se seguiu- no mesmo período nos Estados Unidos e Canadá, e na década de 1980, nos países europeus-quanto ao desenvolvimento de avaliações de desempenho para atender à crescente busca pela eficiência, eficácia, boa gestão e qualidade dos serviços em contraponto aos movimentos anteriores de ênfase sobre requisitos legais e processuais em gastos do governo.

No Brasil, o interesse pela avaliação advindo do campo das políticas sociais expande-se a partir da promulgação da Constituição de 1988, e da consequente ampliação dos direitos civis dos cidadãos (CARVALHO,2012).

Mais adiante, verificaremos mais aspectos referentes à relação da intensificação da relevância da avaliação na gestão de políticas públicas com o contexto de mudança de paradigma da administração pública no Brasil.

A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil no final da década de 1990 com o fortalecimento da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (TRAD; BASTOS et al., 2002; ESPERIDIÃO, TRAD, 2005).

Seguindo essa tendência, no contexto dos sistemas de saúde universais, tendo em vista a finitude dos recursos para a saúde, a complexidade das intervenções de saúde e as incertezas relativas aos resultados provenientes da intervenção dos sistemas de saúde, pode-se verificar o incremento da entrada da avaliação em saúde na agenda da gestão de políticas e programas de saúde.

A avaliação estaria posta, tanto para viabilizar a execução mais eficiente dos programas e políticas, quanto para legitimar, ou não, a manutenção de determinadas políticas e programas, podendo induzir a alocação de recursos em uma dada política e/ou programa em detrimento de outra.

A avaliação contribui para o aperfeiçoamento de políticas e programas em curso ao subsidiar o julgamento de valor de programas e políticas que vêm sendo implementadas para atender às necessidades de saúde- estando intimamente relacionada com a decisão dos gestores para a alocação de recursos em determinados programas-, e ainda, para a democratização do sistema no sentido de produzir informações que se tornam subsídios para legitimação do posicionamento dos atores envolvidos com os programas e políticas de saúde.

A avaliação, localiza-se, portanto, no espaço da produção de informações necessárias à formulação, manutenção, aperfeiçoamento e/ou suspensão de programas e políticas concebidas pelos decisores para a superação de determinados problemas. Esse conjunto de informações viabilizadas por procedimentos avaliativos está impregnado de julgamentos de valores que podem influenciar as decisões dos atores envolvidos na produção de saúde, atuando na esfera da decisão da gestão, dos gerentes e dos trabalhadores de saúde.

Considerando-se tais apontamentos, a avaliação pode estar a serviço dos tomadores de decisão de todas as instâncias decisórias do SUS com a finalidade de apoiá-los nas decisões voltadas à obtenção de melhor desempenho do sistema de saúde- considerando-se a perspectiva ampliada de desempenho, que abarca o melhor uso dos recursos públicos, a promoção de acesso equânime, a adoção de

ações e medidas mais adequadas para a superação de determinados problemas de saúde, um melhor gerenciamento de processos, e o uso das intervenções clínicas mais adequadas para determinadas condições de saúde.

Sob esse ponto de vista, sublinha-se a perspectiva instrumental da avaliação, no sentido de fomento de intervenção sobre a realidade e sobre as práticas em curso que determinam parte dos resultados que podem ser produzidos pelas políticas/programas de saúde (FELICIANO, 2005).

Poderia também estar a serviço da democratização da informação e da possibilidade de democratização das decisões, na medida em que forneceria o aporte de informações que legitimaria certas reivindicações e necessidades de atores diversos do SUS.

Nesse sentido, poder-se-ia reafirmar a aposta apresentada por Contandriopoulos (1999), em que se enfatiza que a avaliação e sua institucionalização é capaz de promover a subordinação de grupos de interesse revestidos de poder aos atores da sociedade.

Dessa perspectiva, a vocação política da avaliação ganha ênfase, na medida em que o conjunto de práticas avaliativas associadas à mensuração, descrição e julgamento de sentido, mérito e relevância ganha contornos de explicitação de conflitos e reivindicações, e de produção de aprendizagem para os sujeitos nela envolvidos e sociedade em geral (BARROS, 2011).

Observa-se, portanto, que as potencialidades de cunho estratégico, cognitivo e político anunciadas pela avaliação entram como uma importante agenda na saúde. Contudo, faz-se necessário observar se as mesmas são de fato desdobradas no cotidiano das ações dos atores implicados na condução de políticas de saúde.

A despeito da incorporação gradativa da avaliação na agenda das políticas públicas, é preciso ressaltar que os caminhos percorridos pelos resultados produzidos por procedimentos avaliativos e pelas decisões a serem tomadas, nem sempre se cruzam.

Os resultados gerados por procedimentos avaliativos não necessariamente induzem tomadas de decisão condizentes com os mesmos, e nem sempre determinam melhorias no desempenho dos sistema de saúde.

Essa é a problemática trabalhada por autores que apostam na institucionalização da avaliação como um caminho possível para o aprimoramento do sistema de saúde brasileiro. Institucionalizar a avaliação seria um modo de utilizar as potencialidades que a avaliação possui em prol de uma melhor condução de políticas/programas.

Hartz (2002) argumenta em favor da institucionalização da avaliação como um caminho possível para o aprimoramento das tomadas de decisão e alocação de recursos do sistema de saúde, de modo que a produção de informações oriundas de procedimentos avaliativos não sejam meros exercícios acadêmicos, e tragam potência ao uso da avaliação.

Para tanto, a autora ressalta a importância da implementação de uma política de avaliação para a avaliação de políticas com diretrizes claras que orientem o emprego de recursos para avaliação, a localização e abordagens metodológicas para os procedimentos avaliativos, e as relações estabelecidas com a gestão e a tomada de decisão.

Felisberto (2006), por sua vez, ressalta que não basta a estruturação formal de departamentos e locais voltados à implementação de avaliações, sendo necessários movimentos mais profundos e capilarizados na rotina de atores envolvidos no sistema de saúde.

Contandriopoulos (1999;2006) defende que há amplo consenso quanto à necessidade da gestão implementar processos sistemáticos de avaliação para subsidiar suas decisões, prevendo a incorporação do ciclo de Deming- planejar,executar,avaliar e agir- à rotina da gestão.

Argumenta-se também que a institucionalização da avaliação contempla a necessidade de regulação, regulamentação, melhoria dos programas, garantia de qualidade de processos e produtos, capacidade de comparabilidade e cobrança de compromissos e desempenho, e busca do alcance de metas no sentido da melhoria da qualidade de vida e do bom estado de saúde da população. (POUVOURVILLE, 1999; NOVAES, 1999)

No âmbito da atenção básica, enfatiza-se a relevância de se institucionalizar a avaliação no nível de atenção que é a base do sistema de saúde, com a maior

capilaridade do sistema de saúde, e que apresenta potência para garantir a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.

Além disso, a institucionalização da avaliação na atenção básica fomenta a inclusão na agenda da saúde de um esforço analítico para o que se deseja medir, descrever e julgar no âmbito da atenção básica (Ribeiro, 2002), e a possibilidade da análise estratégica determinar a pertinência da intervenção ao seu contexto (CONILL, 2002).

Observa-se que um dos caminhos para a institucionalização da avaliação é sua inserção como parte da rotina de uma organização, integrante da cultura e das responsabilidades do trabalho em todos os níveis (SANDERS, 2003). A institucionalização da avaliação, a partir de sua incorporação à rotina das instituições, torna-se demanda de acompanhamento do processo de planejamento e gestão de políticas e programas (FELISBERTO, 2006).

Além da incorporação da avaliação à rotina de planejamento e gestão das políticas e programas de saúde, para sua efetiva incorporação por todos os coparticipes do processo, é preciso o investimento na qualificação da capacidade técnica, para que aconteça a associação do uso das práticas avaliativas como subsídios ao planejamento e gestão, desde o suporte à formulação de políticas, a todo o processo de decisão intrínseco à gestão (FELISBERTO, 2004).

Não obstante sejam muitas as contribuições que a institucionalização da avaliação pode trazer para o aprimoramento do sistema de saúde, a implementação de uma cultura de avaliação ainda encontra dificuldades para ser concretizada no âmbito do SUS.

No Brasil, na metade da primeira década dos anos 2000, a avaliação em saúde apresentava-se na gestão de políticas e programas de saúde por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático.

Não integrava a cultura institucional, aparecendo de modo pouco sistemático e pouco contributiva para o processo decisório e de formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial.

Adotando-se como referência os argumentos supramencionados que advogam em favor da institucionalização da avaliação no SUS e na atenção básica, serão discutidos como caminhos possíveis para a institucionalização da avaliação a perspectiva da utilização do ciclo de Deming nas tomadas de decisão, a perspectiva da utilização de abordagens avaliativas mais participativas, e a menção às características de procedimentos avaliativos capazes de favorecer sua utilização pelos atores interessados.

A utilização do ciclo de Deming na gestão pode ser um caminho capaz de potencializar a utilização da avaliação nas tomadas de decisão. A adoção do ciclo que integra as etapas de planejar, executar, avaliar e agir, posiciona o monitoramento e avaliação em um lugar estratégico das organizações/instâncias decisórias (CONTANDRIOUPOULOS, 2006).

Essa perspectiva integra as premissas da gestão da qualidade, em que a avaliação adquire sentido a partir de sua capacidade de intervir sobre a realidade, e ajustar a trajetória das ações e atividades planejadas na direção de uma maior qualidade (PISCO, 2000).

A adoção das premissas da qualidade em saúde surgiu inicialmente em ambientes hospitalares, com a finalidade de garantir um maior controle dos resultados em saúde obtidos a partir de intervenções médicas (STARFIELD, 2002).

Para tanto, buscava-se atingir qualidade em saúde-compreendida enquanto o alcance de melhores resultados em saúde considerando-se o conhecimento técnico-científico que se tem dos problemas de saúde, determinantes e intervenções possíveis- a partir do planejamento, sistematização e avaliação das práticas médicas adotadas.

Dessa perspectiva, integra-se planejamento e avaliação com o objetivo de deflagrar melhorias sobre a realidade e os resultados alcançados. Contudo, inicialmente, o aspecto privilegiado para a avaliação e intervenção era a prática dos profissionais de saúde.

Em um segundo momento, a gestão da qualidade passou a focar também as práticas gerenciais, partindo da perspectiva de que as mesmas também influenciavam o alcance de resultados. Tais práticas, desenvolvidas no final da década de 1980, foram marcadas pela sistematização e avaliação de processos

organizacionais e gerenciais, sendo esse movimento denominado gestão da qualidade (SERAPIONI, 2009).

Em um terceiro momento do desenvolvimento da qualidade em saúde, além da consideração do planejamento e avaliação de aspectos técnicos e gerenciais, e estrutura de suporte ao desenvolvimento das ações, a visão do paciente passa a ser considerada para o alcance da qualidade em saúde. Tal movimento é influenciado pela corrente da gestão pela qualidade, em que a satisfação de todas as partes interessadas é considerada relevante. (BRASIL, 2010).

Os movimentos de gestão da qualidade e gestão pela qualidade induziram a adoção da avaliação da qualidade como parte fundamental dos processos voltados ao alcance de melhores resultados em saúde.

Na década de 1980, nos Estados Unidos e Canadá, observou-se a ampliação do uso de práticas avaliativas em busca de mais qualidade, efetividade e eficiência na gestão de políticas públicas (POLLIT, 1997), com destaque para o desenvolvimento regular de avaliações de qualidade em saúde por profissionais especializados nos Estados Unidos (NOVAES, 2000).

Observa-se também o uso do modelo de Melhoria Contínua da Qualidade em saúde em países como Estados Unidos e Canadá, considerando a perspectiva da incorporação de parâmetros que refletem a satisfação dos pacientes (MYERS, 1996).

Um dos modelos de avaliação de qualidade mais utilizados na saúde é o concebido por Donabedian (1988), autor de referência do desenvolvimento conceitual e metodológico da avaliação de qualidade em saúde.

Segundo a proposição da abordagem sistêmica da avaliação de serviços de saúde, a avaliação de serviços de saúde deve considerar o enfoque sobre estrutura, processo e resultados, observando-se que o desempenho e/ou os resultados alcançados são condicionados pela estrutura e processo desenvolvidos nos serviços de saúde.

A estrutura abarca os recursos físicos, humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e as fontes de financiamento; os processos abarcam as atividades referentes ao uso dos recursos em suas dimensões quantitativa e

qualitativa, e os resultados, referem-se às consequências das atividades desenvolvidas sobre a saúde dos indivíduos e populações.

Esses elementos dos programas/serviços de saúde devem ser avaliados segundo os sete pilares da qualidade em saúde: eficiência, efetividade, eficácia, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1988; LIMA E SILVA, 2011), e a avaliação de um conjunto de indicadores representativos dos elementos focados por essa abordagem. (DONABEDIAN, 1988, 1990, NOVAES, 2000).

A melhoria contínua da qualidade surge como um meio de superar entraves encontrados em avaliações de qualidade em saúde realizadas inicialmente, como por exemplo as eventuais estagnações geradas pelo alcance de resultados/padrões desejáveis, que podem acabar incorrendo na “maquiagem” de problemas organizacionais existentes.

A melhoria contínua da qualidade propõe-se a induzir mudanças permanentes nos processos e alcance de resultados a partir da implementação de ações conduzidas pelos seus integrantes, com o tempo, recursos e capacidade disponíveis em sua rotina, e considerando as expectativas dos usuários de saúde (BRASIL, 2010).

A finalidade de uma política de melhoria contínua da qualidade é conjugar todos os esforços no sentido de integrar e tornar permanente a avaliação em todas as atividades profissionais dos serviços de saúde.

Na melhoria contínua da qualidade deve-se sempre identificar problemas e definir soluções através de processos dinâmicos e participativos, sendo esses processos voluntários, contínuos e sistemáticos (PISCO, 2012).

Desse modo, entre as características principais dessa metodologia, pode-se destacar a antecipação de possíveis erros através de correções dirigidas ao processo de trabalho, a participação de todos da organização, e a consideração das necessidades dos usuários, sendo, em síntese, um processo implicado com a implementação de intervenções adequadas às mudanças das necessidades de saúde e com a melhoria dos processos.

O ciclo de melhoria da qualidade é o dispositivo geralmente empregado para o alcance das premissas da melhoria da qualidade, caracterizado por processos

contínuos nos quais movimentos de monitoramento e avaliação deflagram o levantamento das limitações da oferta de cuidados, se comparadas a parâmetros pré-definidos.

A partir do levantamento dessas limitações, são definidas ações voltadas para sua correção, e estabelecidas metas verificadas periodicamente. Os ciclos de melhoria são compostos pelas etapas de avaliação e monitoramento, definição da área a ser melhorada e do problema, descrição dos processos envolvidos, estabelecimento de padrões desejados, seleção de nós críticos e fatores associados, planejamento de mudanças, implantação das soluções e avaliação e monitoramento.

E para sua implantação deve-se incluir a participação da equipe, e contar com o apoio dos gestores e inserção na rotina de trabalho. O desafio é disponibilizar aos profissionais metodologias e técnicas adequadas para a melhoria do cuidado ofertado aos cidadãos, aproveitando sua motivação para melhorar a prestação de cuidados.

A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser somente a demonstração de problemas e proposição de soluções, deve incluir também a condução de mudanças efetivas que garantam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (PISCO, 2006).

Segundo Hartz (1999), nos países que tiveram a institucionalização da avaliação através da implantação de dispositivos de melhoria contínua da qualidade, a pluralidade da participação era um dos principais lemas desses modos de institucionalização.

Pode-se observar portanto que, além do modelo de gestão da qualidade fomentar o uso da avaliação na rotina de trabalho e tomadas de decisão sobre a condução de programas e políticas de saúde, verifica-se a aposta na participação de maior parte dos atores envolvidos na condução das práticas avaliativas. E é sob essa perspectiva que observaremos modelos de avaliação que preveem a ampla participação de atores envolvidos como um dos caminhos facilitadores da institucionalização da avaliação em saúde.

Hartz (1999), ao revisar os modos pelos quais a avaliação foi sendo institucionalizada em países como Estados Unidos, Canadá e França, destaca os

tipos de abordagens inerentes à implementação de procedimentos avaliativos, sinalizando que a depender da abordagem utilizada, as dificuldades podem ser maiores ou menores para o processo de institucionalização da avaliação.

Por sua vez, a depender do tipo de abordagem, viabiliza-se um maior ou menor destaque à participação de múltiplos olhares e seus respectivos consensos e dissensos.

A autora destaca as abordagens racional e política. A abordagem racional/positivista- ou *prêt-à-porter*, nos termos de Turgeon (1997)- da avaliação capta os aspectos mais estáveis de um dado programa/política, considerando conflitos somente enquanto indicadores de falha, desconsiderando que as instâncias envolvidas com a implementação de políticas e programas constituem-se como arenas de negociação, e de disputas de interesses. Nessa abordagem supõe-se que os avaliadores são sujeitos neutros, e que os resultados avaliativos são apresentados de modo imparcial aos decisores políticos.

Nesse tipo de abordagem observa-se que os julgamentos resultam da aplicação de regras técnicas e estratégicas descontextualizadas, que prescindem de significados e valores constitutivos das práticas de diferentes sujeitos, e que por isso, requisitam a construção de acordos mediante o compartilhamento de convicções e pactos alcançados através de negociações de interesses conflitantes (FELICIANO, 2005).

Por outro lado, a abordagem política/construtivista-ou *sur mesure*, nos termos de Turgeon (1997)-considera as disputas inerentes aos programas/políticas sob avaliação, e localiza os avaliadores numa posição de escuta aos posicionamentos advindos da arena política, buscando uma maior utilização dos resultados a partir do envolvimento dos vários atores envolvidos na tomada de decisão.

Entre as duas perspectivas apresentadas, sugere-se que a perspectiva positivista não traria avanços para a institucionalização da avaliação pelo fato de encaminhar processos de tomada de decisão pelo viés tecnológico, que não recorre à mediação do progresso técnico com a prática da vida social.

Desse modo, inviabilizaria a interlocução entre avanços que a técnica-resultados da avaliação-e a autocompreensão das necessidades práticas, gerando

obstáculos para a apreensão dos resultados avaliativos dirigida para o conhecimento e ação.

Do mesmo modo, inibe o surgimento de demandas oriundas de conflitos de interesses e as implicações da avaliação com a realização de pactos, através dos quais os diversos atores coordenam seus planos de ação e alcance de metas (FELICIANO, 2005).

A abordagem construtivista é característica da chamada avaliação de quarta geração e dos processos avaliativos que incluem uma maior participação dos atores interessados, a avaliação empowerment.

Esses tipos de abordagem estariam mais implicados com procedimentos avaliativos com maior potencial de uso dos resultados, e por conseguinte, mais propensos a fomentarem a institucionalização da avaliação.

Os principais objetivos das avaliações participativas seriam a incorporação de grupos envolvidos nas ações públicas e o desenvolvimento de um processo de aprendizagem social (CARVALHO, 2001).

Os procedimentos participativos viabilizam a apreensão reflexiva e socializada entre os formuladores, gestores, trabalhadores e beneficiários do programa/política de saúde, além de conferir a responsabilidade pelo julgamento realizado a um coletivo, uma vez que o processo de valoração passa a ser atribuição e produto do conjunto de atores envolvidos (FELICIANO, 2005).

A avaliação de quarta geração ou avaliação construtivista responsiva seria uma prática avaliativa com grande potência para a institucionalização da avaliação. Esse tipo de avaliação propõe o envolvimento dos diversos grupos de atores interessados na definição de parâmetros e limites para a avaliação.

Além disso, propõe como organizadores avançados (elementos de focalização de uma avaliação) as reivindicações, preocupações e questões identificadas pelos interessados.

Nesse sentido, enfatiza-se a avaliação como prática emancipatória, que oferta aos atores maior compreensão das condições em que a intervenção é realizada e também, participação ativa em seu aperfeiçoamento.

Pode-se destacar também, como prática advinda do campo da educação, a avaliação emancipatória (SAUL, 2000), que se constitui como prática de análise e crítica da realidade voltada para sua transformação.

Tem como premissa a autodeterminação do conjunto de atores, viabilizada pela capacitação e desenvolvimento dos atores e construção da capacidade de análise e de cogestão. O avaliador atua como coordenador do procedimento avaliativo e de orientador das ações, na perspectiva de integração entre planejamento e execução das ações.

Na saúde, seguindo também a premissa de aperfeiçoamento da capacidade de análise e intervenção de, e sobre, coletivos e realidades, pode-se destacar o apoio institucional como prática de gestão alinhada com procedimentos avaliativos participativos.

O apoiador institucional seria um condutor do processo avaliativo, e teria de ter a capacidade de lidar com as linhas de tensão e conflitos de interesses presentes em coletivos com grande diversidade de atores (FELICIANO, 2005).

Portanto, observa-se a convergência de abordagens avaliativas e de gestão que poderiam desencadear um uso mais frequente e efetivo dos resultados avaliativos nas tomadas de decisão.

A participação dos atores potencialmente afetados pela avaliação é importante para que os mesmos possam refletir sobre suas práticas e para que reconheçam sua responsabilidade e compromisso sobre as tomadas de decisão.

Percebe-se a presença da participação na abordagem de qualidade que compõe o modelo da gestão pela qualidade e na proposição do apoio institucional. A participação também aparece em abordagens avaliativas como a avaliação construtivista responsiva e avaliação emancipatória.

Contandriopoulos (2006) aponta também características que confeririam à avaliação um maior valor de uso pelos gestores, como a pertinência, a fundamentação teórica e a credibilidade da avaliação.

Por pertinência, pode-se compreender a capacidade que procedimentos avaliativos possuem de responder aos principais problemas dos atores envolvidos. No âmbito do sistema de saúde, para analisar a pertinência que um procedimento

avaliativo possui diante dos gestores, pode-se investigar se os mesmos apostam na avaliação como um caminho para a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

É preciso investir na indução da percepção de que a avaliação é capaz de aprimorar o sistema decisório, e, por conseguinte, os rumos tomados pelo sistema de saúde. É necessário mobilizar um considerável número de atores em torno dessa premissa para que, não somente a avaliação seja capaz de orientar melhor as decisões, como também de produzir mudanças concretas na realidade de saúde.

A fundamentação teórica refere-se à capacidade que procedimentos avaliativos têm de atender expectativas dos atores do sistema de saúde em relação às questões referentes aos seus distintos interesses.

A avaliação terá maior ou menor fundamentação teórica, conforme seja implementada por um caminho, mais, ou menos, coerente com os interesses que os atores possuem. As formas diversas que a avaliação têm, serão mais, ou menos relevantes, conforme sejam, mais, ou menos, adequadas aos interesses em questão. Quanto mais próxima aos interesses ela for conduzida, maior será o potencial de apreensão de seus resultados pelos atores envolvidos.

A credibilidade da avaliação depende da qualidade da análise empregada, da execução dos procedimentos e da qualidade das informações produzidas. A credibilidade de uma avaliação depende, portanto, da capacidade de produzir informação coerente para todos os sujeitos envolvidos na intervenção.

No nosso caso, é necessário que as instâncias de decisão às quais a avaliação se dirige possam utilizar as informações produzidas nos seus modelos de ação. Portanto, é necessário que, por um lado, os avaliadores se acostumem com os processos de elaboração de políticas e de decisão dos gestores e, por outro lado, é preciso que as instâncias de decisão compreendam os desafios e exigências da avaliação.

Acima de tudo, é imprescindível que as instâncias de decisão compreendam exatamente o que foi avaliado, em que contexto e de que forma a avaliação foi realizada. Os gestores precisam ter uma idéia correta da consistência dos resultados para ter condições de decidir como aplicá-los às situações e aos problemas que os preocupam.

Portanto, para o desdobramento de resultados de procedimentos avaliativos em decisões que gerem melhorias no desempenho do sistema de saúde, é preciso observar aspectos como a integração do planejamento com a avaliação, considerando modelos de gestão em que o ciclo de Deming é prática recorrente da gestão, e em que são abordados princípios da gestão da/pela qualidade; a utilização de abordagens avaliativas participativas e as características de procedimentos/programas avaliativos, como a pertinência, a fundamentação teórica e a credibilidade.

Na seção seguinte serão abordados com maiores detalhes as interfaces entre a gestão e a avaliação-incluindo a ampliação da relevância que a avaliação passa a apresentar na agenda da gestão, e os meios de implementá-la- e citadas iniciativas do gestor federal voltadas ao fomento de práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica, incluindo nesse escopo, e com maior detalhamento, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

2.2.3- Avaliação e sua Interface com a Gestão Pública: Modos e Iniciativas do SUS

Pode-se compreender gestão como o processo de determinação e orientação do caminho a ser seguido no âmbito de uma empresa/organização para que seus objetivos sejam alcançados. Inclui-se no escopo da gestão atividades como análises, decisões, comunicação, liderança, motivação, avaliação, controle e outras atividades próprias do campo da administração (GARAY, 2006).

A gestão em saúde, por sua vez, conforma vertentes éticas, políticas, técnicas e administrativas. Os modos de consolidação da gestão abarcam a dimensão política-envolvimento de distintos interesses, interações de poder e margens de autonomia-, o conjunto de ações de atores sociais norteados por diferentes racionalidades de ações, e são desencadeados a partir de decisões, sendo suas atividades constituídas por combinações tecnológicas, métodos, técnicas, instrumentos e atividades intermediárias (MIRANDA, 2012).

O objetivo principal da gestão em saúde é a produção de decisões que desencadeiem o processo de intermediação e implementação de programas e políticas.

Levando-se em conta a miríade de fatores que determinam a configuração de diferentes modelos de gestão, e também a problemática a ser abordada nessa seção, recorreu-se à literatura para abordar algumas correntes que influenciaram os processos de gestão na administração e no próprio SUS, para discorrer posteriormente a respeito dos pontos de interseção observados entre a gestão e a avaliação, e citar as iniciativas empreendidas até aqui pelo gestor federal.

Como correntes clássicas a influenciar os modos de se fazer gestão pode-se mencionar o Taylorismo, as proposições de Fayol e de Weber. E como corrente mais contemporânea, será abordado o gerencialismo na administração pública.

Taylor cunhou a teoria da administração científica, que buscava a melhoria da eficiência e produtividade ao determinar a padronização da execução do trabalho. Segundo essa teoria, para a obtenção de melhores resultados, seria necessária a realização de todos os processos utilizando-se dos meios mais eficientes para tanto.

A teoria preconizava a divisão do trabalho, especialização e pagamento por produtividade (CHIAVENATTO, 2008). Apesar das críticas sobre a excessiva divisão do trabalho e mecanização de processos dinâmicos, ainda se encontram traços desse modelo na gestão, mesmo no trabalho em saúde.

Entre as críticas feitas ao modelo podem ser citadas características do modelo como a fragmentação do trabalho e a cisão entre concepção e execução, que, associadas ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida, incorrem na desmotivação e alienação de trabalhadores, bem como a desequilíbrios nas cargas de trabalho (MATOS, 2006).

Fayol, por sua vez, propôs a teoria clássica da administração, que também era caracterizada pela busca do aumento da eficiência e produtividade, mas cujo foco eram os processos envolvidos em toda a produção, e não somente as atividades de execução.

Foi com ele, que as funções administrativas e de gestão foram estabelecidas a partir das atividades de prever, organizar, comandar, coordenar e controlar os processos de produção de bens econômicos e/ou sociais.

Entre os elementos que compõem o processo administrativo estão a predição do futuro e definição da ação a ser tomada (previsão); a constituição material e social da organização/empresa (organização); a direção e orientação do pessoal (comando); a harmonização e integração de todos os atos e esforços coletivos (coordenação); verificação do alinhamento do processo realizados às regras estabelecidas (controle).

Entre as críticas a esse modelo pode-se citar a centralização exagerada, o alijamento de concepção e execução, e a ausência de aspectos relacionados a fatores relacionais como a comunicação, motivação, negociação e liderança (CHIAVENATTO, 2008).

O modelo burocrático de Weber surgiu como uma solução ao patrimonialismo verificado no âmbito da gestão pública, que tornava a gestão ineficiente pelo fato de basear os processos em relações de confiança, e não no mérito, preponderando interesses privados em detrimento dos públicos, e deixando o Estado exposto à corrupção.

A proposta da burocracia era então prover na gestão pública uma maior eficiência e previsibilidade do desempenho dos trabalhadores. Entre as características da burocracia pode-se mencionar a formalidade (a autoridade deriva de um conjunto de normas e leis) e a impessoalidade (direitos e deveres aplicados de modo uniforme, conforme função e cargo ocupados).

Como críticas a esse modelo mencionam-se o excesso de controle dos processos e procedimentos, e a escassa autonomia delegada aos funcionários para que lidem com circunstâncias que fujam à rota padrão (CHIAVENATTO, 2008).

O modelo gerencial emerge no século XX como resposta às críticas de meados da década de 1970 sobre a natureza interventora do Estado e sua baixa capacidade de produzir respostas ágeis e eficientes, ao contexto de crise econômica, e à globalização da economia mundial (HOBBSAWM, 1995; BRESSER-PEREIRA, 1996).

Desse modo, para atender à estratégia de redução do Estado e transição de sua natureza interventora para reguladora, e também, às expectativas dos cidadãos quanto à obtenção de serviços públicos mais eficientes e de qualidade, emerge o modelo gerencial nos anos 1990, no qual a busca por resultados aparece como

solução para o alcance de eficiência em uma estrutura pública complexa, burocrática e processualista (BEHN, 1998).

Diante desse contexto de busca por resultados, a função controle e a avaliação de desempenho se consolidam como dispositivos fundamentais para esse modelo de gestão (CARNUT; NARVAI, 2015).

De modo geral, o modelo gerencialista prima pela oferta de serviços públicos que satisfaçam os cidadãos, pela autonomia dos gestores públicos, e pelo acompanhamento e premiação de organizações e indivíduos baseados no cumprimento de metas de desempenho (BEHN, 1998).

Entre os princípios do paradigma gerencialista podem ser mencionadas a avaliação sistemática, a recompensa pelo desempenho, a capacitação permanente, o controle por resultados e a orientação de ações para o cliente-cidadão (CHIAVENATTO, 2008; BRESSER-PEREIRA, 1996).

A gestão pública no Brasil apresenta traços de três modelos: do patrimonialismo, da burocracia e do gerencialismo (CARNUT; NARVAI, 2015).

O patrimonialismo é caracterizado pelo predomínio de interesses privados sobre os públicos, sendo decorrente de uma configuração em que os limites entre o que é de domínio público e privado são tênues. O modelo permaneceu hegemônico no Brasil até meados da década de 1930.

A burocracia, passa a modificar um pouco esse cenário da gestão pública brasileira na década de 1930, como resposta às práticas hegemonicamente patrimonialistas observadas até então. Um dos exemplos dos movimentos realizados na direção da consolidação de um modelo de administração pública amparada por princípios da burocracia é a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público-DASP- em 1936.

A criação desse departamento representou a tentativa de formação da burocracia nos moldes weberianos, baseada no princípio do mérito profissional. A partir da criação desse Departamento, foram deflagrados movimentos importantes para a consolidação da burocracia, como a instituição do concurso público e do treinamento.

Já em 1967, através da promulgação do Decreto Lei Nº 200, foi operada uma reforma administrativa que constituiu o primeiro movimento em direção à administração enquadrada no paradigma gerencialista.

Concede-se a essa reforma o cunho gerencialista pelo fato da mesma ter orientado, no âmbito da gestão federal: a transferência de atividades de execução para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, a fim de obter-se maior dinamismo operacional por meio da descentralização funcional; a racionalidade administrativa através do aperfeiçoamento do planejamento e orçamento; a premissa de reunir competência e informação no processo decisório; a sistematização, a coordenação e o controle.

Contudo, como movimento contundente no que se refere à consolidação do paradigma gerencialista na administração pública brasileira, pode-se citar o lançamento do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado em 1995.

Este plano seguiu a tendência observada nos países centrais, de fomento à transição do Estado interventor para Estado Regulador. Adota-se a concepção de Estado mínimo, que deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador – um Estado cujas funções seriam estimular, coordenar e financiar as políticas públicas, e não mais executá-las. A Reforma gerou o movimento de negociação de metas e indicadores a serem alcançados no âmbito da gestão pública.

A partir da apresentação das correntes que influenciam a configuração de diferentes modelos de gestão, destaca-se que no modelo de gestão mais recentemente difundido- o gerencialismo-, a contratualização de resultados e a realização de avaliações de desempenho passaram a ser atividades fundamentais para o exercício do papel esperado para o Estado. Ketll (1997), ao pesquisar reformas de cunho gerencialista realizadas na Austrália, Suécia, Reino Unido e Nova Zelândia, identificou duas correntes de contratualização diferentes.

Por um lado, tem-se a corrente chamada “make managers manage”, reunindo países que criaram incentivos visando influenciar comportamentos, e, por outro, o “let managers manage”, expressando a visão de que há inúmeras barreiras, como regras, procedimentos e estruturas rígidas, a serem removidas, por impedirem o administrador público de administrar.

A corrente “make managers make” utiliza a contratualização de resultados como uma nova forma de controle, determinando benefícios ou sanções diante do alcance, ou não, de resultados/desempenho pré-estabelecidos.

Preconiza-se que, a partir da concessão de incentivos aos gestores é que poderia haver melhorias na qualidade dos serviços ofertados. Importa-se a lógica do mercado para o interior dos serviços públicos, que teriam de cumprir expectativas quanto ao desempenho esperado.

A Nova Zelândia e o Reino Unido são exemplos de países em que as contratualizações aconteceram de modo alinhado a essa corrente (KETTL, 1997). Já na Suécia e Austrália, a reforma foi sendo direcionada pela lógica do “let managers manager”, que equivaleria a deixar os gestores gerirem.

Nessa perspectiva, argumenta-se que os gestores conheceriam os resultados a serem alcançados e o modo de se fazer isso, se não estivessem engessados por regras, procedimentos e estruturas existentes na gestão pública.

A proposição é que os gestores, concentrados nos problemas a serem atacados, tenham condições de flexibilidade suficientes para que alcancem o objetivo de sanar tais problemas. Segundo essa corrente, isso melhoraria o desempenho da gestão pública.

Entre as premissas do “let managers manager” está a concentração de objetivos sobre a satisfação do cliente/cidadão, em detrimento ao excesso de regramento e aspectos processuais da burocracia.

O princípio que norteia tal corrente é a substituição da máxima do controle da burocracia pela melhoria contínua da qualidade oriunda da gestão da qualidade total de Deming (1986). Argumenta-se que o trabalho constante e permanente pela melhoria dos serviços prestados, baseando-se na lógica de baixo para cima, a partir do estabelecimento de um sistema de cooperação entre funcionários e organização/governo são as chaves para a obtenção de melhores resultados.

Nessa perspectiva, enfatiza-se a contratualização como dispositivo de coordenação, ajuste e aprendizagem organizacional (KETTL, 1997).

A administração pública brasileira vem expressando seu alinhamento com o modelo da contratualização de resultados ou gestão por resultados, em arranjos que se assemelham ao “make managers make”, em que se modulam comportamentos

organizacionais dirigidos ao alcance de resultados através da concessão de incentivos (GARCES; SILVEIRA, 2002).

Ainda que o Brasil apresente um arranjo administrativo marcado por processos administrativos burocráticos e rígidos, aposta-se na importação de artifícios do mercado privado, como a concessão de incentivos, para a contratualização de resultados e cumprimento de metas.

Nesse sentido, nota-se certa inadequação das estratégias adotadas para a contratualização de resultados no país, pelo fato de permanecer no aparato administrativo brasileiro uma estrutura rígida, na qual mesmo que se concedam incentivos para o alcance de metas claras, os gestores ainda encontram barreiras diversas nos meios disponíveis para o desenvolvimento de suas ações.

O setor saúde não difere da tendência ao gerencialismo observada na administração pública, e as iniciativas que materializam tal direcionamento são expressadas no lançamento de pactos de gestão, contratos de pactuação de responsabilidades, proposições de avaliação de desempenho do sistema de saúde, e ainda, de políticas e programas que possuem como finalidade o fortalecimento do uso da avaliação pela gestão (ANDRADE, 2012; BRASIL, 2011b;2012c,d).

Todavia, esse estudo não pretende analisar todas as iniciativas empregadas no setor saúde quanto à corrente da gestão por resultados. Tal aproximação será feita apenas com o PMAQ AB, uma vez que ele é objeto investigado.

Além disso, cabe destacar as peculiaridades que a gestão no SUS apresenta, sendo a mesma, administrativa e politicamente, descentralizada, com direção única em cada esfera do governo, organizada em rede regionalizada de saúde, com financiamento compartilhado (SANTOS, 2010).

Para que essas diretrizes sejam operadas, a gestão do SUS apresenta um arranjo complexo composto por representações dos municípios-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS-, estados-Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde, CONASS-, gestor federal e controle social-Conselhos Municipais, Estaduais, e Nacional de Saúde.

Deve-se compreender como características do modelo de gestão no SUS, a administração consensual, não hierárquica, que utiliza como dispositivos o estabelecimento de consensos, acordos, contratos, pactos e outros modos de

gestão compartilhada (SANTOS, 2010). Isso posto, verifica-se que algumas das iniciativas de gestão por resultados implementadas no SUS, a exemplo do Pacto e do COAP, atuam como facilitadores da pactuação necessária à manutenção das responsabilidades tripartites da gestão do SUS.

Outro aspecto que merece destaque no que concerne à gestão do SUS, é o arranjo de gestão mais recentemente propagado a partir da Política de Humanização (PNH), um modelo ancorado por dispositivos de cogestão e gestão participativa, nos quais é ressaltada a necessidade de inclusão do pensar e fazer coletivos nos modos de se fazer gestão.

A PNH busca a ruptura com o autoritarismo observado nos serviços de saúde do Brasil, propondo o uso de dispositivos e modos de se fazer gestão que enfrentem práticas autoritárias e verticalizadas, a partir da reorganização da clínica, das relações de poder em serviços de saúde, e do fomento à gestão participativa e à saúde do trabalhador (BARROS et al, 2011).

A PNH compromete-se a realizar uma tríplice inclusão, caracterizada pela inclusão dos sujeitos-gestores, trabalhadores e usuários-; pela inclusão de analisadores sociais-reflexão de fenômenos que desestabilizam modelos tradicionais de atenção e gestão; e de coletivos em geral, através da análise da rede como um todo (OLIVEIRA, 2012).

A gestão participativa é operada através do estabelecimento de contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde, e o apoio institucional é colocado como uma das principais estratégias de fomento à gestão compartilhada dos processos de trabalho exercida nas práticas cotidianas, constituindo-se como método da cogestão (BARROS et al, 2011).

Segundo a PNH o apoio é diretriz e dispositivo de ampliação da capacidade reflexiva e de análise de coletivos, que, por meio da concretização de tal capacidade, poderiam qualificar suas intervenções em saúde (OLIVEIRA, 2012).

De modo geral, o apoio institucional pode ser compreendido como função gerencial que muda o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele ampara-se por diretrizes como a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos envolvidos com a produção de saúde. Dispara e acompanha/dá suporte a processos de mudanças gestados por coletivos.

Ainda que colocado como função gerencial, o apoio opera entre o cuidado e a gestão (OLIVEIRA, 2012), pelo fato de se propor a enfrentar, no âmbito dos coletivos envolvidos com a produção de saúde, questões atinentes ao cotidiano do trabalho desses coletivos numa perspectiva ampla, da dupla implicação com os modos de se ofertar o cuidado e o trabalho em saúde, e o cuidado propriamente ofertado aos usuários.

Entre as funções do apoiador institucional podem ser mencionadas: a ativação de espaços coletivos que promovam a interação entre sujeitos; o reconhecimento das relações de poder, afeto e circulação de saber, de modo que projetos pactuados por atores institucionais e sociais possam ser efetuados; mediação para a construção de objetivos comuns e pactuação de compromissos e contratos; a qualificação de ações institucionais; ampliação da capacidade crítica de coletivos, de modo que as práticas de saúde sejam transformadas, e a qualidade da gestão do SUS, ampliada.

Destarte, observa-se que o modelo de gestão e atenção preconizados pela PNH é centrado na construção coletiva, no apoio institucional, na horizontalidade das relações, no trabalho em equipe, e na implementação de colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2009).

Cabe destacar que a explanação acerca das teorias que norteiam a gestão, incluindo a gestão do SUS e suas particularidades, é relevante na medida em que, não basta que os dispositivos avaliativos estejam disponíveis, e que tenham uma estrutura avaliativa mais propensa ao sucesso, é preciso observar sob quais modelos de gestão e pressupostos os mesmos estão/serão implantados.

Os pressupostos aí presentes influenciarão diretamente o modo como a avaliação será implementada, apropriada e o quanto seu potencial de melhoria da oferta de atenção à saúde será precipitado.

Por essa razão, após evidenciar os pontos de encontro detectados entre a avaliação e a gestão, sob a perspectiva das reformas de Estado, e também, a partir dos desafios de consolidar a descentralização da gestão no SUS e o fortalecimento de um modelo de gestão mais participativo, serão abordadas as iniciativas protagonizadas pelo gestor federal do SUS que fomentaram meios de contratualizar

resultados ou a qualificação do sistema de saúde através da oferta de dispositivos avaliativos- propostas de avaliação de desempenho do sistema de saúde, e políticas ou programas de avaliação de serviços de saúde, como é caso do PMAQ.

2.2.4- A iniciativa do Gestor Federal para a Implementação de Processos Avaliativos no Âmbito do SUS

Um dos primeiros movimentos brasileiros que evidenciaram o compromisso da avaliação e da gestão em possibilitar a pactuação e acompanhamento de resultados na gestão do SUS foi o Pacto pela Saúde, que abarca o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

Os dois primeiros componentes preconizavam o investimento dos três entes sobre áreas consideradas prioritárias, definindo para isso, diretrizes, objetivos e metas a serem pactuadas pelos gestores (BRASIL, 2006).

O Pacto era formalizado através do Termo de Compromisso e Gestão (TCG) e tinha como objetivo reafirmar compromissos dos gestores de saúde com atribuições e metas a serem cumpridas (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

A contratualização de resultados atenderia necessidades da almejada descentralização da gestão do SUS, por reiterar a divisão de responsabilidades, com a cooperação técnica e financeira entre as esferas de poder, associadas ao incentivo à transparência pública e à participação da população.

O compromisso firmado através do TCG abarcava o comprometimento com metas e objetivos do pacto pela saúde, com responsabilidades e atribuições de cada ente e com indicadores de monitoramento.

O pacto pela saúde foi o mote para a estruturação de medidas de fomento ao uso da avaliação para a decisão. Entre os frutos observados a partir da implantação do Pacto pode-se mencionar a estruturação de uma agenda de fomento ao monitoramento e avaliação protagonizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP), através de seu Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS), estruturada a partir de 2006.

Embora não haja consenso quanto à potência que a criação de Departamentos tem para a institucionalização da avaliação (FELISBERTO, 2006), a criação desse departamento para articulação das estratégias de institucionalização da avaliação, segundo Carvalho (2012), pode ter tido potência para a institucionalização da avaliação se consideradas as expertises do Departamento quanto à promoção do diálogo e envolvimento de atores fundamentais para a gestão do SUS.

Nesse sentido, a articulação entre um modelo de gestão participativo e a utilização de procedimentos avaliativos construtivistas, seria um caminho fértil para o aperfeiçoamento da tomada de decisão no SUS, e conseqüentemente, de sua efetividade.

A agenda de monitoramento e avaliação para o SUS foi organizada a partir de quatro eixos: pesquisa e publicação (processos e práticas de monitoramento e avaliação da gestão, e painel de indicadores do SUS); apoio e qualificação da equipe gestora (repasso de recursos fundo a fundo, disponibilização de equipamentos de informática, projeto de formação à distância); desenvolvimento de metodologia (construção de metodologia para elaboração de matriz de indicadores para o M&A da gestão); desenvolvimento e disseminação de tecnologia.

Para a integração das práticas instituídas nessa agenda de fomento ao monitoramento e avaliação, foi instituída a Rede Interfederativa de Monitoramento e Avaliação (RIMA), que tinha a finalidade de disseminar processos e práticas de monitoramento e avaliação, bem como ferramentas de apoio à gestão para a tomada de decisão.

Para a disseminação de informações estratégicas destaca-se a elaboração do Painel de Indicadores do SUS, dirigido aos conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil e gestores, contemplando o uso de informações para a tomada de decisão, prestação de contas e produção de conhecimento.

No componente apoio podem-se destacar os processos de capacitação em monitoramento e avaliação ofertados aos gestores, e a transferência fundo a fundo que aportou, em quatro anos, cerca de R\$ 80 milhões de Reais.

Como proposta de aprimoramento do Pacto, foi lançado em 2011 o Contrato Organizativo de Ação Pública, o COAP. O Decreto 7508, em seu artigo 33, dispõe

que “o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública”.

A partir daí, aponta-se então, a transição do modelo instituído através do Pacto para o COAP. O COAP diferencia-se do Pacto, entre outros aspectos, pelo fato de ter natureza jurídica e de ter a sua adesão subordinada ao interesse consensuado entre os municípios de uma região pela assinatura do contrato, sendo então dirigido para a unidade de gestão região de saúde, e não, município.

Tem como funções a definição de responsabilidades entre os entes federativos do SUS sobre uma região de saúde, a partir da definição e acompanhamento de diretrizes, metas e indicadores explicitados e com prazo estabelecido para o alcance de objetivos (BRASIL, 2011d).

O COAP dispõe de quatro partes: uma voltada para a definição de responsabilidades dos entes signatários quanto à organização do SUS, sendo, portanto, a parte das Responsabilidades Organizativas; a parte II, voltada para as Responsabilidades Executivas; a parte III, que define as responsabilidades orçamentário-financeiras, determinando o custeio e investimento, formas de incentivo e cronograma de desembolso, bem como as regras nacionais e estaduais sobre financiamento; e a parte IV, que trata das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do contrato e auditoria.

Apresentando uma estrutura mais complexa que a do Pacto, e, apesar dos cinco anos de lançamento, não se observa grandes mudanças no cenário de contratualização de compromissos e utilização da avaliação pela decisão a partir do COAP, fato que pode ser atribuído à baixa aderência dos gestores a esse dispositivo de gestão.

No que tange às proposições de avaliação de desempenho do SUS pode-se mencionar o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde- PROADESS- e o Índice de Desempenho do SUS, o IDSUS.

O Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde consiste em uma proposta de avaliação de desempenho elaborada para o SUS, na qual o desempenho dos serviços de saúde é associado à estrutura do sistema cuja organização está voltada para o atendimento das necessidades de saúde

associadas a determinantes sociais, políticos e econômicos. Tal proposta considera tanto os fatores político, social e econômico, quanto a conformação do sistema para o processo de avaliação do desempenho.

O projeto teve início após a divulgação do Relatório de Desempenho dos Sistemas de Saúde da OMS (WHR, 2000), cuja metodologia foi criticada pelo conjunto de países, por apresentar fragilidade conceitual, pela falta de transparência na condução do processo de formulação da metodologia de avaliação, bem como pela fragilidade dos indicadores utilizados, a exemplo do próprio índice sintético utilizado, o Overall Health System Performance Indicator.

As análises críticas foram protagonizadas pelo Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, e disparadas também pelas resoluções do conselho executivo da OMS, que junto à Organização Pan-americana de Saúde recomendaram consultas regionais sobre o WHR 2000.

Nesse contexto, uma rede de pesquisadores de sete instituições de pesquisa em saúde coletiva, junto ao Ministério da Saúde, propôs uma metodologia de avaliação de desempenho do SUS: o PROADESS.

Para compreensão da proposta elaborada no Brasil, vale destacar algumas das críticas fomentadas pelo WHO, e propostas desenvolvidas por outros organismos internacionais que influenciaram a proposição do PROADESS.

O WHO trouxe como metas a serem aferidas no âmbito dos sistemas de saúde a melhoria no estado de saúde (média e distribuição), a responsividade em sua média e distribuição (capacidade de atender às expectativas do público); e a justiça na contribuição financeira.

Os componentes destacados para o alcance de tais metas seriam o financiamento, a prestação de serviços de saúde, a geração de recursos e a condução do sistema. Para mensurar o desempenho de um sistema, confrontou-se a relação entre os componentes e as metas.

Entre os aspectos gerais criticados no WHO, pode-se salientar a definição de sistema de saúde ampla e imprecisa, que apesar de considerar como componentes do sistema todos os recursos, organizações e atores envolvidos que realizam ou apoiam ações sanitárias, desconsiderou a educação e condução do sistema.

Além disso, o índice de medida utilizado (Overall Health System Performance Indicator), por ser composto por diversas dimensões, não viabilizou a identificação de problemas prioritários, além de ter faltado clareza no processo de distribuição dos pesos para sua obtenção; contestou-se que mudanças no estado de saúde estariam atreladas necessariamente ao modo de funcionamento do sistema de saúde, devendo-se considerar a grande influência das condições socioeconômicas vigentes; outro aspecto criticado foi o fato das medidas de justiça na contribuição financeira partirem do pressuposto de que todos devem comprometer o mesmo percentual da receita familiar nos gastos em saúde, indo na contramão da equidade do financiamento (VIACAVA et al, 2004).

Tendo em vista tais limitações, e, a partir de revisão de literatura e de experiências desenvolvidas no Canadá, Austrália, Reino Unido e da própria Organização Pan-Americana de Saúde-OPS, a proposta inicialmente elaborada pelo PROADESS, destaca alguns aspectos e premissas para avaliação do desempenho do SUS que buscam superar as limitações anteriormente citadas, e também, atender às particularidades do SUS (VIACAVA et al, 2004):

- Para a avaliação de desempenho, as diferentes funções do sistema – geração de recursos; financiamento, prestação de serviços e condução devem ser consideradas; além disso, deve-se considerar os vários níveis de análise (nacional, intermediário e local) e os diferentes atores envolvidos.
- Os países que desenvolveram metodologias de avaliação de desempenho, apostaram na definição de quadros de referência (objetivos e metas);
 - Inclusão do acesso como componente da responsividade, possibilitando avaliação da equidade;
 - A eficiência deveria ser considerada apenas uma dentre outras dimensões do desempenho, tais como, equidade, efetividade, aceitabilidade, satisfação;
 - É importante que a metodologia e os indicadores a serem selecionados devem ser definidos a partir de consensos com os diversos atores envolvidos.
 - Deve-se atentar à facilidade de operacionalização dos conceitos envolvidos na avaliação.

A partir dessas premissas, a proposta desenvolvida pelo PROADESS foi pautada por um quadro de referência que abarca sua concepção legal, a forma como vem sendo implantado e os problemas de saúde priorizados, avaliando também em que medida seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos.

Partindo-se do pressuposto acima mencionado, a primeira dimensão a ser considerada seria a dos determinantes de saúde associados aos problemas considerados prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, avaliando-se seu impacto em diferentes grupos sociais.

As subdimensões consideradas seriam as dos fatores ambientais, socioeconômicos e demográficos, e os comportamentais e biológicos. A segunda dimensão refere-se à caracterização dos problemas de saúde, abarcando subdimensões como morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade. A terceira dimensão abarca o sistema de saúde, e refere-se à condução e estrutura do sistema, incluindo aí o financiamento e os recursos.

Para avaliar o desempenho, os seguintes elementos foram propostos: efetividade, acesso, eficiência, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. A equidade é considerada eixo transversal a todas as dimensões, e, portanto, todas devem ser analisadas segundo essa perspectiva.

Para as mencionadas dimensões e subdimensões foram elencados 113 indicadores. Entre os indicadores de efetividade estão as mortes evitáveis por intervenção dos serviços de saúde; a incidência de doenças evitáveis por intervenções dos serviços de saúde; internações evitáveis.

Entre os indicadores de acesso estão os que falam do acesso à atenção básica e à média/alta complexidade. Os indicadores de eficiência são os relacionados à realização de cirurgias em âmbito ambulatorial e hospitalar, com menos de um dia de permanência. Já os indicadores de adequação, embora maior parte dos países utilize intervenções da média e alta complexidade, no caso do Brasil, dada a relevância que a atenção básica vem ganhando nas últimas décadas, propôs-se dois indicadores relacionados à atenção básica.

Em relação ao uso previsto para os resultados do PROADESS foi proposta elaboração de dashboard, ou painel de controle, através do qual se pode verificar o

resultado individual dos indicadores e variáveis relevantes para cada região, com o fim de monitorar e avaliar o desempenho do SUS para a implementação de correção de rumos, formulação de políticas de saúde, dentre outras medidas atinentes à gestão de políticas de saúde.

O projeto possui sítio eletrônico onde ficam disponíveis relatórios com os resultados gerais, e por região, os indicadores selecionados e calculados para cada dimensão e subdimensão podem ser acessados a partir de cada caso e gerar informações por recortes geográficos, sexo, idade, escolaridade e renda, sendo desagregados até Unidade da Federação.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde foi lançado em 2011, com o objetivo de apresentar um índice sintético capaz de efetivar melhorias na política de saúde, a partir da definição de parâmetros e objetivos norteadores dos investimentos do SUS.

O índice propõe-se a aferir no contexto do SUS, o desempenho apresentado em relação ao cumprimento de seus princípios e diretrizes-universalidade do acesso, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite-, em relação à dimensão do acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da atenção básica, ambulatorial e hospitalar, urgências e emergências em cada município, estado, região, bem como em âmbito nacional (BRASIL,2011c).

O índice passou por processo de consulta pública e foi pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite. A influência conceitual do IDSUS advém do modelo conceitual proposto no âmbito do PROADESS (OLIVEIRA; PASSADOR, 2014).

Na avaliação das dimensões do acesso e da efetividade das ações e serviços de saúde ofertados nos municípios, estados e regiões, houve um agrupamento dos municípios em 6 grupos homogêneos, caracterizados a partir da utilização de três dimensões do PROADESS (determinantes de saúde, condições de saúde e sistema de saúde).

Essa caracterização buscou contextualizar o desempenho obtido nas diversas localidades do país, sendo mais um elemento para complementar a análise a ser efetuada a partir do resultado.

Compõem o IDSUS indicadores simples e compostos, sendo 14 indicadores de acesso e 10 de efetividade. Os indicadores possuem parâmetros e sua nota é obtida a partir da proporção entre o resultado verificado e o parâmetro, multiplicados por 10. Assim, observa-se o quão distante da realidade está o resultado obtido.

A partir da análise de componentes principais, os indicadores simples têm pesos atribuídos dentro dos índices de acesso potencial ou obtido, e efetividade; e por sua vez, esses índices geram o índice de desempenho do SUS (BRASIL, 2011c).

Entre as críticas elaboradas sobre a metodologia do IDSUS, estão: a proposição de um índice sintético, alguns registros de questionamento quanto à homogeneidade dos grupos de municípios (OLIVEIRA; PASSADOR, 2014), e sobretudo, as consequências na divulgação da nota atribuída ao “SUS” que atende usuários de determinado município.

A polêmica gerada sobre a divulgação do IDSUS mediante resultados ruins para algumas capitais brasileiras, como o Rio de Janeiro, reitera a importância da concepção de propostas avaliativas que incluam a participação dos diversos atores envolvidos e que invistam na devolutiva e prospecções quanto ao uso dos resultados.

Outro ponto polêmico situa-se justamente na divergência observada entre alguns aspectos do IDSUS e da proposta que o embasou conceitualmente, o PROADESS.

Sendo assim, o PROADESS e o IDSUS configuram-se como estratégias de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro.

Passemos agora à apresentação de outras proposições da gestão federal para estruturação do monitoramento e avaliação do SUS.

Como iniciativa de avaliação de serviços de saúde da média e alta complexidade, será brevemente apresentado o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNASS, e como propostas atinentes à atenção básica, serão abordadas a política de monitoramento e avaliação da atenção básica e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ AB.

Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS

A prerrogativa de avaliação do desempenho de serviços de saúde no âmbito da gestão federal é reforçada na Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, a qual estabelece como ação de regulação da atenção à saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários.

Portanto, para além da necessidade de avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro, observa-se iniciativas implementadas pelo gestor federal que ratificam a necessidade de avaliar o desempenho de seus serviços de saúde.

Desse modo, estabeleceu-se em 2005 o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNAAS-que foi reformulado em 2015 através da publicação da Portaria GM Nº 8 de 08 de janeiro de 2015.

Esse programa é gerenciado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, o DRAC, do Ministério da Saúde, e viabiliza a avaliação de estabelecimentos de saúde da atenção especializada, rede ambulatorial e hospitalar.

O PNAAS apresenta como principal objetivo a avaliação de estrutura, processos e resultados associados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos referentes à eficiência, efetividade e eficácia dos serviços da média e alta complexidade (BRASIL, 2015a).

O programa realiza a avaliação dos serviços através da aplicação de instrumentos avaliativos por instituições federais de ensino e pesquisa (padrões verificados in loco); entrevistas com usuários-realizadas pelo Departamento de Ouvidoria do SUS-; e avaliação de um conjunto de indicadores.

Os padrões verificados in loco contemplam padrões de dimensões como: gestão organizacional, apoio técnico e logístico para a produção do cuidado; gestão da atenção à saúde e do cuidado; serviços/unidades específicas (se é urgência/emergência, reabilitação, hospital geral, especializado) e assistência oncológica.

O Programa tem origem em um programa de avaliação de serviços hospitalares-de 1998-, e é reformulado em 2015, apresentando um formato bastante

semelhante ao adotado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Política de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica

A Política de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica tem como marcos para sua criação a instituição da comissão tripartite de avaliação da atenção básica em 2003, seguida da apresentação de algumas de suas diretrizes no encontro de coordenadores estaduais da atenção básica, no final de 2003, e a divulgação da publicação denominada Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização, em 2005.

Sua implantação foi iniciada em 2004, quando diversos departamentos do MS iniciaram programas similares, e possui forte relação com o Projeto de Expansão e Qualificação do Saúde da Família, iniciativa do Ministério da Saúde desenvolvida com apoio do Banco Mundial de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

Tal projeto viabilizou a entrada do monitoramento e avaliação na agenda da atenção básica- o componente III era voltado ao fortalecimento do M&A-, e a viabilização de recursos financeiros necessários para isso.

Entre os componentes da política pode-se citar o monitoramento e avaliação, o desenvolvimento da capacidade avaliativa, a articulação sistemática e integração das ações; a cooperação técnica e articulação interinstitucional; a indução e gestão de estudos e pesquisas e a produção de informação e comunicação (BRASIL, 2005 a)

Entre os projetos estratégicos e objetivos contemplados nesses seis componentes ressalta-se o aperfeiçoamento do Sistema de Informação da Atenção Básica; o aprimoramento do processo de pactuação de indicadores; a realização e gestão dos estudos de linha de base, e o lançamento de edital de pesquisas publicado por intermédio do CNPq com recursos alocados e grupo de acompanhamento; a construção de metodologia e definição de padrões para

avaliação para melhoria da qualidade da ESF a ser implantada nos municípios; o fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em M&A, incluindo o repasse de recursos e implantação dos planos estaduais de monitoramento e avaliação das SES (BRASIL, 2004, 2005 a,b,c).

Em relação ao aprimoramento do SIAB foram fomentadas iniciativas pela coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica com o objetivo de reformular o sistema no que concerne à mudança de sua base tecnológica, à identificação unívoca dos cidadãos, e à seleção de indicadores para o monitoramento da atenção básica (FELISBERTO, 2010).

Entre os avanços obtidos nesse produto esperado pela política de monitoramento e avaliação da atenção básica pode-se mencionar a integração do SIAB com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES- e a disponibilização pública de dados do SIAB para tabulação

As estratégias previstas pela política para o aprimoramento da pactuação de indicadores resultou na mobilização de estados e municípios para a qualificação da pactuação de metas e na definição de indicadores prioritários para o acompanhamento da ESF (FELISBERTO, 2010).

Em relação ao fomento à pesquisa, através da implementação de iniciativas como os estudos de linha de base e lançamento de editais de pesquisa, foram realizadas pesquisas avaliativas e desenvolvidas iniciativas que acabaram por fomentar a integração entre academia e gestão e serviços de saúde.

Observa-se que a premissa dessas estratégias era a produção de conhecimento sobre a atenção básica, e também, sua assimilação pelos trabalhadores e gestores estaduais e municipais para a tomada de decisão mais efetiva.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade buscava a definição de padrões esperados para a atenção básica e a oferta de um dispositivo passível de disseminação entre trabalhadores e gestores, e que de fato, pudesse ser utilizado sob a perspectiva de ciclos de melhoria da qualidade.

A disponibilização do instrumento de autoavaliação da atenção básica (AMQ) foi um dos produtos resultantes dessa estratégia, que possibilitou também um

primeiro movimento de explicitação de padrões de qualidade esperados para a atenção básica.

Quanto ao fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde, a partir da renegociação do acordo de empréstimo celebrado entre o Brasil e o BIRD (BRASIL, 2003) foi deflagrada a inclusão da proposta de fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais em monitoramento e avaliação-portaria 865 de 11 de maio de 2004- e o incremento de recursos financeiros de R\$ 7 milhões de dólares para R\$ 25 milhões de dólares. Para a estruturação dos planos estaduais para fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica foram repassados aos fundos estaduais de saúde R\$ 17 milhões de dólares (FELISBERTO, 2010).

Desse modo, a política de monitoramento e avaliação da atenção básica foi pioneira na estruturação de um conjunto de ações voltadas à institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica, intervindo sobre a vertente de produção de conhecimento sobre atenção básica através do fomento à pesquisa, sobre a vertente de fortalecimento da capacidade avaliativa-integração academia e serviços, fomento ao desenvolvimento de capacitações, oferta de padrões avaliativos e instrumento de autoavaliação, repasse de recurso para a implantação dos planos estaduais para fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica-, e sobre o sistema de informação da atenção básica.

Percebe-se que a política preconizou aspectos como a formação de redes voltadas para a produção de conhecimento que buscassem integrar pesquisa e serviço de saúde, a estruturação de uma capacidade técnica mínima em monitoramento e avaliação nas gestões federal, estadual e municipal, o desenvolvimento e divulgação de padrões de qualidade da atenção básica através do AMQ e o investimento no protagonismo dos gestores estaduais para a estruturação do monitoramento e avaliação nos municípios brasileiros.

Sendo assim, percebe-se que a política, enquanto dispositivo que precede o PMAQ, mantém a continuidade de algumas de suas premissas como a disseminação de padrões de qualidade da atenção básica, o envolvimento dos trabalhadores na melhoria contínua da qualidade-através da oferta de instrumentos avaliativos- e a parceria com a academia pra o fomento de ações de monitoramento

e avaliação-como é o caso das universidades que realizam a avaliação externa do PMAQ AB.

2.3- PMAQ-AB: ANÁLISE DO PROGRAMA COMO DISPOSITIVO DA GESTÃO PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Nessa seção pretende-se abordar a estratégia mais recente da gestão federal da atenção básica para o monitoramento e avaliação da atenção básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ AB.

O PMAQ AB foi instituído em 2011 (BRASIL, 2011a), como um dos componentes do Saúde Mais Perto de Você- estratégia anunciada na mesma época para a superação de problemas da atenção básica como o limitado financiamento, a escassez de padrões de qualidade para a atenção básica, a baixa resolutividade e a frágil cultura de avaliação desse nível de atenção (SILVA et al, 2015; PINTO; SOUSA, 2012).

O programa avalia a qualidade da atenção básica ofertada no âmbito de cada equipe aderida ao PMAQ AB, através do desenvolvimento de etapas que incluem processos a serem instituídos pelo município (autoavaliação dentre outros), monitoramento de indicadores e avaliação externa, dos quais resulta um desempenho que garante repasse de incentivo de custeio proporcional ao mesmo.

O PMAQ AB, como integrante do Saúde Mais Perto de Você, é situado como estratégia potente para o enfrentamento de limitações da atenção básica implementada nos municípios, tais como: precariedade da rede física das unidades básicas de saúde, passando pela ambiência pouco acolhedora para os usuários e condições de trabalho inadequadas para as equipes; modelo de atenção com baixa capacidade de atendimento às condições agudas, e limitações quanto à resolutividade, à integralidade e à integração com a rede de apoio diagnóstico e outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde; necessidade de

aprimoramento do processo de trabalho das equipes, orientando-o às prioridades do modelo de atenção básica para o alcance de metas e resultados pactuados entre trabalhadores, comunidade e gestão; processos de gestão pouco centrados na indução e acompanhamento da qualidade da atenção básica; e financiamento insuficiente da atenção básica (BRASIL, 2013)

É também componente do denominado sistema de avaliação para a qualificação do SUS- conjunto de dispositivos avaliativos interdependentes que inclui o PMAQ AB, PNASS e o IDSUS-, cujo objetivo é a produção de informações para o desenvolvimento e qualificação do SUS.

Nesse sentido, percebe-se que é um programa que não se constitui exclusivamente enquanto dispositivo de monitoramento e avaliação da atenção básica, atendendo simultaneamente a outros propósitos da política de atenção básica e mesmo, da política de monitoramento e avaliação do SUS.

Contudo, para que seja iniciada a aproximação do objeto de análise desse estudo, faz-se necessário descrever e analisar o PMAQ AB enquanto programa federal de qualificação da atenção básica, em sua perspectiva integral, abordando simultaneamente sua natureza avaliativa e sua vocação de dispositivo da gestão por resultados.

Tal análise guiará as discussões seguintes sobre o modo como o programa vem sendo apreendido pelo município de Florianópolis.

O PMAQ AB está em seu terceiro ciclo de vigência, tendo passado por mudanças no modo de repasse do recurso de desempenho aos municípios, bem como alguns aspectos de sua implantação, conforme verificado na Portaria que passou a regulamentá-lo (BRASIL, 2015 b).

Contudo, apesar da publicação de tais alterações terem gerado a revogação da Portaria que o institui, considerando-se que as mesmas não influenciam diretamente a análise do caráter avaliativo do PMAQ AB, e também, a temporalidade do presente estudo, para a apresentação e discussão do programa serão abordados aspectos previstos até o segundo ciclo do Programa, regulamentados pela Portaria GM 1654 e demais materiais de apoio atinentes ao 2º ciclo.

O PMAQ AB possui como objetivo principal induzir a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, criando um padrão de qualidade comparável nacional,

regional e localmente. Orienta-se pela premissa de alcance da melhoria na efetividade e eficiência da gestão pública por meio da pactuação de resultados mensuráveis.

O programa busca ainda, ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários, através do fomento de estratégias de melhoria da qualidade; ofertar padrões de boas práticas e organização das UBS que orientem a melhoria da qualidade da atenção básica; promover maior adequação das UBS aos princípios da atenção básica; promover qualidade e inovação na atenção básica através do fortalecimento de processos como a autoavaliação, o monitoramento e avaliação, o apoio institucional e a educação permanente; promover a melhoria da qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação da atenção básica; institucionalizar uma cultura de avaliação na atenção básica através da indução e acompanhamento de processos e resultados; e induzir o foco da atenção básica no usuário (BRASIL, 2011b, c, 2013).

Entre suas diretrizes podem ser citadas: a perspectiva de utilização de parâmetro de comparação que considere as diferentes realidades do país; a perspectiva de melhoria progressiva da qualidade, que resulta no caráter de incrementalidade do processo; a responsabilização dos gestores e equipes com a qualificação da atenção básica; o desenvolvimento de cultura de avaliação e contratualização que oriente a gestão de recursos baseada nos resultados pactuados e alcançados; a indução da implantação do modelo de atenção alinhado aos princípios da atenção básica; o desenvolvimento dos trabalhadores; a voluntariedade do processo de adesão das equipes e gestores do SUS (BRASIL, 2011 b, c, 2013).

O PMAQ AB retrata de que modo pode honrar os compromissos colocados, bem como, atingir os objetivos mencionados, através de um desenho de implantação que prevê etapas para seu desenvolvimento. São elas: a fase de adesão e contratualização de resultados, desenvolvimento-autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional-, avaliação externa, certificação e recontratualização.

A etapa de adesão e contratualização referem-se à adesão das equipes de atenção básica ao programa, e o cumprimento da mesma garante o repasse de 20%

do valor integral do recurso do PMAQ AB, até que seja realizada a avaliação externa.

Entre as equipes previstas para adesão e contratualização estão as equipes da Estratégia Saúde da Família, as equipes de saúde bucal, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes parametrizadas, que são aquelas constituídas por profissionais da atenção básica que não estão organizadas dentro dos padrões da ESF, mas que podem se equiparar ao saúde da família a partir de alguns critérios, e assim, participarem do PMAQ AB.

A contratualização consiste na etapa em que equipes e gestores municipais contratualizam compromissos no âmbito do programa.

Ao formalizar sua adesão e contratualização, as equipes comprometem-se com: a organização de seu processo de trabalho de acordo com os princípios apresentados pela PNAB e pelo PMAQ AB; a pactuação de metas para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal; a realização de processo de autoavaliação com o objetivo de promover a reflexão de seu processo de trabalho; a implementação de acolhimento à demanda espontânea para ampliação do acesso da população usuária; a programação de atividades a partir de critérios de risco e vulnerabilidade da população; a instituição de espaços de discussão do processo de trabalho e para construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares; o desenvolvimento de ações intersetoriais; a alimentação regular do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2013).

O gestor municipal, ao aderir ao PMAQ AB, compromete-se com: a manutenção dos profissionais previstos na composição mínima das equipes de atenção básica, e com seu regular cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); a garantia de oferta mínima de ações das equipes de atenção básica, de acordo com os padrões de qualidade do PMAQ AB; pactuar com as equipes de atenção básica sua participação no programa; realizar a aplicação dos recursos do programa em ações que qualifiquem a atenção básica; promover melhorias nas condições de trabalho das equipes; promover processos de autoavaliação da gestão e das equipes; implantar apoio institucional; instituir ações de educação permanente para as equipes; fomentar a instituição de espaços de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde; manter a alimentação do SIAB

regular; implantar processo regular de monitoramento e avaliação no município; apoiar a realização da avaliação externa do programa; utilizar os resultados do PMAQ AB para apoio da priorização dos investimentos na atenção básica (BRASIL, 2013).

O gestor federal compromete-se a: garantir a implementação do PMAQ AB; transferir regularmente aos municípios o recurso financeiro do PMAQ AB; elaborar instrumentos e fomentar processos de apoio institucional; promover a oferta de ações de educação permanente; implementar processo regular de monitoramento e avaliação para acompanhamento e divulgação do desempenho da atenção básica; realizar avaliações que promovam o aperfeiçoamento do programa e sua adequação às demandas dos sujeitos envolvidos com o programa; financiar e coordenar o processo de avaliação externa; promover a inclusão de unidades básicas de saúde no Programa Nacional de Banda Larga (BRASIL, 2013).

A fase de desenvolvimento do programa consiste em etapas previstas pelo programa para a promoção da reflexão do processo de trabalho e atenção ofertada na atenção básica e instituição de mudanças na direção do alcance da qualidade da atenção básica.

O PMAQ AB elenca para tanto, o desenvolvimento de processos de autoavaliação, de monitoramento, de educação permanente e de apoio institucional. É o conjunto dessas atividades que dá “corpo” à implantação do programa, que se constituem como o caminho a ser seguido para que mudanças sejam implementadas no sentido do aprimoramento da qualidade, e o desempenho máximo das equipes seja alcançado..

Segundo os parâmetros do programa, a autoavaliação viabiliza a identificação de potencialidades e limitações do processo de trabalho pelas próprias equipes, de modo que a reflexão deflagrada a partir do exercício de avaliar/julgar, resulte na implementação de estratégias para a superação das limitações identificadas e para o alcance de metas e resultados almejados.

O programa ressalta a perspectiva de que a qualidade pode variar de acordo com a percepção de cada sujeito envolvido no processo de oferta de atenção básica, recomendando, a realização da autoavaliação por todos os membros da equipe.

Sinaliza ainda que, a autoavaliação é um dispositivo que pode contribuir para a superação do caráter punitivo que a avaliação possui para muitos dos trabalhadores e gestores da saúde, na medida em que, a partir do envolvimento direto dos trabalhadores, imprime-se à avaliação o sentido de autonomia sobre o processo avaliativo e um maior grau de intervenção sobre o mesmo (SCHRAIBER et al., 1999; CASTANHEIRA et al, 2015).

O PMAQ AB oferece a possibilidade de utilização pelas equipes de instrumento auto avaliativo construído pelo Ministério da Saúde ou, instrumento local de autoavaliação. O instrumento de autoavaliação do Ministério da Saúde deriva do instrumento elaborado à época da implantação da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, o AMQ.

Sua reformulação aconteceu com o lançamento do PMAQ AB, e, até o 2º ciclo do programa, o instrumento dirigido às equipes de atenção básica apresentava as seguintes dimensões e subdimensões: gestão municipal, com as subdimensões-implantação e implementação da atenção básica no município; organização e integração da rede de atenção à saúde no município, gestão do trabalho, participação, controle social e satisfação do usuário; gestão da atenção básica, com as subdimensões-apoio institucional, educação permanente, monitoramento e avaliação; dimensão unidade básica de saúde, com as subdimensões- infraestrutura e equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos; dimensão educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde, com as subdimensões educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde, participação, controle social e satisfação do usuário.

O Ministério da Saúde prevê que seja realizado, na etapa da autoavaliação, o planejamento de intervenções voltadas à superação de pontos críticos identificados pelas equipes no momento da autoavaliação.

Em relação ao monitoramento, o programa adota a perspectiva de que a produção de informação em saúde tem potencial de promover a melhoria da qualidade, na medida em que, subsidia a gestão e as equipes quanto à priorização e programação de ações a serem desenvolvidas para o estabelecimento de melhorias na atenção ofertada, promovem aprendizado institucional, permitem a identificação

de resultados alcançados, da efetividade das ações e de limitações a serem enfrentadas; imprime transparência nas ações desenvolvidas pela gestão, potencializando uma maior participação social em função da disponibilização das informações; fortalece a gestão da informação na atenção básica.

Preconiza-se que o monitoramento aconteça regularmente, de modo a contribuir com a elaboração permanente de levantamento de necessidades de educação permanente, apoio institucional, priorização, contratualização e programação de atividades voltadas para a melhoria da qualidade.

O monitoramento é apontado também como ferramenta importante para a gestão do cuidado, pelo fato de disponibilizar informações que viabilizam a elaboração de diagnóstico situacional e acompanhamento de vulnerabilidades e agravos, subsidiando o planejamento e programação de ações de saúde.

São considerados elencados pelo programa alguns aspectos para guiar a realização do monitoramento da atenção básica nos municípios, tais como, a necessidade das ações terem caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, promovendo aprendizagem institucional e responsabilização; subsidiar a tomada de decisão pela gestão, na perspectiva de integração com planejamento, educação permanente e apoio institucional; evitar a vinculação de resultados de indicadores a sanções; reconhecer o bom desempenho dos trabalhadores em relação aos indicadores pactuados; identificar experiências exitosas; garantir a participação dos sujeitos envolvidos na negociação de responsabilidades; e divulgar sistematicamente dos resultados de monitoramento da atenção básica. Espera-se que os indicadores reflitam os esforços de aprimoramento do processo de trabalho das equipes.

O segundo ciclo do programa considera indicadores provenientes tanto do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), quanto do sistema de informação em saúde da atenção básica, o SISAB.

A partir das informações alimentadas pelo SIAB, são calculados 40 indicadores - sendo 20 utilizados para o cálculo do desempenho final das equipes e 20 somente para acompanhamento- 7 indicadores de saúde bucal- 4 de desempenho e 3 de monitoramento.

As informações alimentadas pelo e-SUS AB geram 8 indicadores de desempenho das equipes de atenção básica, 4 de saúde bucal, e 5 indicadores de monitoramento para as equipes NASF. Os indicadores provenientes de equipes que utilizam o SISAB focaram nas áreas de saúde da mulher, criança e crônicas.

Os indicadores das equipes de atenção básica referem-se a áreas como a saúde da mulher, saúde das crianças, doenças crônicas e produção geral.

Na área Saúde da Mulher constam para avaliação do desempenho: proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; proporção de gestantes com o pré-natal em dia; proporção de gestantes com vacina em dia; razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Como indicador de monitoramento tem-se a proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares. Na área Saúde da criança como indicadores de desempenho há: média de atendimentos de puericultura; proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo; proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia; proporção de crianças menores de dois anos pesadas; média de consultas médicas para menores de um ano; média de consultas médicas para menores de cinco anos.

Como indicadores de monitoramento constam: proporção de crianças com baixo peso ao nascer; proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio; cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Na área Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica constam: proporção de diabéticos cadastrados; proporção de hipertensos cadastrados; média de atendimentos por diabético; média de atendimentos por hipertenso.

Para o monitoramento: proporção de diabéticos acompanhados no domicílio e proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

Na área saúde bucal constam: média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura

de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Como indicadores para monitoramento têm-se: média de instalações de próteses dentárias; média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Na área produção geral: média de consultas médicas por habitante; proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; proporção de consultas médicas de demanda agendada; proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Como indicadores de monitoramento: proporção de consultas médicas de urgência com observação; proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência; proporção de encaminhamentos para atendimento especializado; proporção de encaminhamentos para internação hospitalar; média de exames solicitados por consulta médica básica; média de atendimentos de enfermeiro; média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada; proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.

Na área tuberculose e hanseníase constam somente indicadores de monitoramento, são eles: média de atendimentos de tuberculose; média de atendimentos de hanseníase.

Na área saúde mental também constam somente indicadores de monitoramento: proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas; proporção de atendimentos de usuário de álcool; proporção de atendimentos de usuário de drogas; taxa de prevalência de alcoolismo.

Em relação à Educação Permanente, o programa ressalta que, diante das mudanças de modelo assistencial, é preciso qualificar os trabalhadores e mudar o processo de trabalho em saúde na direção da ampliação da capacidade de intervenção e autonomia na realização de práticas transformadoras, e que estreitem a relação entre concepção e execução.

Por educação permanente pode-se compreender o conjunto de ações de trabalho-aprendizagem implementadas em um espaço de trabalho/educação em saúde, a partir de uma situação da realidade, sobre a qual se busca a superação,

mudança, aprimoramento e transformação numa direção desejada (RICALDONI; SENA, 2006).

A educação permanente apresenta, portanto, a lógica da programação ascendente, em que a partir da análise coletiva do processo de trabalho e da identificação de nós críticos são planejadas determinadas ações para sua melhoria.

Nesse sentido, seria fundamental a utilização do PMAQ para a identificação de nós críticos referentes ao processo de trabalho e programação de atividades de educação permanente que intervenham sobre os mesmos sob a perspectiva da autonomia e capacidade de intervenção.

No que se refere ao apoio institucional, o PMAQ AB utiliza a definição mencionada anteriormente, em que o mesmo é situado como função gerencial que propõe um modo alternativo de se exercer funções gestoras como a coordenação, planejamento e a avaliação em saúde (OLIVEIRA, 2012).

Nesse sentido, reforçando o que foi apresentando aqui anteriormente, o apoio seria um modo de ativar coletivos na direção de mudanças, a partir do aumento da capacidade de análise de situações cotidianas de trabalho.

Compreende-se que, desse modo, é possível fortalecer os coletivos e produzir novos modos de se fazer gestão e cuidado, uma vez que o apoio atua com essa dupla implicação.

O aumento de tal capacidade, ao fortalecer os coletivos da atenção básica, deflagraria também a diminuição da percepção de impotência e culpabilização enfrentadas pelas equipes de atenção básica na lida cotidiana com problemas dos territórios pelas quais são responsáveis (BRASIL, 2013).

O PMAQ AB localiza o apoio institucional atuando em três âmbitos: apoio do próprio Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, aos COSEMS, e, eventualmente, aos municípios; apoio das coordenações estaduais da atenção básica aos municípios; e apoio da gestão municipal às equipes de atenção básica (BRASIL, 2013).

O PMAQ AB situa o apoio atuando, portanto, em diferentes planos, quais sejam: das relações interfederativas; da articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde, e sobre o processo de trabalho cotidiano das equipes de atenção básica.

A depender do âmbito de atuação, o apoio apresentará maior ou menor potencial para lidar com cada um desses planos (BRASIL, 2013). A diferenciação do âmbito de atuação e das dimensões cuja atuação teria maior potencial diferenciam, de certo modo, até que ponto cada ente gestor pode se responsabilizar pelos ganhos ou perdas geradas pela presença ou ausência de apoio.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde corresponsabiliza os gestores estaduais e municipais, com a utilização do apoio institucional como ferramenta de implantação das melhorias pretendidas pelo PMAQ AB.

Merece destaque a orientação que o programa oferta quanto às possíveis atividades do apoio. Entre elas são citadas: a discussão e programação das agendas enquanto possibilidade de orientação do processo de trabalho das equipes em função de prioridades e necessidades; apoio para implantação do acolhimento à demanda espontânea; suporte para a elaboração de projetos terapêuticos singulares; organização de intervenções de natureza intersetorial; apoio à realização de planejamento local; análises de indicadores de saúde; organização dos encaminhamentos das unidades básicas de saúde; mediação de conflitos para organização de objetivos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.

O PMAQ AB sugere a vinculação de apoio institucional e educação permanente com o fim de potencializar o desenvolvimento simultâneo de competências de gestão e de cuidado.

A terceira fase do PMAQ AB é a avaliação externa. A avaliação externa é realizada em conjunto com instituições de ensino e pesquisa, as quais selecionam e treinam avaliadores da qualidade para aplicação do instrumento de avaliação externa para verificação do alcance de padrões de acesso e qualidade.

São verificados aspectos referentes à infraestrutura, realizadas entrevistas com profissionais das equipes e com usuários, e verificados documentos comprobatórios do desenvolvimento de algumas ações.

O instrumento de avaliação externa é semelhante ao instrumento de autoavaliação, e apresenta subdimensões distribuídas nos três módulos do instrumento de avaliação externa, que juntas somam um total de: 477 padrões de qualidade no módulo I, 248 no módulo II, e 168 no módulo III, os quais são classificados em gerais, essenciais e estratégicos.

Nota-se o predomínio de indicadores/padrões de infraestrutura sobre os de processo e resultados, sendo tal característica questionável, uma vez que é necessário equilibrar a abordagem de elementos de estrutura, processo e resultados, para que se tenham associações mais lógicas (DONABEDIAN, 1988; ROLAND, 2014).

É preciso atentar-se também ao quantitativo de padrões/indicadores, pois, se a relação é muito enxuta, pode excluir aspectos muito relevantes da política/serviço de saúde, e por outro lado, se é muito extensa, dificulta gestores, equipes e usuários a compreenderem a realidade com mais precisão, e concentração de esforços de superação de pontos realmente prioritários (ROLAND, 2014).

Apresentado o desenho geral do programa- que inclui seus objetivos, diretrizes e etapas previstas para implantação- recorreu-se ao modelo lógico proposto por Silva et al (2015) para ampliar a compreensão sobre o PMAQ AB, de modo que se possa iniciar uma discussão sobre o mesmo da perspectiva avaliativa e da gestão por resultados.

Silva et al (2015), ao analisarem o PMAQ, apontam, entre outros aspectos, compromissos do programa, pressupostos envolvidos, resultados e transformações esperadas.

Entre os compromissos são citados o compromisso de envolver gestores e equipes com a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, fortalecer a política de atenção básica e fomentar a cultura de monitoramento e avaliação da atenção básica no âmbito da gestão e da atenção (SILVA et al, 2015).

Nesse sentido, observa-se a implicação do programa com o desenvolvimento de monitoramento e avaliação pela gestão municipal e equipes de atenção básica, sendo o M&A uma das subdimensões que agregam padrões presentes no instrumento de autoavaliação e de avaliação externa.

Entre os pressupostos envolvidos é mencionada a diretiva de que cada gestor e cada equipe precisam se comprometer e se responsabilizar pela qualidade da atenção básica ofertada, e que, o alcance de um bom padrão de qualidade deve ser recompensado.

Pode-se afirmar que esses são pressupostos do programa, tendo em vista a menor unidade de análise avaliada pelo PMAQ AB, a equipe de atenção básica, e o envolvimento dessas equipes na implementação do programa (SILVA et al, 2015).

Além disso, o resultado da implementação de cada ciclo do programa é a concessão de um desempenho que gera repasse incremental de recurso financeiro proporcional ao desempenho alcançado.

Entre os resultados esperados pelo programa, cita-se o objetivo de que os gestores, a partir do amplo conhecimento da realidade proporcionado pelo PMAQ AB: ampliem sua capacidade de intervenção; fortaleçam as práticas de acessibilidade, acolhimento e cuidado integral; aprimorem a responsabilidade territorial das equipes; fortaleçam práticas de educação permanente e trabalho multiprofissional (SILVA et al, 2015).

Tais resultados vinculam-se à implementação de estratégias como o apoio institucional e a educação permanente- que por si só já preveem, a partir da implicação de coletivos sobre o processo de trabalho, um aumento da capacidade reflexiva e de intervenção- e à aposta de que a divulgação de padrões de qualidade esperados e intervenções induzidas a partir das informações geradas pelo PMAQ AB podem trazer de melhorias para a oferta de acesso pautado pelas necessidades e situações prioritárias e produção de cuidado integral e coordenado pela atenção básica.

Dentre as transformações almejadas pelo PMAQ AB estão: a vinculação dos usuários à atenção básica e sua legitimação como porta de entrada do SUS; a evidenciação da qualidade dos serviços a partir da percepção dos usuários, trabalhadores, gestores e sociedade em geral; e um modelo de atenção básica operando com máxima resolutividade e com forte impacto sobre o SUS.

A partir desse retrato, percebe-se que o PMAQ AB, ao mesmo tempo em que utiliza de recursos avaliativos e procura induzi-los como modo de qualificar a atenção básica, é um programa que se constitui como estratégia da gestão para a obtenção de melhoria dos resultados da política de atenção básica, ou ao menos, a implantação de seus princípios e diretrizes. Sendo assim, a seguir, analisam-se as nuances de dispositivos avaliativo apresentadas pelo PMAQ AB, e sua vinculação com modelos de gestão.

A análise do PMAQ AB enquanto dispositivo avaliativo busca responder a questionamentos como: que tipo de avaliação é o programa? Qual é sua finalidade? Qual é seu foco/abordagem predominantes? Ressalta-se que não se busca aqui realizar a metaavaliação do programa, apenas situá-lo enquanto estratégia avaliativa da atenção básica antes de proceder à análise de suas implicações com o monitoramento e avaliação da gestão municipal.

Não se busca aqui atestar, ou não, o valor avaliativo do PMAQ AB, e sim, explorá-lo enquanto dispositivo avaliativo de modo que se possa analisar modos pelos quais o programa pode se expressar numa realidade municipal.

Partindo do pressuposto de que o PMAQ AB avalia a política de atenção básica, em relação ao tipo de avaliação que o programa se constitui, considerando-se que ele procura julgar a atenção básica ofertada no âmbito de cada equipe a partir da utilização de parâmetros que expressam aspectos da PNAB AB, pode-se afirmar que se trata de uma avaliação normativa.

Uma vez que os padrões e parâmetros apresentados pelo programa expressam referências contidas na PNAB, o programa, avalia/julga, a partir do critério de maior ou menor alinhamento a pontos defendidos pela normativa da atenção básica.

O programa pode ser considerado ainda, partindo dos parâmetros da tipificação cunhada por Novaes (2000), avaliação para a decisão, pelo fato de ter entre seus objetivos a produção de respostas voltadas aos sujeitos que vivenciam o objeto avaliado, com o fim de subsidiar decisões.

Prioriza-se a descrição aprofundada do objeto avaliado, o que é feito pelo PMAQ AB, a partir dos resultados produzidos pelos mais de 500 padrões voltados para a avaliação da atenção básica.

Desse modo, o PMAQ AB, enquanto dispositivo da avaliação para a decisão, viabiliza a compreensão e identificação de problemas, e a elaboração de estratégias para sua superação.

Em relação à finalidade, observa-se que o PMAQ AB tem como objetivo geral avaliar o desempenho das equipes em relação a uma série de padrões de qualidade desejáveis, de modo que, a cada ciclo do programa, esse desempenho possa ser melhorado a partir do desenvolvimento de medidas recomendadas pelo próprio

PMAQ AB, e conseqüentemente, a qualidade da atenção básica também seja melhorada.

Nesse sentido, considerando as finalidades elencadas por Champagne et al (2011), o PMAQ AB teria finalidade formativa, pelo fato de ser voltado aos fomento de melhorias no “objeto” avaliado, nesse caso, a atenção básica; e também, transformadora, por propor a implementação de mudanças em situações problemáticas.

Em relação à abordagem, o PMAQ AB expressa aspectos da abordagem sistêmica da avaliação em saúde proposta por Donabedian. Verifica-se tal correlação pelo fato do programa organizar os padrões de qualidade a serem avaliados segundo critérios de estrutura, processo e resultado; pelo fato de investirem na divulgação e no estabelecimento de padrões de qualidade a serem almeçados; e pelo fato de trabalharem com alguns pilares da qualidade, tais como: acessibilidade, efetividade.

Destarte, o PMAQ AB trata-se de uma avaliação para decisão, de finalidade formativa, e cuja abordagem do “objeto” avaliado- a política nacional de atenção básica-é a metodologia que aborda a engrenagem estrutura, processo e resultado.

No que se refere aos aspectos de modelos de gestão expressados pelo PMAQ AB, verifica-se sua convergência como o modelo de gestão gerencialista.

Em se tratando de uma estratégia do SUS voltada para a contratualização de resultados para fins de parâmetros de alocação de recurso adicional para a atenção básica, o PMAQ AB expressa alinhamento com a lógica do enfoque sobre resultados preconizado pelo modelo gerencialista.

Segundo Alencar et al, 2012, o PMAQ AB é considerado estratégia do campo da gestão por resultados, ao utilizar a avaliação de desempenho do trabalhador como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção básica.

Nesse sentido, o PMAQ AB se enquadra nesse modelo de gestão ao priorizar os resultados alcançados para conceder incremento de recurso e para que sejam atingidos os resultados almeçados.

Considerando as duas correntes de gestão por resultados cunhadas por Kettl (1997), muito embora esse autor defenda que não seria possível a conjunção de

aspectos dessas correntes em um só grupo, o PMAQ AB, expressa nuances de ambas.

A corrente *make managers make* posiciona a contratualização de resultados como forma de controle da gestão e do processo de trabalho, mediante a concessão de benefícios e sanções diante do cumprimento de determinados objetivos e alcance de desempenho esperado.

Desse modo, a melhoria da qualidade, e o alcance de padrões desejáveis seria alcançada se incentivos forem concedidos. Nessa direção, o PMAQ AB, ao repassar recurso financeiro adicional aos municípios que alcançam determinado desempenho/padrão de qualidade, se alinharia com o *make managers make*.

Por outro lado, o PMAQ AB preconiza uma série de ações e atividades, que podem também melhorar a qualidade da atenção básica, e que por essa razão, a simples orientação da realização dessas etapas, supostamente teria força de induzir a melhoria da qualidade por processos que não se restringem ao repasse de recurso financeiro.

Sendo assim, o PMAQ AB se alinharia com a *let managers manager*, que preconiza que os gestores tenham condições de flexibilidade para efetuarem ações que os levem ao alcance dos padrões desejáveis. Essa corrente possui como premissa a satisfação do cliente/cidadão e a melhoria contínua da qualidade oriunda da gestão da qualidade total de Deming. A contratualização de resultados atuaria como mecanismo de coordenação, ajuste e aprendizagem institucional.

Por outro lado, observando todas as etapas previstas para execução do PMAQ AB, infere-se seu alinhamento com o modelo de gestão da PNH, sobretudo no que concerne ao dispositivo apoio institucional.

3. PROBLEMA DE PESQUISA

O problema da presente pesquisa é responder à seguinte questão investigativa: de que modo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica vem induzindo a realização do monitoramento e avaliação da atenção básica em uma gestão municipal?

3.1- OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar se, e de que modo, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica influencia o monitoramento e avaliação da atenção básica no âmbito de uma gestão municipal.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever e analisar as concepções, limitações e potencialidades de práticas avaliativas referidas na literatura nos dez anos de lançamento da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

Identificar as percepções do gestor municipal quanto ao monitoramento e avaliação; identificar estratégias criadas pela gestão municipal para o desenvolvimento do monitoramento e avaliação da atenção básica anteriores à implantação do PMAQ.

Identificar e discutir as estratégias criadas pela gestão a partir do PMAQ para o desenvolvimento e qualificação do monitoramento e avaliação da atenção básica; compreender a percepção da gestão municipal quanto à influência do PMAQ sobre o monitoramento e avaliação da atenção básica.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa pretendida será de abordagem qualitativa, cuja investigação possui o objetivo de realizar uma análise das repercussões da adesão aos dois ciclos do PMAQ pela gestão municipal de Florianópolis no âmbito do fortalecimento do monitoramento e avaliação.

Para responder a essa questão, optou-se pela divulgação dos resultados em formato de dois artigos científicos: um voltado à investigação do passado empírico e teórico de estudos que investigaram procedimentos avaliativos nos últimos dez anos; e o outro, destinado a explorar diretamente as implicações do PMAQ AB com a implantação local do monitoramento e avaliação da atenção básica.

A opção pela abordagem qualitativa justifica-se pelo fato de que são buscadas experiências e vivências concretas para explorar a implantação de um programa de saúde.

Na medida em que as experiências e vivências consistem na matéria-prima do problema de pesquisa aqui apresentado, o verbo a ser aplicado sobre o mesmo é compreender (MINAYO, 2012).

Por compreender, entende-se o exercício da capacidade de colocar-se no lugar do outro, considerando-o em sua individualidade e subjetividades, sem alijá-lo da dimensão de construção coletiva. A compreensão é seguida pela interpretação, que consiste na discussão realizada no segundo artigo aqui apresentado.

Porém, antes de detalhar os caminhos metodológicos para proceder a compreensão e interpretação das experiências e vivências de gestores do município de Florianópolis, o presente estudo adotou como caminho pregresso a exploração de concepções, correntes e premissas no que concerne à atenção básica e ao monitoramento e avaliação.

Concordando com Minayo (2012), é preciso, para configurar o objeto estudado em construto científico, analisar o conhecimento acumulado, para promover diálogos a partir, e com, esse conhecimento consolidado (MINAYO, 2012)

Para tanto, no capítulo destinado à exploração de marcos teóricos e conceituais buscou-se elaborar uma revisão narrativa que contemplasse a

abordagem de aspectos que orientassem as discussões sobre atenção básica, monitoramento e avaliação, e interface do monitoramento e avaliação com a gestão.

A revisão narrativa não busca atender questões específicas, ou seguir protocolos rígidos de revisão da literatura, mas atende ao objetivo de consultar a literatura para exploração de temas específicos. (CORDEIRO et al, 2007; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A partir da obtenção de aspectos referentes aos temas da atenção básica e monitoramento e avaliação, a exploração do objeto investigado se dará com mais qualidade.

Sob essa perspectiva, foi possível elencar concepções de atenção primária à saúde, e as principais correntes envolvidas do desenvolvimento do modelo de atenção básica brasileiro.

Relatou-se concepções de monitoramento e avaliação, investigando definições, finalidades, tipologias e abordagens avaliativas. E ainda, foram elencados elementos de interface entre o monitoramento e avaliação e a gestão.

Foram consultadas também, normativas e documentos do Ministério da Saúde para o relato de iniciativas avaliativas federais, e para promover a leitura do PMAQ AB, a partir dos referenciais teóricos elencados nos capítulos que abordaram aspectos conceituais e teóricos.

Optou-se por analisar as práticas de monitoramento e avaliação da atenção básica investigadas nos últimos dez anos, para que as concepções vigentes, potencialidades e limitações, pudessem ser exploradas e utilizadas para a interpretação da implantação da iniciativa federal mais recente de M&A, o PMAQ AB.

Para tanto, foi utilizada a revisão integrativa, pelo fato da mesma buscar responder perguntas específicas sobre um determinado tema, sintetizando as evidências relevantes disponíveis.

O passado da literatura empírica ou teórica é investigado para que o conhecimento adquirido em estudos anteriores seja sistematizado, e para que lacunas sejam identificadas (BOTELHO et al, 2011).

Essa revisão integrativa buscou investigar o estado da arte do monitoramento e avaliação na atenção básica a partir da implementação de estratégias pioneiras de

indução da institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, como o Proesf e a Política de Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica. Esses movimentos foram iniciados entre 2003 e 2005, incluindo-se então, os estudos produzidos a partir de 2005.

As questões orientadoras da revisão integrativa foram: que tipos de práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica vêm sendo investigadas; quais concepções de monitoramento e avaliação orientam essas investigações; e quais desafios e potencialidades são colocados para o monitoramento e avaliação.

Para a busca dos estudos recorreu-se à Biblioteca Virtual em Saúde, privilegiando-a em decorrência de sua característica de reunir publicações de uma série de bases de dados relevantes, incluindo MEDLINE, LILACS e SciELO, e os estudos realizados no Brasil e na América latina.

Foram utilizados os descritores DESC- descritores em ciências da saúde- Atenção primária à Saúde e Avaliação em Saúde, e selecionadas somente as publicações de 2005 a 2015.

Inicialmente, foram encontradas 277 publicações, entre artigos, teses e dissertações. Excluídas as monografias, teses e dissertações, e mantendo-se somente os artigos publicados em periódicos, ficaram 251 artigos, sendo 180 da LILACS, 50 da MEDLINE, 18 da Base de Dados de Enfermagem, e 4 das demais bases.

Foi realizada a leitura dos resumos dos 251 artigos, e os estudos incluídos foram aqueles cujos focos de investigação foram intervenções decorrentes de diretrizes nacionais para a atenção básica, não restritas a um programa específico, e cujo objeto de análise/investigação foi o monitoramento e avaliação.

Incluíram-se aqueles que discutiam métodos de avaliação da atenção básica, meios de operá-los, interface do monitoramento e avaliação com a gestão e institucionalização da avaliação na atenção básica.

Com isso, chegou-se ao total de 40 artigos, dos quais 8 eram repetidos e foram excluídos, permanecendo ao final, 32, sendo 7 da MEDLINE, 22 da LILACS, 2 cidades saudáveis e 1 da base de dados de enfermagem.

A leitura completa dos 32 artigos deflagrou mais uma etapa de exclusão de alguns artigos, a partir da seleção somente dos estudos que discutiam

monitoramento e avaliação da atenção básica a partir de relatos de experiências locais, restando ao final, 23 artigos, sendo 5 da MEDLINE, 15 da LILACS, 2 Cidsaúde e 1 da Base de Dados de Enfermagem (figura.2).

Buscou-se categorizar aqueles que apresentavam semelhanças quanto ao objeto/elemento avaliativo selecionado para a discussão de M&A e semelhanças quanto aos conceitos norteadores envolvidos, chegando a três tipologias de práticas de M&A: monitoramento e gestão da informação na atenção básica; dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde; e indução ao monitoramento e avaliação na gestão da atenção básica.

A partir desses agrupamentos, foram examinadas as potencialidades e desafios apontados pelos estudos dos mesmos (Anexo D).

O segundo artigo buscou atender diretamente a questões que configuram o problema de pesquisa aqui colocado: quais são as repercussões do PMAQ AB sobre o monitoramento e avaliação de uma gestão municipal.

Para tanto, optou-se pela seleção de uma capital bem sucedida na implantação do programa, adotando-se a perspectiva da adesão ao programa, e do desempenho alcançado segundo parâmetros do próprio PMAQ AB.

Partiu-se da premissa de que localidades com a gestão mais bem estruturada teriam maior potencial de apresentar movimentos desencadeados com, e/ou, pelo PMAQ.

Portanto, outro critério para inclusão de um caso foi o fato do município ser capital, partindo-se do pressuposto de que a gestão da atenção básica seria melhor estruturada. Priorizaram-se as capitais com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, pelo fato desse critério expressar uma maior centralidade da atenção básica na agenda da saúde, e potencialmente, intervenções melhor estruturadas na atenção básica.

Considerando-se que Florianópolis/SC, no segundo ciclo do PMAQ AB, teve adesão de quase 90% de suas equipes, e que obteve desempenho acima da média e muito acima da média em 50% das equipes participantes, ele atendia a dois dos quatro critérios supracitados.

Além disso, o município foi a primeira capital brasileira a atingir 100% de cobertura ESF, o que conota a relevância que a atenção básica possui no âmbito da saúde municipal.

Para a análise das repercussões do PMAQ, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (anexo C) com atores compreendidos como protagonistas na discussão da atenção básica e do monitoramento e avaliação do nível central (estratégico), bem como atores de referência dos distritos sanitários de Florianópolis (tático) e da gerência de pelo menos três Unidades Básicas de Saúde do Município (operacional).

Seguindo ainda a lógica de que aqueles que obtiveram melhores desempenhos no PMAQ apresentariam mais elementos para essa análise, selecionaram-se, entre os gerentes, aqueles responsáveis pelas UBS mais bem avaliadas pelo PMAQ.

Portanto, entre os sujeitos incluídos estão: representantes do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, da gestão da atenção básica do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, e representantes da gestão dos Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis.

A partir da aplicação desses critérios de inclusão, chegou-se ao total de 10 sujeitos entrevistados.

Aos sujeitos entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz (Anexos A e B), e esclarecidos os riscos e implicações decorrentes de seu envolvimento no presente estudo.

Além das entrevistas semiestruturadas, recorreu-se também à análise documental. Entre os documentos selecionados pode-se mencionar a carteira de serviços do município de Florianópolis, o instrumento de autoavaliação elaborado pelo município, o plano municipal de saúde 2014-2017, o relatório anual de gestão de 2015, a programação anual de saúde 2015, e os relatos de experiência apresentados em espaços públicos de discussão, como o Fórum de Gestão da Atenção Básica e a Comunidade de Práticas.

Para análise do material coletado por meio das entrevistas, optou-se pela realização da análise de conteúdo temática-categorial. O emprego da análise de

conteúdo temática justifica-se pela possibilidade que a técnica oferta de captar as percepções de determinado sujeito sobre um objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1977).

A partir da realização da análise de conteúdo temática podem-se obter os núcleos de sentido cuja presença ou frequência imprima sentido ao objeto investigado (MINAYO, 2012).

Através da sistematização das falas obtidas nas entrevistas, foram realizadas inferências e interpretações relacionadas ao quadro teórico acumulado inicialmente, e às dimensões teóricas e interpretativas surgidas a partir da leitura (MINAYO, 2007).

A sistematização que levou aos resultados aqui apresentados considerou as seguintes etapas previstas nesse tipo de análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação (MINAYO, 2007, 2012; OLIVEIRA, 2008, CALIXTO et al, 2014).

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante do material coletado e dos documentos selecionados, de modo que as hipóteses provenientes do discurso estudado pudessem ser construídas.

Nessa etapa foram levantadas as unidades de registro significativas, às quais foram associados temas específicos. A partir do agrupamento das unidades de registro em torno de alguns temas, iniciou-se a etapa de análise categorial, através da qual, a partir de critérios teóricos, os temas foram agrupados em dimensões importantes para a análise aqui pretendida (quadro 2).

As categorias surgidas a partir da análise do material estudado permitiram reconstruir o discurso selecionado a partir de um olhar teórico, de modo que o problema aqui investigado pudesse ser elucidado a partir de um recorte da realidade associado às discussões teóricas subjacentes ao objeto de investigação.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o parecer CAAE de nº 45144714.4.0000.0030.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. REVISÃO INTEGRATIVA: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO COMO PRÁTICA DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Revisão integrativa: Monitoramento e Avaliação como Prática de Qualidade na Atenção Básica.

Integrative Review: Monitoring and Evaluation as Quality Practice in Primary Care

Caroline Martins José dos Santos

Magda Duarte dos Anjos Scherer

1- INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB), sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS), como é denominada internacionalmente, (BRASIL, 2012) é estratégia de investimento na estruturação e melhoria dos sistemas nacionais de saúde desde a década de 1970.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata define atenção primária à saúde como o conjunto de cuidados de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, científica e socialmente aceitáveis, devendo ser o contato inicial e universal da população, e cujo custo o país e a comunidade são capazes de bancar (OMS, 1978). Tal concepção é de uma atenção primária abrangente, que supera a perspectiva individualista de atenção em saúde e prevê a articulação com outros setores para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde (CONILL, 2008). Entretanto, no contexto de crise econômica e de implementação de políticas de ajuste estrutural nas décadas de 1980 e 1990, o modelo de atenção primária seletiva entrou em ascensão, primando pela expansão de programas de cobertura universal que contemplassem o mínimo necessário em termos de ofertas de ações e serviços de saúde (MATTA&FAUSTO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990 do século passado, marcadas pelo processo de

Reforma Sanitária Brasileira, o desafio era a estruturação de um sistema nacional e de cobertura universal, orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade do acesso e descentralização.

A atenção básica vai ganhar destaque no cenário nacional na década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF), implementados em 1992 e 1994, respectivamente, na intenção de reorganizar o modelo de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A centralidade que a AB vai ganhando no âmbito do SUS se expressa pelo lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 que denomina o PSF Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a caracteriza como estratégia de organização da atenção básica (BRASIL, 2006). Na reedição, em 2011, a PNAB reafirma a concepção abrangente de APS, definindo-a como um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas, base de um modelo assistencial centrado no usuário-cidadão, cujo papel nos sistemas de saúde é o de prover a atenção ambulatorial de primeiro contato, voltada para a resolução de problemas de saúde mais frequentes e comuns em uma população (BRASIL, 2012a). São esses os preceitos que vêm orientando na última década a atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006; 2012a).

Destarte, a AB, no cenário mundial e nacional, comporta disputas e questionamentos quanto ao modelo de atenção a ser adotado, quanto à extensão da cobertura, à efetividade de suas ações, e quanto à sua relevância nos sistemas nacionais de saúde. Nesse contexto, o monitoramento e avaliação (M&A) são de grande importância para o fornecimento de evidências que reafirmem ou questionem pressupostos, subsidiando a tomada de decisão pela manutenção ou mudança de uma determinada estratégia, de modo que a qualidade e a efetividade da atenção sejam alcançadas.

Por avaliação compreende-se a emissão de juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes, através de dispositivos que forneçam informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, de modo que os diversos atores

possam se posicionar e construir coletiva ou individualmente julgamentos que possam ser convertidos em ações (CHAMPAGNE et al, 2011). Por monitoramento, compreendem-se as atividades de aferição episódica da execução de uma dada atividade, buscando a verificação da execução dos processos intermediários e demais ações para que os resultados planejados sejam alcançados (CRUZ; REIS, 2011). Ressalta-se a convergência existente entre monitoramento e avaliação, no que tange à produção de informações para a tomada de decisão: o monitoramento gera hipóteses acerca de diferenças encontradas entre o planejado e o executado, e a avaliação, responde a questões explicativas (PATTON, 1990).

Sob essa perspectiva, a partir de meados da década de 2000, a expansão da ESF foi acompanhada pelo delineamento de estratégias de M&A com foco no fortalecimento da ESF, que buscavam levantar informações cruciais quanto à estruturação e resultados produzidos pela atenção básica. Destacam-se como iniciativas: o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ.

Traçado esse panorama, questiona-se de que modo a opção pela indução do M&A em saúde como prática de fortalecimento e melhoria da qualidade da atenção básica vem acontecendo desde que iniciativas como o Proesf e a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, movimentos precursores de mobilizações pela institucionalização do M&A na AB foram lançadas (CASTANHEIRA et al, 2015).

2- MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo buscou na literatura científica achados sobre M&A na AB através de revisão integrativa. Esta, busca responder perguntas específicas sobre um determinado tema, sintetizando as evidências relevantes disponíveis objetivando análise do conhecimento produzido e identificando lacunas a serem investigadas. A análise é, em geral, qualitativa, elaborada a partir de uma narrativa (BOTELHO et al, 2011).

A revisão incluiu estudos produzidos a partir de 2005 até 2015, buscando conhecer o estado da arte do M&A na AB desde que estratégias de indução da institucionalização da prática de M&A, como o Proesf e a Política de Monitoramento

e Avaliação na Atenção Básica foram implementadas, o que ocorreu entre 2003 e 2005.

A pesquisa foi orientada pelas seguintes questões: que tipos de práticas de M&A na atenção básica vêm sendo investigadas; quais concepções de M&A orientam essas investigações; e quais desafios e potencialidades estão postos para o monitoramento e avaliação.

Para a busca dos estudos recorreu-se à Biblioteca Virtual em Saúde, privilegiando-se o mesmo pelo fato dele reunir publicações de uma série de bases de dados relevantes, incluindo MEDLINE, LILACS e SciELO, e estudos realizados no Brasil e na América latina. A coleta, em um único portal, de publicações disponibilizadas em diversas bases de dados reduz consideravelmente as publicações duplicadas, e privilegia as bases mais relevantes de publicações na área da saúde.

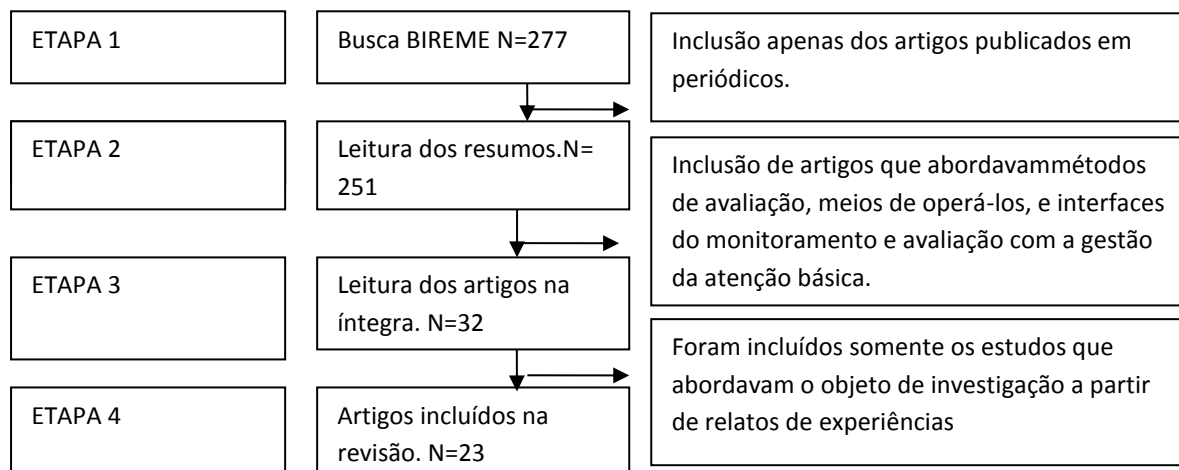
Foram utilizados descritores em ciências da saúde (DESC) Atenção primária à Saúde e Avaliação em Saúde, e selecionadas somente as publicações de 2005 a 2015. Inicialmente, foram encontradas 277 publicações, entre artigos, teses e dissertações. Mantendo-se somente os artigos publicados em periódicos, ficaram 251 artigos, sendo 180 da LILACS, 50 da MEDLINE, 18 da Base de Dados de Enfermagem, e 4 das demais bases.

Foi realizada a leitura dos resumos dos 251 artigos, e incluídos estudos de intervenções decorrentes de diretrizes nacionais para a atenção básica, não restritas a um programa específico, e cujo objeto de análise/investigação foi o monitoramento e avaliação. Incluiu-se aqueles que discutiam métodos de avaliação da atenção básica, meios de operá-los, interface do monitoramento e avaliação com a gestão e institucionalização da avaliação na atenção básica. Com isso, chegou-se ao total de 40 artigos, dos quais 8 eram repetidos e foram excluídos, permanecendo ao final, 32, sendo 7 da MEDLINE, 22 da LILACS, 2 cidades saudáveis e 1 da base de dados de enfermagem.

A leitura completa dos 32 artigos deflagrou mais uma etapa de exclusão de alguns artigos, a partir da seleção somente dos estudos que discutiam monitoramento e avaliação da atenção básica a partir de relatos de experiências locais, restando ao

final, 23 artigos (figura x), sendo 5 da MEDLINE, 15 da LILACS, 2 Cidsaúde e 1 da Base de Dados de Enfermagem.

Figura 2 -Etapas de Seleção dos Estudos



Foi realizada caracterização geral dos 23 artigos quanto ao ano de publicação, local e/ou abrangência do estudo, bem como identificados elementos de análise utilizados pelos autores para tratar do monitoramento e avaliação. Na sequência, os elementos de análise observados nos estudos foram agregados em grupos de práticas de M&A, segundo as afinidades encontradas no que se refere a concepções norteadoras, resultando em três: monitoramento e gestão da informação na atenção básica; dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde e indução ao monitoramento e avaliação na atenção básica (Anexo D). A partir desses agrupamentos, foram examinadas as potencialidades e desafios apontados pelos estudos dos mesmos.

3- RESULTADOS

Caracterização Geral dos Estudos

Predominaram os estudos realizados nas regiões sul e sudeste, sendo 5 da região sul e 8 da região sudeste. As regiões nordeste (n=2), norte e centro-oeste (n=3), foram alvo de 5 estudos. Os demais estudos discutiam iniciativas de âmbito nacional, ou não definiam especificamente o local que gerou o relato, totalizando 5 nessa situação.

No que se refere ao ano de publicação, prevaleceram estudos publicados no ano de 2008 (n=7). Os demais anos apresentaram uma distribuição homogênea quanto ao quantitativo de estudos, sendo em média, 2 estudos por ano.

Os elementos de análise tratados pelos estudos na discussão do monitoramento e avaliação da atenção básica são os seguintes: 1-sistema de informação da atenção básica; 2-casos traçadores; 3- prontuário/registros em saúde; 4- dispositivos avaliativos (ciclo de melhoria da qualidade, PCATool, instrumentos de autoavaliação, QualiAB e inquéritos domiciliares); 5- metodologias avaliativas centradas nos atores envolvidos; 6- metodologias avaliativas implantadas com foco sobre o fortalecimento da capacidade de monitoramento e avaliação da gestão.

A seguir, apresenta-se os resultados dos três grupos de práticas: monitoramento e gestão da informação na atenção básica; dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde; e indução ao monitoramento e avaliação na atenção básica. A partir do agrupamento, foram discutidas as concepções norteadoras, potencialidades e desafios.

Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica

Nesse grupo encontram-se os estudos que discorreram sobre o uso do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB (SILVA; LAPREGA, 2005; OLIVEIRA et al, 2010; RITTER et al, 2013), o emprego do prontuário em saúde (PEREIRA et al, 2008; VASCONCELLOS et al, 2008) e a utilização de casos traçadores (BOTTARI et al, 2008; TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008) enquanto dispositivos que contribuem para o M&A da AB. Observa-se que tais estudos resgatam aspectos referentes à gestão da informação e sua interface com o monitoramento enquanto prática avaliativa da atenção básica.

O monitoramento busca acompanhar rotineiramente informações prioritárias para que o gestor verifique se intervenções em saúde estão acontecendo conforme o planejado- tanto em relação à execução, quanto aos efeitos desejados- no intuito de gerar hipóteses sobre eventuais diferenças encontradas (CRUZ; REIS, 2011). O monitoramento pode ser compreendido enquanto procedimento avaliativo mais restrito e menos complexo, pelo fato de se aproximar mais da mensuração e

descrição, do que propriamente de uma vertente investigativa. No campo da saúde abarca a análise continuada dos sistemas de informação, acompanhamento de procedimentos, produtos e situações de saúde (HARTZ, 2000). Portanto, as experiências avaliativas reunidas nesse grupo têm correspondência com as discussões que envolvem monitoramento, pelo fato de explorarem considerações sobre sistemas de informação da atenção básica vigentes à época, qualidade da informação de registros/prontuários de saúde, e casos traçadores, observados a partir do acompanhamento de indicadores de saúde.

A utilização da informação em saúde ganhou relevância a partir da expansão da epidemiologia, da avaliação, e do movimento de crescente utilização de métodos científicos para a mensuração e observação da ocorrência de fenômenos sociais. A epidemiologia e o registro de informações em saúde contribuem para a obtenção de conhecimento acerca de eventos de saúde que podem deflagrar intervenções de maneira preditiva sobre os riscos e danos de saúde (MORENO et al, 2008). A informação em saúde é, portanto, importante ferramenta para a identificação de situações associadas ao processo saúde-doença, e também quanto a aspectos de natureza gerencial ou administrativa, sendo gerada a partir da coleta, processamento, armazenamento e utilização de dados de saúde.

As contribuições da produção de informação em saúde são retratadas nos estudos que abordam registros em saúde. Nos estudos em questão, registros em saúde são considerados sinônimos de prontuário em saúde, e compreendidos enquanto documento único que contém informações, sinais e imagens registradas sobre a situação de saúde do paciente e a assistência prestada ao mesmo. Podem subsidiar processos de gestão, ensino e pesquisa, formulação, implantação e avaliação de políticas públicas de saúde (PEREIRA et al, 2008; VASCONCELLOS et al,2008). Ressalta-se que a avaliação da qualidade dos registros pode ser sinalizadora para a avaliação da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, sendo os mesmos, fundamentais para a decisão clínica e gerencial. Além disso, são elementos importantes para o mapeamento de aspectos do processo de trabalho, indicando também a necessidade de educação permanente (PEREIRA et al, 2008; VASCONCELLOS et al,2008).

São discutidas também as informações produzidas a partir de sistemas de informação em saúde (SIS), que envolvem mais etapas que a produção primária dos dados de saúde. Por SIS compreende-se o conjunto de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações, que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos; de modo geral, refletem o sistema decisório da organização a que vão subsidiar (BRANCO, 2001; FIALHO JUNIOR, 2004). A finalidade dos SIS é a seleção de dados pertinentes e sua transformação em informações que subsidiem aqueles que planejam, financiam, proveem e avaliam serviços de saúde.

Nos estudos investigados nessa revisão, o sistema de informação abordado foi o sistema de informação da atenção básica, o SIAB. O SIAB é apontado nos estudos como principal sistema de informação da atenção básica, tendo sido criado em 1998 para acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde do Programa de Agentes Comunitários, o PACS (BRASIL, 2000). O SIAB viabiliza a descrição da realidade socioeconômica local, a sinalização da situação de adoecimento e morte de uma população, a oferta de elementos que subsidiem a avaliação da adequação das ações e serviços de saúde e o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas (OLIVEIRA et al, 2010). O SIAB, sob essa perspectiva, adequa-se a premissas da atenção básica tais como a territorialização e a vigilância em saúde, pelo fato de não lidar somente com a produção de procedimentos em saúde, disponibilizando variáveis para o monitoramento que implicam na realização de intervenções sobre determinantes de saúde. Como elemento potencializador da dimensão da territorialização, é destacada a concepção de georreferenciamento (RITTER et al, 2013) enquanto processo de associação dos dados a um mapa e à criação de elementos gráficos que podem ser usados para localizar os determinantes de saúde/doença dos grupos populacionais.

Outra prática discutida no âmbito dos estudos desse grupo é a utilização de condições marcadoras para avaliação da atenção básica. A utilização de casos traçadores também é associada às práticas de avaliação da qualidade em saúde, cuja dimensão da produção de informação em saúde é sensível para sua viabilização (STARFIELD, 2002). Os casos traçadores elencados devem ser

aqueles tenham impacto funcional, tecnologia de intervenção conhecida e disponível; facilidade de diagnóstico; taxa de prevalência relevante; clareza e disponibilidade de técnicas de prevenção, tratamento e reabilitação (KESSNER, 1973). Desse modo, partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto de determinadas condições e patologias pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolutividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso a medicamentos ou a níveis mais complexos do sistema de saúde (BOTTARI et al, 2008).

Entre as principais potencialidades encontradas nas experiências dessa tipologia observam-se as possibilidades que a qualificação e atenção aos registros de informações na atenção básica têm para subsidiar planejamento, monitoramento e avaliação da atenção básica, tanto no âmbito da melhor estruturação da política de atenção básica e reafirmação de seus princípios, como no âmbito da decisão clínica. Ressalta-se que, a partir da padronização dos registros/prontuários de saúde, é possível utilizá-los para avaliação do processo de trabalho e para a sinalização sobre eventual necessidade de educação permanente, sendo ainda mais potente para a garantia da segurança do paciente. O SIAB apresenta entre suas potencialidades a coleta de informações de base territorial, facilitando a atuação territorializada e a vigilância em saúde, sendo de grande utilidade para as equipes locais. Quanto às condições traçadoras ressalta-se que elas produzem um retrato mais fidedigno da realidade, e podem descrever processos de oferta de atenção em saúde a partir de alguns desfechos e resultados em saúde. As condições traçadoras têm maior potencial de uso pela gestão, pelo fato de imprimirem um foco maior sobre procedimentos avaliativos.

Entre as limitações encontradas destacam-se aquelas referentes ao manejo dos SIS, sobretudo no que concerne à descentralização da gestão da informação da atenção básica e nas limitações de base tecnológica apresentadas pelo SIAB. São citadas também as dificuldades em efetuar a análise de casos traçadores frente à presença de registros incompletos de atendimento, à multiplicidade de atores e intervenções que interferem diretamente sobre o atendimento, ao caráter dinâmico da evolução das doenças e à influência de fatores externos aos serviços de saúde. Em relação à avaliação de registros em saúde, menciona-se a falta de padronização

de registros em saúde na atenção básica como um fator limitante para esse tipo de prática.

Dispositivos Avaliativos centrados na Avaliação da Qualidade em Saúde

Nessa tipologia de práticas encontram-se aquelas relatadas pelos estudos que refletiram o uso de instrumentos avaliativos e implementação de dispositivos para melhoria da qualidade na atenção básica (CAMPOS, 2005; HARZHEIM et al, 2006; LANDMANN et al, 2006; FELISBERTO et al, 2008; CASTANHEIRA et al, 2011; MORAES et al, 2014).

Entre as concepções norteadoras destacadas nos estudos ressaltam-se: o conceito de qualidade em saúde e a abordagem sistêmica para avaliação de serviços e programas de saúde cunhados por Donabedian; os ciclos de melhoria da qualidade e a autoavaliação.

Qualidade em saúde refere-se ao quanto as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas pelos serviços de saúde, dado o que se conhece a respeito de sua distribuição, diagnóstico e manejo (STARFIELD,2002).Para CAMPOS (2005), o conceito de qualidade varia conforme a posição que os sujeitos ocupam: os gestores consideram os rendimentos, custos e eficiência; os profissionais consideram satisfação pessoal, resolução dos problemas, boas condições de trabalho e tecnologia disponível; usuários consideram a satisfação de suas necessidades. Estudos desse grupo (HARZHEIM et al, 2006) investigam o potencial de utilização de instrumentos de avaliação da qualidade da atenção básica construídos a partir da congregação da perspectiva individual-clínica- e da perspectiva populacional, como o PCATool (STARFIELD,2002). Observa-se entre as práticas relatadas algumas que preconizam a utilização da perspectiva de qualidade dos usuários (HARZHEIM et al, 2006; LANDMANN et al, 2006;MORAES et al, 2014) e outras que priorizam aspectos da qualidade atrelados ao processo.

Dentre as abordagens de avaliação da qualidade em saúde, destacam-se as proposições desenvolvidas por Donabedian (1989), protagonista do desenvolvimento conceitual e metodológico da qualidade em saúde. A proposição da abordagem sistêmica é a de que o desempenho e/ou resultados obtidos são associados à estrutura e processo desenvolvidos. Na abordagem sistêmica

abordam-se insumos, processo e resultados, avaliados segundo os sete pilares da qualidade: eficiência, efetividade, eficácia, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Destaca-se que tais pilares de qualidade fundamentam a definição de parâmetros que irão variar de acordo com o contexto e intervenção analisada. Os estudos desse grupo consideram os pilares da qualidade concebidos por Donabedian, e, no caso do PCATOOL, os atributos da atenção primária à saúde cunhados por Starfield (2002), e orientados pela abordagem Donabediana- acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar, comunitária e competência cultural.

Enquanto dispositivos voltados para a avaliação da qualidade em saúde, nas experiências retratadas nesse grupo, pode-se destacar a implementação de ciclos de melhoria da qualidade e de autoavaliação.

Os ciclos de melhoria da qualidade são os meios empregados para o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade. A melhoria contínua da qualidade surge como um meio de superar entraves encontrados em avaliações de qualidade em saúde feitas inicialmente, como aqueles associados à estagnação gerada pelo alcance de resultados/metas inicialmente estabelecidos. O ciclo de melhoria da qualidade pode deflagrar o levantamento das deficiências comparadas a parâmetros pré-definidos, e sobre as quais se definem e implementam-se ações com objetivos e metas que serão verificados periodicamente. Esse ciclo deve envolver a participação da equipe, ter apoio dos gestores e integrar a rotina de trabalho da equipe. Em geral, tais ciclos sistematizarão e racionalizarão o processo de avaliação, diagnóstico, planejamento e tomada de decisões. Os artigos (CAMPOS, 2005) que mencionam o uso do ciclo de melhoria da qualidade apostam na autoavaliação como movimento indutor de mudanças.

A autoavaliação seria a etapa destinada ao diagnóstico dentro da perspectiva do ciclo de melhoria da qualidade. As experiências da amostra que trabalharam com a autoavaliação (FELISBERTO et al, 2008; CASTANHEIRA et al, 2011), enfatizaram a aposta no diagnóstico de problemas conduzidos a partir dos próprios trabalhadores, com o fim de gerar a identificação de fragilidades e o aprimoramento de processos.

Como potencialidades desses dispositivos, menciona-se a capacidade que processos que trabalham sob a perspectiva da melhoria da qualidade têm de romper com percepções conservadoras da avaliação, por fazerem contraponto ao seu caráter punitivo e burocrático, ainda presentes no imaginário dos profissionais de saúde. Outra potencialidade é a participação dos trabalhadores nos processos avaliativos, que acaba proporcionando-lhes o aprendizado, a capacidade de apreensão e intervenção sobre a realidade para a melhoria da qualidade. A abordagem avaliativa por meio da verificação dos atributos da APS permite analisar a associação entre tais atributos e a efetividade das ações, diferenciando a APS de modelos de atenção ambulatorial diversos. A utilização de inquéritos para avaliação da qualidade pode complementar informações não contempladas pelos sistemas de informação vigentes. Outro ponto forte dessas práticas é a consideração da perspectiva dos usuários, que fortalece sua participação sobre a condução da atenção básica e dos sistemas de saúde.

Enquanto limitações ressalta-se o risco que se tem dos processos implementados serem realizados com um fim em si mesmo, sem gerar grandes repercussões sobre o uso da avaliação pela gestão e trabalhadores. A depender do modo como os processos são implementados, pode-se reproduzir movimentos criticados na garantia da qualidade, quando os trabalhadores e/ou gestores não investem maiores esforços pela melhoria frente ao alcance de resultados colocados como de qualidade.

Indução ao Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica

Os artigos presentes nesse grupo descreveram experiências de elaboração de metodologias avaliativas a partir de parcerias estabelecidas entre centros de pesquisa e gestores federal, estadual e municipal. Os estudos agrupados nessa dimensão têm relação com os estudos de linha de base do Proesf e com projetos estratégicos previstos pela política de M&A da atenção básica.

O Proesf foi uma iniciativa do Ministério da Saúde desenvolvida em parceria com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), instituída a partir do acordo de empréstimo 7105 BR, cujo objetivo era a implantação da ESF como

modelo de organização da AB em municípios com mais de 100.000 habitantes (BRASIL, 2003). O projeto possuía execução prevista para o período de 2002 a 2009, e passou por prorrogações, tendo sua vigência estimada até 2013. Entre os componentes da fase I do Proesf constava o componente III, de monitoramento e avaliação, que previa ações como a qualificação das unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família (desenvolvimento de metodologia, arcabouço normativo e plano para acreditação das ESF e unidades); a criação de um Fundo de Investigação e Avaliação (estudos e pesquisas de pós-graduação e estudos de linha de base de municípios classificados); aprimoramento dos sistemas de informação e realização do pacto de indicadores. O componente III do Proesf apresenta correlação com os componentes e projetos estratégicos da política de M&A da atenção básica.

Lançada através do documento “Diretrizes para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica”, de 2005, a política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica concatenava uma série de projetos já iniciados e previstos entre os componentes do Proesf. Entre os projetos estratégicos e objetivos da política menciona-se, entre outros: aperfeiçoamento do SIAB; realização e gestão dos estudos de linha de base, e lançamento de edital de pesquisas publicado por intermédio do CNPq com recursos alocados e grupo de acompanhamento (o edital diferenciava-se dos estudos de linha de base ao prever uma distribuição mais equitativa de estudos, priorizando que pelo menos 40% das pesquisas fosse realizada nas regiões norte, nordeste e centro-oeste); construção de metodologia e definição de padrões para avaliação para melhoria da qualidade da ESF; fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em M&A, incluindo o repasse de recursos e implantação dos planos estaduais de M&A das SES (BRASIL, 2004, 2005b,c).

Estudos desse grupo abordaram a elaboração e implementação dos planos estaduais de M&A das SES. Entre as etapas previstas para sua implementação constavam: a elaboração do plano (uma vez habilitado pelo Ministério da Saúde, o recurso financeiro era repassado); a capacitação da equipe estadual em monitoramento e avaliação; a elaboração da proposta metodológica de

monitoramento e avaliação do estado; execução das ações previstas na proposta; disseminação da cultura avaliativa nos municípios. Para a aprovação dos planos estaduais pelo Ministério da Saúde, um dos critérios era a contratação de centros colaboradores com expertise em M&A para assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde no desenvolvimento dessas etapas (BRASIL, 2004).

As experiências abordadas nos estudos recomendaram a utilização de abordagens avaliativas mais participativas para indução da institucionalização da avaliação, e essas são as concepções norteadoras dos estudos. A institucionalização da avaliação na saúde é apontada como alternativa para o aprimoramento da tomada de decisão na gestão. O fomento da cultura avaliativa requer qualificação da capacidade técnica, viabilizando a associação de ações de monitoramento e avaliação ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, tomada de decisão e formação dos sujeitos envolvidos (FELISBERTO et al, 2009).

A avaliação de quarta geração propõe outros modos de focalizar a avaliação, envolvendo os diversos grupos de atores interessados na definição de parâmetros e limites para a avaliação. Além disso, propõe como organizadores avançados (elementos de focalização de uma avaliação) as reivindicações, preocupações e questões identificadas pelos interessados. Nessa direção, a avaliação é colocada como prática emancipatória, que oferta aos atores maior compreensão das condições em que a intervenção é realizada, a participação ativa em seu aperfeiçoamento, e faz as vezes de instrumento de negociação e fortalecimento dos sujeitos envolvidos (DUBOIS et al, 2011; DESLANDES, 2015; SCOCHI et al, 2008; VASCONCELOS et al, 2008). A pedagogia da problematização é colocada como uma mediação pedagógica para procedimentos avaliativos. A pedagogia Freireana contribuiria para a implementação de processos de capacitação pautados no ensino-aprendizagem problematizador, em que o processo de apreensão se dá a partir do desvelamento da realidade. Nesse sentido, os sujeitos envolvidos saem fortalecidos do processo de aprendizagem para a avaliação de ações e serviços (DAVID; CAMARGO JR, 2013).

Como potencialidades, os estudos revelam que a opção pela realização de oficinas para discussão de metodologias avaliativas a serem adotadas foi importante

para a sensibilização dos atores quanto à relevância da avaliação. A capacitação dos profissionais, prevista nos planos estaduais, viabilizou a reflexão coletiva das dificuldades encontradas no cotidiano para a realização do M&A. Enfatizou-se ainda a importância do envolvimento das instituições de ensino na implementação de processos avaliativos frente à grande rotatividade dos atores da gestão e fragilidade da continuidade dos processos. O financiamento das atividades de M&A- promovido por meio do repasse de R\$17 milhões aos estados pela política de M&A da atenção básica- foi apontado como ponto positivo por possibilitar a reestruturação das instâncias estaduais responsáveis pela atenção básica, e a criação de núcleos voltados para o M&A nas SES. Destacou-se como potencialidades, a conjunção de decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos recursos humanos para avaliação

Como limitação destaca-se que, a inclusão dos diversos atores interessados nas etapas que compõem os processos avaliativos, apesar de contribuir para a produção de sentido, demanda um tempo maior para o desenvolvimento e obtenção de resultados das avaliações, o que seria um entrave frente à restrição de tempo da gestão. Além disso, observa-se que, a despeito das iniciativas institucionais implementadas na direção de promover a adoção de outras percepções acerca de avaliação em saúde, ainda está presente no imaginário dos trabalhadores da atenção básica, o caráter burocrático e segregado do processo decisório das avaliações em saúde. A capacidade de governo das secretarias estaduais de saúde também foi ponderada como limitação à execução das diretrizes da política de monitoramento e avaliação. Revela-se que alguns dos estados estudados possuem problemas de estrutura física, recursos humanos e materiais, profissionais com baixa qualificação para o uso de sistemas de informação e monitoramento e avaliação, e planejamento estratégico que promove trabalhos burocráticos e frágil uso dos dados epidemiológicos. Além disso, aponta-se as dificuldades quanto à assunção do papel do estado na gestão da AB.

4-DISCUSSÃO

Prevaleram estudos das regiões sul e sudeste, o que pode ser atrelado ao grande número de estudos de linha de base do Proesf presentes entre os artigos revisados. Apesar dos estudos de linha de base do Proesf não serem restritos aos municípios

com mais de 100 mil habitantes, os 14 lotes do Proesf concentravam um número maior de municípios das regiões sul e sudeste que do norte, nordeste e centro-oeste.

Em relação ao ano de publicação, a concentração de estudos publicados em 2008 pode decorrer do lançamento da Política de M&A da Atenção Básica e de estratégias de fomento a pesquisas referentes à política e ao Proesf, como os Estudos de Linha de base e o Edital CNPQ. As estratégias foram divulgadas em 2005, que coincide com o tempo de realização dos estudos e o interstício observado entre realização dos estudos e publicação.

Em relação às práticas de monitoramento, nota-se que a expansão de práticas avaliativas características da primeira geração da avaliação, centradas na mensuração (GUBA; LINCOLN, 2011), coincidiu com o período de recrudescimento de estudos em epidemiologia, por meio da criação de registros de eventos de saúde e sistemas de informação (DUBOIS et al, 2011). A expansão sincronizada desses campos evidencia a interface existente entre epidemiologia, monitoramento e avaliação. A informação viabilizada contribui como subsídio para a formulação de política e tomada de decisão, ampliação da capacidade de controle social e aperfeiçoamento de normas (BRANCO, 2006). No âmbito das práticas avaliativas, a possibilidade de gerar conhecimento a partir da análise e interpretação de dados, é cara para que as intervenções sejam refletidas, e juízos de valor a seu respeito sejam emitidos.

Os registros em saúde compõem o quadro de ferramentas que aprimoram a gestão da informação, e também, a melhoria da qualidade em saúde, uma vez que permitem diagnóstico e intervenção sobre processos problemáticos (STARFIELD, 2002). Contudo, os registros de saúde são apenas um dos elementos que constituem a gestão da informação, sendo todo esse processo envolto de complexidades, e racionalizado pelos sistemas SIS. Os SIS articulam diversas etapas que integram o processo de produção de informação, sendo, portanto, mais abrangentes.

Nos casos traçadores, a partir da análise e acompanhamento de indicadores de prevalência de determinados agravos, investiga-se o percurso terapêutico

empregado a fim de que sejam identificadas e corrigidas limitações. São também estratégias utilizadas para melhoria da qualidade em saúde.

Destaca-se que o monitoramento da atenção básica tem potencial de gerar hipóteses acerca de diferenças encontradas entre o planejado e o executado, de modo que processos avaliativos possam ser desencadeados e respondam a questões explicativas. Isso posto, ressalta-se que o monitoramento contribui para a tomada de decisões em tempo oportuno, sem que sejam necessárias explicações aprofundadas ou amplos padrões de referência de qualidade (CRUZ; REIS, 2011).

A qualidade em saúde, abordada no grupo dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde, relaciona-se com modelos de gestão focados na realização do ciclo de Deming (diagnóstico, planejamento, execução e avaliação), em que planejamento e M&A estão interligados. O movimento da qualidade em saúde aproxima-se das concepções da corrente da Gestão pela qualidade, e sua tradução em termos de abordagem avaliativa em saúde tem se dado predominantemente por meio da abordagem proposta por Donabedian. Furtado & Vieira-da-Silva (2015) relatam que, a hegemonia da utilização da corrente Donabedian no desenvolvimento da área de avaliação no Brasil pode ser atribuída às possibilidades de articulação de sua proposição avaliativa com os referenciais de planejamento e gestão hegemônicos à época. Não obstante existam ressalvas quanto à aplicabilidade harmônica da abordagem eminentemente clínica de Donabedian sobre estrutura, processo e resultado (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994), ainda na década de 2000, podem ser observadas proposições de M&A norteadas pela abordagem sistêmica. Os dispositivos avaliativos abordados nesse grupo apresentam proposições mais dirigidas a processos que resultados, ainda que preconizem a abordagem sistêmica-estrutura, processo e resultado. Boa parte dos dispositivos preconiza o uso da avaliação para o aprimoramento do processo de trabalho e gerenciamento local, o que amplia seu uso pelo maior potencial de culminar em mudanças mais imediatas sobre a realidade (NEMES, 2001).

Em relação às proposições de melhoria contínua da qualidade, argumenta-se que a realização periódica de avaliações pode facilitar sua articulação com ações de educação permanente, e orientar as práticas em direção aos padrões desejáveis, ou mesmo, ao desenvolvimento de novos padrões (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO,

2012; FURTADO; LAPERRIÈRE, 2012; BROUSSELLE et al., 2011; PISCO, 2006). Quanto aos procedimentos de autoavaliação, argumenta-se que eles propiciam maior envolvimento dos sujeitos interessados na avaliação, e, aumentam a autonomia e emancipação dos mesmos, permitindo um maior grau de intervenção sobre o processo de trabalho, e mesmo a construção de novas metas (SCHRAIBER et al., 1999; CASTANHEIRA et al, 2015)

A Política de M&A da Atenção Básica pode ser ressaltada como importante instrumento de institucionalização do M&A na atenção básica, pelo fato de dispor de recursos, estimativas, procedimentos, orçamento, participação dos atores envolvidos e monitoramento, aspectos que caracterizam a institucionalização (FELISBERTO, et al 2010). Além disso, a implantação da Política de M&A da Atenção Básica e do Componente III do Proesf evidenciam a indução que órgãos internacionais de financiamento como o BIRD exerceram sobre a institucionalização da avaliação no SUS (FURTADO; VIEIRA DA SILVA, 2015).

O mérito da indução da implantação desses procedimentos avaliativos foi o fato de agentes da academia com acúmulo na área de avaliação estarem ocupando espaços de gestão nessas ocasiões (FURTADO; VIEIRA DA SILVA, 2015). Isso garantiu que os procedimentos avaliativos não fossem realizados de modo descontextualizado, seguindo exclusivamente o método e a cartilha dos órgãos de financiamento. Como resultados podem ser observadas a preconização da utilização de metodologias avaliativas participativas, que têm potencial de superar percepções de verticalizadas. Desse modo, as premissas da política que evidenciam sua aderência maior a metodologias participativas, como a avaliação construtivista responsiva, posiciona a avaliação como instrumento de negociação e fortalecimento de poder dos sujeitos envolvidos (DUBOIS et al, 2011), enfatizando, portanto, a natureza instrumental, estratégica e política (FELICIANO, 2005).

4-CONCLUSÃO

No que concerne ao monitoramento, observa-se a concentração de críticas sobre o SIAB quanto às limitações tecnológicas e ao pouco uso descentralizado das informações por ele processadas. Nessa revisão não foram encontrados relatos que discutissem o novo sistema de informação da atenção básica, o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica-SISAB-, possivelmente em função da

temporalidade dos estudos. O SISAB apresenta-se como solução atual para implementação de melhorias na gestão da informação da atenção básica, incluindo a superação de limitações do SIAB (BRASIL,2013).

Observa-se também a intensificação de discussões que abarcam a institucionalização da avaliação da atenção básica. O Proesf e a política de M&A foram consideráveis para essa indução, exercendo o contraponto à percepção do M&A como procedimentos burocráticos, verticalizados e que não atendem às demandas da gestão por argumentos que subsidiem a tomada de decisões. Ressalta-se que os interlocutores do gestor federal para indução desse movimento eram as secretarias estaduais de saúde, que, com a contribuição das instituições de ensino levariam o movimento para os municípios. Nota-se que houve repasse de recursos aos estados, capacitação das equipes e proposição de metodologias que preconizavam a participação de grande parte dos atores da gestão.

Verificou-se que a abordagem sistêmica de Donabedian subsidiou boa parte das propostas metodológicas, e aponta caminhos para que a avaliação gere mudança a partir do levantamento de problemas realizados pelos próprios atores envolvidos na oferta de atenção. Além disso, ressalta-se a incorporação da perspectiva dos usuários quanto à qualidade em saúde, e da necessidade dos processos de definição do que seja qualidade serem dinâmicos, considerando que as necessidades de saúde irão se alterar constantemente, conforme se alteram os contextos e as expectativas dos usuários.

Nota-se como recente movimento nacional de institucionalização da avaliação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Lançado em 2011, o programa avalia o desempenho das equipes de AB, mediante a adesão dos municípios e equipes. São estabelecidos padrões de qualidade nacionais para a atenção básica, e, a partir da verificação da adequação das equipes aos mesmos e atribuição de um desempenho, é feito o repasse do incentivo adicional ao município (BRASIL, 2011a). As etapas do PMAQ preveem a adesão e contratualização dos padrões, autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, avaliação externa e recontratualização.

Os artigos revisados não incluíram relatos de experiências associadas ao PMAQ. Vale destacar o programa pelo fato do mesmo apresentar semelhanças com experiências relatadas antes de sua promulgação. Portanto, considerando o lançamento do PMAQ, esse estudo aponta a necessidade de investigar quais movimentos têm sido gerados no âmbito da gestão municipal, observando quais concepções e percepções de práticas avaliativas foram desencadeadas pelo programa, uma vez que o mesmo também é dispositivo indutor da implantação de procedimentos avaliativos no SUS.

5.2. PMAQ: INTERFACES COM O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA GESTÃO MUNICIPAL

Caroline Martins José dos Santos

Magda Duarte dos Anjos Scherer

1- INTRODUÇÃO

A atenção básica pode ser compreendida como o centro de comunicação dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, responsável pela coordenação do cuidado, e cujas atribuições incluem a oferta de atenção em âmbito individual e coletivo, voltada para a promoção e prevenção de saúde, diagnóstico e tratamento, reabilitação e redução de danos, e manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Essa concepção é declarada na reedição da política nacional de atenção básica (PNAB), publicada em 2011 e retrata o discurso normativo vigente até os dias atuais, que enfatiza aspectos da atenção básica relacionados ao escopo das práticas desse nível de atenção, ao seu papel na rede de atenção à saúde e a sua lógica de funcionamento. Na política, adota-se o termo atenção básica e atenção primária à saúde (APS) como sinônimos, e assim será feito nesse estudo.

A PNAB 2011 é lançada no contexto do “Saúde Mais Perto de Você”, um conjunto de estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde em 2011, voltadas para o

enfrentamento de problemas da atenção básica. Tal estratégia atenderia problemas e desafios identificados nacionalmente como: o subfinanciamento da atenção básica; a precária infraestrutura das unidades básicas de saúde; a urgência de efetivação da rede de atenção básica como principal porta de entrada do SUS, caracterizada pela resolutividade, equidade e coordenação do cuidado do usuário; e a necessidade de aprimorar e qualificar os mecanismos de controle e fiscalização do cumprimento de responsabilidades, como a avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica (PINTO, 2014; BRASIL, 2011a).

Dentre as estratégias previstas no Saúde Mais Perto de Você está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ AB, que atenderia alguns aspectos destacados no diagnóstico supracitado, pelo fato de priorizar a avaliação da qualidade da atenção básica e garantir incremento de recursos financeiros para esse nível de atenção.

O PMAQ foi contemporâneo de iniciativas federais voltadas para a pactuação de resultados e metas entre entes federativos; para a concessão de benefícios financeiros mediante o alcance de resultados; e para o delineamento de modelos de avaliação de desempenho, como é o caso de estratégias como o Decreto 7508, o Contrato Organizativo de Ações de Saúde (COAP), e o Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS, que abarca o Índice de Desempenho do SUS e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PINTO et al, 2012; BRASIL, 2015a).

Portanto, o PMAQ é instituído nesse contexto de priorização da atenção básica, e de fomento a estratégias que visavam à pactuação de responsabilidades e compromissos através da verificação de resultados. O programa completou dois ciclos de implantação, e em 2015 teve seu arranjo parcialmente modificado através da publicação da Portaria 1.465 de 02 de outubro de 2015, que institui o terceiro ciclo do Programa. Vale ressaltar que se pretende aqui investigar as repercussões advindas dos dois primeiros ciclos do programa, de modo que aspectos contemplados na etapa de 2015 do PMAQ não serão analisados em profundidade, mencionando-se uma ou outra modificação relevante para fins desse estudo.

O PMAQ possui entre suas diretrizes o estabelecimento de mecanismos de financiamento que motivem e recompensem esforços pelo desenvolvimento de ações que o programa compreende como as mais adequadas para o aumento do acesso e da qualidade na atenção básica; e ainda, o desenvolvimento de uma cultura de negociação e contratualização que deflagre a gestão de recursos baseada no alcance de compromissos e resultados (BRASIL, 2015b).

São mencionados como objetivos do programa a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica através da garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente; o fornecimento de padrões de boas práticas e organização das unidades básicas de saúde (UBS); a indução de alinhamento das práticas com os princípios da atenção básica; a promoção de qualidade e inovação na gestão da atenção básica; a melhoria da qualidade do uso das informações de sistemas de informação; a utilização da satisfação dos usuário como foco das práticas na atenção básica; e o fomento à institucionalização da avaliação e de práticas de gestão baseada na indução e acompanhamento de processos e resultados (BRASIL, 2011a; 2015b).

A partir da realização de avaliação da qualidade das ações ofertadas na atenção básica- que considera como unidade de análise para a avaliação as atividades prestadas pelas equipes de atenção básica e a satisfação dos usuários-é conferido um desempenho às equipes. O desempenho obtido pelo conjunto de equipes do município garante ao mesmo a concessão de incentivo financeiro proporcional a esse resultado, é o componente qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Qualidade).

O programa prevê fases que contemplam etapas relacionadas à certificação e atribuição de desempenho às equipes, e atividades preconizadas para o desenvolvimento de práticas que contribuiriam diretamente para a obtenção de um determinado resultado na certificação. Entre as fases cita-se: a adesão, o desenvolvimento, a avaliação externa e a recontratualização. A fase de adesão consiste na adesão voluntária de equipes e municípios ao programa e suas condições; a fase de desenvolvimento consiste no desenvolvimento propriamente dito do programa no âmbito do município e das equipes, e inclui a autoavaliação, o

monitoramento, a educação permanente e o apoio institucional; a avaliação externa é a etapa de verificação in loco dos padrões descritos pelo programa; e a recontractualização, consiste na atualização da pactuação de equipes e municípios aos padrões previstos pelo programa (BRASIL, 2011a; 2012b,2013).

Observando-se os instrumentos de autoavaliação e avaliação externa do PMAQ AB, percebe-se que ele representa uma carta de intenções do modelo de atenção básica promovido pela PNAB, pelo fato de apresentar padrões desejáveis para a condução da política de APS no âmbito dos municípios e equipes. O programa possui afinidades visíveis com práticas avaliativas cada vez mais adotadas no âmbito da gestão pública, e propõe modos de condução do monitoramento e avaliação (M&A) no âmbito dos municípios.

Verifica-se a afinidade do programa com a abordagem sistêmica da avaliação (DONABEDIAN, 1988), pelo fato de propor padrões de qualidade que traduzem o que se espera alcançar em termos de estrutura, processo e resultados no que concerne à política de atenção básica. Tal modelo deriva do movimento da avaliação da qualidade preconizada pela gestão da qualidade, pelo fato de trabalhar com a perspectiva de alcance de resultados desejáveis a partir do enfoque sobre aspectos organizacionais e processos gerenciais (SERAPIONI, 2009).

Ressalta-se ainda a interface do programa coma avaliação de desempenho, pelo fato de realizar um julgamento de valor a partir da verificação do grau de alcance de objetivos pretendidos pela atenção básica (HURST; HUGHES, 2001). Esse tipo de avaliação atua como ferramenta da gestão por resultados, pelo fato de utilizar a verificação de padrões de qualidade previstos pela política para induzir a melhoria do acesso e da qualidade a partir da emissão de um julgamento de valor que resulta na concessão, ou não, de benefícios (MORAES; IGUTI, 2013).

As características do PMAQ AB concatenam o programa a movimentos mais gerais de incorporação da gestão por resultados na administração pública, como a expansão da utilização do enfoque sobre resultados característicos da administração pública gerencialista da década de 1990 (SANTOS, 2010; SERAPIONE, 2009; CARNUT; NARVAI, 2015). Na gestão, o gerencialismo pode ser operado através da

contratualização de metas e resultados para o alcance de determinados objetivos/padrões de qualidade, que resultam, ou não, na concessão de benefícios. O PMAQ AB seria um modo de operar esse modo de condução da gestão de políticas públicas, e nesse caso, da política de atenção básica.

Considerando as aproximações do PMAQ AB com concepções da avaliação e da gestão, bem como as repercussões que a implantação de um programa desse tipo podem trazer para a gestão da atenção básica em termos de condução de processos de M&A, cabe um olhar minucioso sobre a implantação do programa.

Levando-se em conta ainda, o grande aporte de recursos financeiros destinados aos municípios através do PMAQ AB, e a presumida mobilização que gera nos trabalhadores e gestores de saúde, torna-se imprescindível análises qualitativas sobre as repercussões que o programa gera na gestão municipal.

E, partindo-se da premissa de que o PMAQ AB é uma estratégia com raízes na gestão por resultados, é premente a necessidade de reflexão sobre as perspectivas subjacentes ao modo através do qual o programa vem sendo operado, se ocorre uma condução mais inclinada para a perspectiva do enfoque à capacitação para melhoria de processos, ou para o enfoque sobre a concessão de benefícios financeiros (KETTL, 1997).

Destarte, para que se perceba de que maneira o programa vem sendo apropriado pela gestão municipal no que concerne ao exercício das funções gestoras do M&A, e que implicações isso traz para a gestão da atenção básica e melhoria da oferta de atenção básica, parece oportuno investigar a implantação do programa no que corresponde ao monitoramento e avaliação.

Para investigar aspectos da implantação do programa e suas implicações sobre a gestão da atenção básica, busca-se aqui, identificar, através do discurso de atores de uma gestão municipal com ótimo desempenho no programa, quais são as percepções da gestão municipal em relação ao monitoramento e avaliação, quais caminhos vêm sendo adotados por essa gestão para o desenvolvimento de práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica, quais são, e se estão presentes, as interfaces entre aspectos preconizados pelo programa quanto ao monitoramento

e avaliação e as práticas de monitoramento e avaliação adotadas pelo município, e quais são as repercussões do PMAQ AB sobre o M&A do município.

2- METODOLOGIA

Para que os objetivos aqui pretendidos possam ser alcançados, o primeiro passo realizado foi a seleção do caso de um município bem sucedido na implantação do PMAQ, compreendendo-se como município bem sucedido no programa, aqueles que obtiveram considerável adesão de suas equipes ao programa nos dois ciclos, e também, os que obtiveram excelentes desempenhos.

Tendo em vista o objetivo de analisar as repercussões do PMAQ sobre a gestão da atenção básica, partiu-se da premissa de que localidades com a gestão mais bem estruturada teriam maior potencial de apresentar movimentos desencadeados com, e/ou, pelo PMAQ. Para isso, outro critério para inclusão de um caso foi o fato do município ser capital, partindo-se do pressuposto de que a gestão da atenção básica seria melhor estruturada.

Além disso, priorizou-se também as capitais com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, pelo fato desse critério expressar uma maior centralidade da atenção básica na agenda da saúde, e potencialmente, intervenções melhor estruturadas na atenção básica.

A partir da consulta aos resultados apresentados pelas capitais no segundo ciclo do PMAQ, selecionou-se o caso do município de Florianópolis/SC, que participou com quase 90% de suas equipes no PMAQ AB, e obteve desempenho acima da média e muito acima da média em 50% das equipes participantes. Destaca-se ainda que, o município foi a primeira capital brasileira a atingir 100% de cobertura ESF (em abril de 2015), o que expressa a relevância que a atenção básica possui no âmbito da saúde municipal.

Para a análise das repercussões do PMAQ sob a perspectiva dos gestores, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas. Elencou-se atores compreendidos como protagonistas na discussão da atenção básica e do monitoramento e avaliação

do nível central (estratégico), bem como atores de referência dos distritos sanitários de Florianópolis (tático) e da gerência de pelo menos três Unidades Básicas de Saúde do Município (operacional). Seguindo ainda a lógica de que aqueles que obtiveram melhores desempenhos no PMAQ apresentariam mais elementos para essa análise, selecionou-se, entre os gerentes, aqueles responsáveis pelas UBS mais bem avaliadas pelo PMAQ.

Desse modo, poderá ser verificada a percepção da gestão municipal e mapeados os processos instituídos pela mesma, a partir da perspectiva de diversos atores envolvidos com a gestão da atenção básica, desde seu nível central até instâncias mais capilarizadas, como as gerências de Unidades Básicas de Saúde. Entre os sujeitos incluídos nesse estudo pode-se mencionar representantes do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, da gestão da atenção básica do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, e representantes da gestão dos Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis. A partir da aplicação desses critérios de inclusão, chegou-se ao total de 10 sujeitos entrevistados.

Aos sujeitos entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz, e esclarecidos os riscos e implicações decorrentes de seu envolvimento no presente estudo. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o parecer CAAE de nº 45144714.4.0000.0030.

Para a obtenção do discurso da gestão municipal recorreu-se também à análise documental. Entre os documentos selecionados pode-se mencionar a carteira de serviços do município de Florianópolis, o instrumento de autoavaliação elaborado pelo município, o plano municipal de saúde, a programação anual de saúde e os relatos de experiência apresentados em espaços públicos de discussão, como o Fórum de Gestão da Atenção Básica e a Comunidade de Práticas.

Para análise do material coletado por meio das entrevistas, optou-se pela realização da análise de conteúdo temática-categorial. O emprego da análise de conteúdo temática justifica-se pela possibilidade que a técnica oferta de captar as percepções de determinado sujeito sobre um objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1977). Através

da sistematização das falas obtidas nas entrevistas, bem como dos documentos selecionados para a análise documental, foram realizadas inferências e interpretações relacionadas ao quadro teórico acumulado inicialmente, e às dimensões teóricas e interpretativas surgidas a partir da leitura (MINAYO, 2007).

A sistematização que levou aos resultados aqui apresentados considerou as seguintes etapas previstas nesse tipo de análise de conteúdo, tais como: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação (MINAYO, 2007; OLIVEIRA, 2008, CALIXTO et al, 2014).

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante do material coletado e dos documentos selecionados, de modo que as hipóteses provenientes do discurso estudado pudessem ser construídas. Nessa etapa foram levantadas as unidades de registro significativas, às quais foram associados temas específicos. A partir do agrupamento das unidades de registro em torno de alguns temas, iniciou-se a etapa de análise categorial, através da qual, a partir de critérios teóricos, os temas foram agrupados em dimensões importantes para a análise aqui pretendida (quadro 1).

As categorias surgidas a partir da análise do material estudado permitiram reconstruir o discurso selecionado a partir de um olhar teórico, de modo que o problema aqui investigado pudesse ser elucidado a partir de um recorte da realidade associado às discussões teóricas subjacentes ao objeto de investigação. As categorias obtidas serão apresentadas juntamente aos resultados dessa análise.

Quadro 1 -Categorização Análise de Conteúdo Temática

CATEGORIA	TEMA	Nº UNIDADES DE REGISTRO
SENTIDOS DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	INTEGRAÇÃO M&A E PLANEJAMENTO	2
	EXPRESSÃO DO M&A NO COTIDIANO DA GESTÃO	4
	FINALIDADES DO M&A	4
POLÍTICA MUNICIPAL DE M&A	MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	3
	OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA	8
	PAPEL DO APOIO INSTITUCIONAL	2

TRADUÇÃO MUNICIPAL DO PMAQ	PMAQ COMO DISPOSITIVO AVALIATIVO	6
	INTEGRAÇÃO PMAQ E POLÍTICA MUNICIPAL DE M&A	14
	PMAQ COMO INDUTOR DO M&A	10
	MODOS DE CONDUÇÃO	9
CRÍTICAS AO PMAQ AB E SUGESTÕES DE MELHORIAS	PADRÕES PMAQ AB E MODELO DE ATENÇÃO LOCAL	8
	DEVOLUTIVA RESULTADOS	2
	UTILIZAÇÃO DE INDICADORES SIAB	1
	PROTAGONISMO FEDERAL NA FASE DE DESENVOLVIMENTO	1

3-RESULTADOS

Caracterização Geral do Município estudado e dos atores envolvidos

O município de Florianópolis, em 2015, possuía 433.158 habitantes, dos quais, 208.789 eram homens, e 224.369, mulheres. A capital do estado de Santa Catarina possui o terceiro maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, e o maior entre as capitais (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015a).

No que se refere aos dados de mortalidade e morbidade do município, observa-se que não se diferenciam do padrão que vem emergindo a partir da transição epidemiológica-aumento da prevalência de doenças crônicas e retrocesso de doenças infectocontagiosas. Observa-se entre as causas com maiores percentuais de mortalidade proporcional, as causas do aparelho circulatório, aparelho respiratório e causas externas, e ainda o aumento da prevalência de hipertensão, diabetes mellitus e excesso de peso referido (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015a; VIGITEL, 2013). A prevalência de sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes, aumentou nos últimos anos (SMS FLORIANÓPOLIS, 2013). Entre os indicadores que contribuem para a obtenção da situação de saúde do município, destaca-se a taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica, que no município de Florianópolis, até 2014, era de 22,3%, enquanto no Brasil, era de 31,8%.

Em relação à rede de saúde, o município apresenta regiões de saúde denominadas Distritos Sanitários: Distrito Centro; Distrito Continente; Distrito Leste, Distrito Norte e Sul.

Distribuem-se neles: 49 unidades básicas de saúde, 4 policlínicas, 4 centros de atenção psicossocial (CAPS)- sendo um adulto, um infantil, e dois de álcool e drogas-, 4 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência (SAMU), 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 6 centrais de regulação, 3 unidades de vigilância em saúde, 1 laboratório municipal, e mais 46 estabelecimentos de saúde, entre clínicas especializadas e laboratórios, que prestam serviços à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015a).

A atenção básica pode ser considerada como prioridade da agenda de saúde do município, pelo fato de apresentar elevada cobertura ESF, e também estratégias bem estruturadas no âmbito da política municipal de atenção básica, destacando-se o fato de que o município apresenta uma carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), com diretrizes e padrões de ações desejáveis para a APS.

Em relação aos sujeitos participantes da pesquisa, dos 10 atores da gestão respondentes, 7 eram mulheres, e 3 homens. Entre os entrevistados, havia quatro médicos, um dentista e cinco enfermeiros, todos com pelo menos um ano em seus cargos de gestão. A média do tempo de ocupação de cargos de gestão é de 3 anos. Em relação às categorias encontradas no estudo, a partir dos temas surgidos da análise de conteúdo temática, chegou-se às categorias: percepções sobre o monitoramento e avaliação na atenção básica; política municipal de monitoramento e avaliação; tradução municipal do PMAQ AB quanto ao M&A; críticas e sugestões de melhorias para o PMAQ AB.

Percepções do M&A para a gestão municipal

Em relação à percepção dos sujeitos entrevistados quanto aos sentidos do monitoramento e avaliação, surgiram falas relativas ao modo como tais atividades expressam-se na rotina institucional, suas finalidades e desafios para seu desenvolvimento.

Observa-se que o contato com o monitoramento e avaliação, no caso do município, foi frequentemente disparado a partir de iniciativas da área responsável pelo planejamento, inferindo-se que, no município, as funções de monitoramento e avaliação são frequentemente associadas ao planejamento municipal. Afirma-se o

monitoramento e avaliação como práticas presentes na rotina da gestão, sendo atividades voltadas para o acompanhamento das equipes, e ainda, para o preparo das equipes a serem avaliadas pelo PMAQ AB.

“Quando se fala de monitoramento e avaliação não tem como não falar de planejamento e autoavaliação como processos anteriores.” (E1);

“Meu único contato com monitoramento e avaliação foi na secretaria de saúde mesmo, no primeiro planejamento que eu participei em 2014, e agora, o segundo em 2015.” (O3)

Entre as finalidades das práticas de monitoramento e avaliação, ressalta-se a oportunidade que procedimentos de autoavaliação e de acompanhamento de indicadores e outros dados quantitativos e qualitativos fomentam em relação à identificação de pontos fortes e pontos fracos do processo de trabalho, e planejamento de intervenções para correção, conforme pode ser verificado no trecho a seguir:

“Quando eu faço uma autoavaliação, no primeiro momento vejo quais são os meus pontos fortes, meus pontos fracos, minhas fragilidades, oportunidades e ameaças, olhando indicadores e dados quantitativos e qualitativos, dessa forma eu estabeleço um planejamento, que eu vou fazer para corrigir aquilo em que eu não estou tão bem e para manter aquilo que eu já consegui avançar.” (E1)

Enfatiza-se o potencial de transformação de realidade que monitoramento e avaliação podem apresentar, na medida em que fornecem parâmetros e padrões de atuação capazes de direcionar intervenções até então realizadas, para esses objetivos.

“Inicialmente eu vejo isso como a possibilidade da gente transformar algumas realidades, como por exemplo, eu tenho parâmetro inicial para ações, monitorar essas ações e ver quais são os resultados que a gente pode futuramente alcançar” (O2).

O monitoramento e a avaliação são diferenciados quanto à capacidade de subsidiar a gestão, na medida em que, o monitoramento permite uma análise contínua e dinâmica da realidade para a tomada de decisões, enquanto a avaliação, uma vez que é mais estruturada, fornece mais informações partindo de uma premissa mais científica.

“essa é a visão que eu tenho de monitoramento, analisar continuamente dados do funcionamento dos serviços, tomada de decisões para melhoria, reorientação da forma de funcionamento dos serviços, e de avaliação como um pouco mais sistemático e estruturado, menos rotineiro, avaliação pensando na pesquisa avaliativa com um olhar para os serviços de saúde ou para as práticas que se desenvolvem aqui com um pouco mais de cientificidade, digamos assim, para tentar extrair informações para além das informações rotineiras que o monitoramento oferece para nós” (E2).

São sinalizados ainda, os desafios a serem enfrentados para a implementação de rotinas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão e das equipes de atenção básica. Destaca-se entre eles: as interferências políticas que redefinem prioridades; a produção de sentidos para o monitoramento e avaliação a partir do aprimoramento do manejo, e da integração de atividades diversas tais como, a utilização dos dados de sistemas de informação e o acompanhamento de indicadores, e ainda, a necessidade de sistematização e estruturação.

“Acho que o desafio é a gente conseguir estabelecer uma rotina de monitoramento mais homogênea. Só que a gente sofre muita intempérie política, muita oscilação de crises e problemas que a gente não consegue manter uma estabilidade” (T2).

“A experiência minha e eu acredito que de todo mundo que entra na gestão ou que trabalha na unidade de saúde mesmo, é de ter um contato muito pontual e episódico acho que com indicadores, com planilhas enfim, com instrumentos de monitoramento com muito pouco valor de uso, com pouco significado integrado na prática. Não é só para as equipes de saúde que ele não faz sentido, ele também não faz sentido para os gestores a gente tem muitos dados que são difíceis de usar para intervenção” (E2).

“a gente tem até dificuldade um pouco pela quantidade de coisas, em questão do planejamento, de ir buscar esses dados, de ficar parando pra ficar mostrando no sistema, em outros sistemas que a gente nem tem acesso, e até esclarecer muitas vezes o que significam esses indicadores, pra gente poder realmente estar analisando, poder estar fazendo essa modificação, considerando essa alteração, não adianta ter os números se a gente não sabe o que eles significam” (T3).

Política Municipal de M&A

O município de Florianópolis apresenta uma proposta de planejamento participativo, sistemático, ascendente e guiado pela melhoria contínua da qualidade desde 2010 (SMS FLORIANÓPOLIS, 2014).

Entre os pressupostos do planejamento estão a participação de diversos atores, incluindo trabalhadores de saúde e usuários, e a utilização de dispositivos da gestão pela qualidade, como instrumentos de autoavaliação para o levantamento de pontos positivos e negativos, utilização do balanced scorecard e da lógica do ciclo de Deming ou PDCA (SMS FLORIANÓPOLIS, 2013, 2014).

Destaca-se o esforço dos últimos anos em relação ao fomento da realização de planejamento sistemático nas Unidades Básicas de Saúde. No final de 2009, apenas duas unidades de saúde realizavam um planejamento sistemático, e ainda assim, de modo desalinhado com o planejamento municipal de saúde 2007-2010. A partir da elaboração do Plano Municipal de Saúde 2011-2014, buscou-se induzir o planejamento local das UBS e integrá-lo ao planejamento municipal, iniciando-se o processo a partir da realização de estudo-piloto com utilização do Balanced Scorecard (BSC). A partir dessa implementação, ao final de 2010 obteve-se o resultado de 12 unidades de saúde realizando um planejamento formal e sistemático, optando-se a partir daí, pela reformulação do Plano Municipal de Saúde (SMS FLORIANÓPOLIS, 2014).

Para o diagnóstico interno quanto aos pontos fortes e fraquezas, utilizou-se instrumento de autoavaliação denominado Estrutura Comum da Avaliação, cujo objetivo é a obtenção de um cenário com pontos fortes e fracos, a partir da análise dos meios e resultados alcançados. A partir da utilização do instrumento de autoavaliação, e da elaboração da identidade institucional, formulou-se os objetivos estratégicos, as diretrizes, os indicadores e metas através da utilização do BSC, de forma participativa (SMS FLORIANÓPOLIS, 2014).

Esses movimentos geraram a produção do Plano Municipal de Saúde-com objetivos, diretrizes e metas- e o Pacto Municipal, com diretrizes, objetivos, estratégias, metas e indicadores.

Entre as ações de desdobramento do plano, inclui-se a elaboração da programação anual de saúde de modo articulado ao Plano e Pacto Municipal, e nos níveis operacional (UBS), tático (gerências distritais e gerências do nível central) e estratégico (diretorias), o acompanhamento dos resultados alcançados através do sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento (PDCASAÚDE).

Para elaboração da programação anual de saúde, ressalta-se que, a partir de dificuldades que trabalhadores e gestores da atenção básica apresentaram em relação à utilização do Pacto Municipal para acompanhamento dos objetivos, estratégias e metas, passou-se a utilizar em 2015 um novo instrumento de autoavaliação na atenção básica, cuja referência são as diretrizes da carteira de serviços municipal da APS (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015b).

Complementando a documentação referente à política municipal de planejamento, monitoramento e avaliação de Florianópolis, destacam-se falas dos gestores que reafirmam pressupostos inerentes ao planejamento apresentado, e os modos pelos quais o processo é conduzido.

“a gente foi exposto ao planejamento como uma política do próprio município envolvendo a equipe inteira no primeiro momento, (...) sempre com o olhar que a gente tinha que monitorar e acompanhar as ações, e depois disso, e nesse momento a gente teve o apoio direto tanto do distrito quanto da diretoria de planejamento que é que tinha os apoiadores institucionais mais focados no planejamento então era a equipe, apoio distrital e apoio do nível central” (T1)

“Nós já vínhamos trabalhando no município antes mesmo da implantação do PMAQ, com o ciclo de planejamento, pensando em melhoria contínua [...]isso vem desde 2010” (E1)

“o processo de fazer planejamento (...) começou a partir de experiências pilotos em algumas unidades de saúde. Nós sempre trabalhamos com o planejamento de forma participativa, voluntaria, com melhoria continua e ascendente, ou seja, se houver necessidade desde o centro de saúde lá da equipe até chegar ao nível estratégico da Secretaria que é gestão central” (E1)

Ressalta-se no planejamento municipal a atuação dos apoiadores institucionais nas atividades referentes ao planejamento, monitoramento e avaliação.

“A gente teve o apoio direto tanto do distrito quanto da diretoria de planejamento que é que tinha os apoiadores institucionais mais focados no planejamento então era a equipe, apoio distrital e apoio do nível central”(T1)

Em relação aos desdobramentos do processo de planejamento, destaca-se de que modo ocorre o diálogo e manutenção da vivacidade do planejamento produzido, através do estabelecimento do diálogo entre gestores e equipes, da participação de apoiadores institucionais e do uso do sistema PDCA Saúde.

“a gente foi exposto a uma ferramenta que é um sistema de informação que chama PDCA saúde que é usado até hoje aqui no município que é para monitorar as ações de planejamento” (T1)

“a gente acompanha seja pelo sistema, que a gente tem acesso, e dentro da diretoria do planejamento também a gente tem uma indução nesse sentido. E a gente faz apoio institucional monitorando o processo de trabalho e a vigilância em saúde” (T2)

Tradução Municipal do PMAQ AB

Tomando o termo cunhado por atores da própria gestão municipal de Florianópolis, essa categoria busca relatar o processo de tradução de aspectos de monitoramento e avaliação do PMAQ AB no município, entendendo como tradução o processo de apreensão e customização do PMAQ AB para o contexto municipal.

Nesse sentido, foi possível perceber nas falas dos atores entrevistados aspectos como, a compreensão do PMAQ AB como dispositivo de monitoramento e avaliação da atenção básica, modos de condução, pontos de alinhamento entre o PMAQ AB e o processo municipal de institucionalização do M&A na atenção básica; e as ações geradas a partir da indução do PMAQ AB.

Destaca-se que o PMAQ AB é compreendido como dispositivo avaliativo de melhoria contínua, sendo importante instrumento para mensuração da efetividade e funcionamento da atenção básica, promoção de reflexão do processo de trabalho e visibilidade às ações promovidas pelos trabalhadores.

“na verdade como a gente já sabia que ia ser um processo contínuo, a gente não deixou que os ganhos que a gente teve no primeiro ciclo se perdessem.” (E1)

“A autoavaliação foi um processo bastante interessante, a gente realmente parou pra ver algumas coisas, como estavam acontecendo, como deveriam acontecer.”(O3)

“No segundo ciclo a própria rede teve amadurecimento nesse sentido, mostrando que a avaliação não é para isso, que é um reflexo do que a gente faz, é uma valorização nossa, teve uma mudança de olhar da rede.”(T4)

Em relação ao alinhamento entre as premissas do PMAQ AB e a política de planejamento do município, observa-se que o PMAQ AB, fortaleceu a relevância da agenda de planejamento do município e contribuiu para que alguns movimentos fossem suscitados. Houve um alinhamento temporal da demanda pela estruturação da atenção ofertada nas Unidades Básicas de Saúde do município- o que levou à sistematização de um planejamento voltado para a superação desses nós críticos- e a implantação do primeiro ciclo do PMAQ AB. Sendo assim, observa-se o PMAQ AB como reforço à agenda da estruturação do planejamento municipal, e também, como facilitador da organização de dispositivos necessários à sistematização do planejamento e implantação do PMAQ AB.

“O PMAQ foi uma mola propulsora para alavancar um movimento que já estava acontecendo na Secretaria [...] Em 2012, quando veio o PMAQ nós conseguimos mais que triplicar o número de unidades que começaram a fazer o planejamento.”(E1)

“O município, de uma certa forma, adaptou o planejamento à questão de ter um instrumento de autoavaliação que pudesse ser usado tanto pro planejamento local pra tomada de decisões e ações que seriam desenvolvidas ao longo do ano, mas que já servisse também como instrumento de avaliação do PMAQ.”(O1)

“Então nós queríamos implementar o PMAQ no município mas não fazia sentido implementar ele como uma terceira intervenção de monitoramento e avaliação, planejamento das unidades de saúde, então nós pegamos essa contribuição das oficinas de acesso (dos indicadores de acesso), usamos a máquina do planejamento que estava rodando, e adaptamos o conteúdo dos instrumentos do planejamento para adequar aos padrões do PMAQ e aos padrões de acesso que estávamos construindo.”(E2)

Em relação ao modo de condução da implantação do PMAQ AB, destaca-se o movimento da gestão municipal de realizar discussões com o conjunto dos trabalhadores previamente à avaliação externa. Nota-se também que, a utilização de um mesmo instrumento avaliativo para atender ao que é preconizado pela fase de desenvolvimento do PMAQ AB (realizar autoavaliação), e ao processo de planejamento institucionalizado-anualmente realizar autoavaliação e planejar

intervenções que integram a Programação Anual de Saúde- é um facilitador da implantação do programa, e característica peculiar do município em relação ao modo de condução do PMAQ AB.

“[...] por preparação, eu coloco discutir o que vai ser avaliado, discutir os elementos de medida dos instrumentos do PMAQ com as equipes, discutir o quanto estamos próximos ou não do esperado que vai ser verificado...Isso coloca as equipes em reflexão de novo, faz com que as equipes busquem, de alguma maneira, se adequar e melhorar seu desempenho.” (E2)

“Nós fizemos algumas discussões sobre o próprio instrumento de avaliação no sentido de ajudar as pessoas a entenderem o que elas realmente fazem, porque às vezes elas não conseguem identificar a sua prática dentro daquela pergunta.”(T4)

“A gente poderia burocraticamente aderir ao PMAQ, [...], a gente poderia receber o dinheiro do PMAQ sem nenhuma intervenção nas equipes, virtualmente nada. A gente acredita que isso não promoveria mudanças, para promover mudanças precisa-se envolver os trabalhadores, precisa dar sentido ao momento auto avaliativo e precisa fazer algum tipo de programação de ações no momento de certificação de desenvolvimento.” (E2)

Em relação aos movimentos induzidos pelo PMAQ AB destacam-se as ações referentes à realização de monitoramento de indicadores e à realização de vigilância em saúde relativas a alguns agravos, a realização de melhorias na infraestrutura, execução de ações não disponíveis anteriormente, e a implantação do pagamento por desempenho. O PMAQ AB é enfatizado como grande máquina indutora, sobretudo pelo incremento financeiro da atenção básica.

“O PMAQ no município, ele é uma máquina poderosa de indução de mudanças... ele trás financiamento para a atenção primária.”(E2)

“A gente ficou monitorando se as equipes continuavam fazendo levantamento de indicadores, as ações de vigilância, principalmente aquelas ações que a gente não fazia e que realmente seriam interessantes [...]” (O1)

“Nós temos um instrumento chamado Placar da Saúde, nós passamos a avaliar esse placar [...]a implantação do PMAQ fez com que nós monitorássemos esse placar, anteriormente não era avaliado, eram simplesmente expostos os resultados.”(T3)

“ O município teve que corrigir algumas coisas na unidade em termos de estrutura, totem, coisas que a gente não tinha...DIU que não tinha nas unidades e agora tem. Foi feita inclusive capacitação dos profissionais da atenção primária pra poderem colocar o DIU.” (O1)

“Uma das coisas que deixa o pessoal estimulado são as portarias municipais que acabam trazendo um benefício remunerado por conta do ranking da avaliação.” (O2)

“Foi instituído na primeira vigência do PMAQ, em 2012 ou 2013. O pagamento por desempenho usa uma fração do PAB variável de qualidade do PMAQ, em torno de 40% do dinheiro que o município recebe, e cada profissional da equipe recebe de acordo com seu salário base e de acordo com o desempenho da equipe no PMAQ.”(E2)

Críticas e sugestões de melhorias para o PMAQ AB

Entre as críticas e sugestões de melhorias, ressaltam-se aspectos referentes ao desalinhamento observado entre padrões de qualidade apresentados pelos instrumentos de avaliação externa e autoavaliação do PMAQ AB e o modelo de atenção à saúde que vem sendo estruturado no município, que ressalta a baixa capacidade de adaptabilidade dos padrões do PMAQ AB às realidades locais; critica-se a existência de padrões que não estão sob a governabilidade dos trabalhadores das equipes; são criticados os indicadores utilizados para o monitoramento do programa, originários do SIAB; a demora na disponibilização da devolutiva dos resultados às equipes; e a necessidade do gestor federal exercer um maior protagonismo sobre a fase de desenvolvimento do PMAQ AB.

“Quando nós olhamos os padrões da AMAQ ainda percebemos que tem alguns padrões que induzem a formatação de agenda específica para determinados grupos [...]Então ela induz uma lógica programática que nós já estamos tentando trabalhar de forma diferente, com uma lógica avançada de acesso.” (E1)

“Demora um pouco de retorno, às vezes as informações, a gente faz o processo em um mês e demora muitos meses pra gente ter realmente esse retorno, as pessoas ficam perguntando, e como é que a gente sabe?!”(O4)

“[...]quando eu pego do SIAB, que tem uma fragilidade muito grande nos indicadores [...]. Como nós temos prontuários eletrônicos, nós conseguimos uma série de indicadores, de dados que são mais fidedignos, que retratam melhor a realidade dos que os indicadores do SIAB, que são aqueles avaliados no PMAQ.” (E1)

4-DISCUSSÃO

Em relação às percepções sobre monitoramento e avaliação, destaca-se: a vinculação das atividades de monitoramento e avaliação ao planejamento; a

finalidade formativa e transformadora que tais atividades expressam segundo a percepção dos gestores; a persistência de dificuldades quanto ao manejo de sistemas de informação e acompanhamento de indicadores oriundos de bases de informação diversas, e ainda, a carência de sistematização de rotinas de monitoramento e de valor de uso dos resultados a serem produzidos por esses procedimentos.

A percepção de monitoramento e avaliação vinculada ao planejamento pode ser atrelada ao modelo de gestão municipal, que se respalda por princípios da gestão da qualidade e pelo uso de instrumentos típicos desse modelo de gestão. Entre os princípios da gestão da qualidade pode-se mencionar: foco no cliente (ações definidas considerando-se as necessidades dos clientes/cidadãos); liderança (definição de unidade de propósitos e rumo da organização); envolvimento das pessoas (envolvimento dos diversos atores implicados com o processo); abordagem de processo (ênfase sobre os meios e recursos empregados para o alcance dos fins desejados); abordagem sistêmica para a gestão (compreende a inter-relação das etapas do processo para o alcance dos objetivos); melhoria contínua (a melhoria contínua considera a premissa de que sempre há pontos do processo a serem aperfeiçoados); abordagem factual para a tomada de decisões (decisões devem ser baseadas na análise de dados e informações) (SANTOS et al, 2013).

É perceptível na documentação referente ao planejamento do município, que muitos desses princípios estão presentes: trabalha-se com melhoria contínua ao adotarem o ciclo de Deming para programação das ações e atividades; há notável esforço para construção e atualização da identidade institucional (definição de missão, visão e valor pela gestão); utiliza-se a abordagem sistêmica no instrumento de autoavaliação para definição do diagnóstico interno que subsidia o Plano Municipal de Saúde; ocorre o envolvimento de diversos atores para a elaboração do planejamento (realização de oficinas e estudos piloto), e ainda, verifica-se a aposta na utilização das informações para a tomada de decisões (a exemplo da utilização do sistema PDCA para acompanhamento do planejamento).

Sob a perspectiva da gestão da qualidade, é compreensível que o monitoramento e avaliação sejam vinculados ao planejamento, na medida em que se configuram como etapas essenciais para o alcance de objetivos. Inclusive, a

ascensão dessa lógica de gestão contribuiu para a indução da institucionalização da avaliação, justamente pelo fato de que o acompanhamento e avaliação passaram a ser etapas fundamentais para o planejamento e intervenção de mudanças. Tal cenário explicaria a concepção hegemônica quanto aos procedimentos avaliativos como questões atreladas à mudanças de processos de trabalho.

Tendo em vista que a expectativa dos atores da gestão em relação ao uso de procedimentos avaliativos é de incremento de melhorias sobre processos instituídos, pode-se afirmar que a expectativa presente é quanto ao potencial formativo e transformador das avaliações, na medida em que buscam melhoria e transformação de processos (CHAMPAGNE et al, 2011). Somente uma das falas evidenciou a delimitação presente entre monitoramento e avaliação, tomando que o primeiro, atende a uma demanda de acompanhamento cotidiano, e a avaliação, viabilizaria a produção de conhecimento mais elaborado, diferença apontada também por Patton (1990), e que evidenciaria a finalidade fundamental descrita por Champagne et al (2011).

As dificuldades encontradas em relação à variedade de instrumentos e atividades voltadas para o monitoramento e avaliação indicam dificuldades em efetivar a descentralização da gestão da informação até o nível local, incluindo equipes. Tal achado pode apontar necessidades de investimento no aprimoramento da utilização da informação em nível local, em função de seu potencial de orientação de práticas cotidianas (FIALHO JÚNIOR, 2004) e produção de sentido para as planilhas e sistemas alimentados.

No que concerne ao planejamento do município, pode-se dizer que o mesmo é bem estruturado e presente no discurso de atores do nível estratégico, tático e operacional da gestão do município-nível central, gerências distritais e coordenações de UBS. A quantidade e clareza de publicações disponíveis a respeito do planejamento municipal, incluindo o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, evidenciam a relevância da agenda no município.

Conforme exposto acima, verifica-se o alinhamento da estruturação do planejamento com a gestão pela qualidade, sendo descritos nos documentos de planejamento municipal (Plano Municipal de Saúde 2014-2017; Diagnóstico

estratégico, relatos referentes à programação anual de saúde) etapas referentes à utilização de dispositivos da gestão da qualidade, tais como a Estrutura Comum de Avaliação e o Balanced Scorecard.

A Estrutura Comum de Avaliação ou o *Common Assessment Framework* (CAF) é utilizada no âmbito da gestão da qualidade como ferramenta para a melhoria do desempenho a partir da autoavaliação. A autoavaliação é estruturada a partir do julgamento de valor dos meios empregados e resultados, considerando-se como meios, liderança, planejamento, estratégia, pessoas, parecerias, recursos e processos, e como resultados, aqueles orientados para o cidadão/usuário, referentes às pessoas, ao impacto sobre a sociedade e ao desempenho (CARDOSO; CARDOSO, 2011). O CAF é composto por três blocos: meios utilizados para alcance de resultados; resultados, e bloco da aprendizagem e inovação..

Esse dispositivo de autoavaliação foi utilizado para elaboração do diagnóstico interno que subsidiou o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 no final de 2010. A partir de sua utilização, foi elaborada a identidade institucional da Secretaria Municipal de Saúde (Missão, Visão e Valores), que contou com a participação de 160 pessoas, entre trabalhadores e gestores, representantes da comunidade e parceiros da academia, legislativo local, Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e Ministério Público. A partir dessa etapa, foram elaborados os objetivos estratégicos, diretrizes, indicadores e metas utilizando-se o Balanced Scorecard (BSC), com a participação de todos os envolvidos.

O BSC foi utilizado anteriormente à utilização do CAF em estudo piloto realizado em unidades básicas de saúde em 2010, como ferramenta para avaliação de desempenho organizacional. O Balanced Scorecard foi concebido por Kaplan e Norton (1997) como dispositivo capaz de avaliar o desempenho organizacional segundo os resultados financeiros, processos internos, clientes e aprendizagem. É uma ferramenta utilizada para análise do desempenho organizacional, capaz de traduzir missão, visão e valores em objetivos, ações e indicadores (BRANDÃO et al, 2011; NISEMBAUM; 2000).

A conjunção da utilização de ferramenta de autoavaliação, e de avaliação de desempenho organizacional, incluindo a participação do conjunto de atores envolvidos com a oferta de atenção à saúde, resultou na elaboração dos objetivos, diretrizes e indicadores e metas compõem o PMS e o Pacto Municipal de Saúde. O PMS de Florianópolis desdobra-se na programação anual de saúde, cuja elaboração se dá do nível estratégico ao operacional.

Verifica-se, portanto, a ampla participação de atores da saúde, e a adoção de dispositivos que facilitam a elaboração do PMS e seus desdobramentos. Além de observada a participação dos trabalhadores na condução do planejamento, ressalta-se também a menção feita à figura do apoiador institucional. Nesse sentido, a ampla participação do coletivo da saúde municipal e a facilitação do apoiador institucional para elaboração e acompanhamento do planejamento, caracterizam um modelo de gestão alinhado com as premissas da gestão participativa. A gestão participativa caracteriza-se pela participação dos sujeitos envolvidos com o processo de saúde, a partir do estabelecimento de contratos e compromissos, sendo o apoio institucional, a função gerencial que modifica o modo tradicional de realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BARROS et al, 2011; OLIVEIRA, 2012). O apoio institucional deflagra e ampara processos de mudanças operados pelos coletivos de saúde, e no caso do município de Florianópolis, destaca-se no discurso dos gestores como figura ativa na elaboração e acompanhamento do planejamento, monitoramento e avaliação.

A lógica de organização do planejamento do município aparece como facilitador da incorporação do PMAQ AB à rotina das UBS e equipes. Menciona-se a sincronia dos movimentos de aprimoramento e institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação no município com a intervenção de aprimoramento do acesso à atenção básica municipal, e a chegada do PMAQ.

A elaboração do plano municipal de saúde propiciou a constatação de que o acesso à atenção básica municipal precisava ser revisto, o que foi feito a partir da realização de oficinas com trabalhadores da atenção básica, utilização de experiências exitosas, e inclusão de indicadores de acesso em um painel de monitoramento (SMS FLORIANÓPOLIS, 2015b, c).

Assim, à época em que chegava o PMAQ AB, o município estava reestruturando sua política de atenção básica e envolvido na elaboração do plano municipal de saúde e pacto municipal. Nessa circunstância, verifica-se que o PMAQ AB potencializa a agenda do monitoramento e avaliação. O município opta por priorizar padrões do instrumento de autoavaliação do PMAQ AB que tinham relação com as diretrizes que estavam sendo colocadas para a atenção básica, e com o pacto municipal de saúde, para programar intervenções de correção de rumo nas equipes. Já no segundo ciclo do programa, a partir do diagnóstico de que o pacto municipal de saúde não estava sendo facilmente apreendido pelas equipes, as equipes passaram a utilizar instrumento próprio de autoavaliação. Tal instrumento reflete diretrizes e padrões colocados na carteira de serviços municipal.

Outro aspecto que pode ser destacado é a opção municipal por um modo de implantação do PMAQ AB que valoriza a fase de desenvolvimento, com destaque para a autoavaliação e subsequente programação de intervenções de melhoria da qualidade, e a participação dos trabalhadores na implantação do programa. Destaca-se que, nesse sentido, não somente o desempenho final das equipes e o respectivo incentivo financeiro estão sob o enfoque da gestão.

Como movimentos induzidos, ressalta-se, aspectos referentes ao reforço de práticas de monitoramento e vigilância em saúde, como é o caso dos registros de certos agravos que passaram a ser instituídos pelas equipes; indução da adequação da infraestrutura das UBS aos padrões do PMAQ AB; a incorporação ao escopo de práticas da APS de alguns procedimentos, incluindo capacitação das equipes para fazê-lo. Além disso, foi implementada no município a remuneração por desempenho para as equipes, a partir do repasse dos recursos do PMAQ AB. O PMAQ AB não impõe como condicionalidade aos municípios a implantação da remuneração por desempenho, mas enfatiza que a adesão ao PMAQ AB configura-se como oportunidade para estruturação da remuneração por desempenho. Segundo Moraes & Iguti (2013), o PMAQ AB configura-se como prática característica das Novas Políticas de Recursos Humanos (NPRH), que se caracterizam por práticas de gestão do trabalho em que não ocorre a normatização do processo de trabalho realizado (aos moldes Tayloristas), e sim, a normatização de resultados, o que configuraria a

prescrição inversa do trabalho. Nesse sentido, o PMAQ AB adota as perspectivas de obtenção de resultados do gerencialismo, e entre elas, inclui-se a indução da remuneração por desempenho. Embora a recompensa simbólica da obtenção de bons desempenhos tenha uma função concreta de sustentação de comportamentos (LIMA, 1996), observa-se no discurso da gestão municipal, que a recompensa material também amplifica a adesão ao programa. Tal indução deve ser encarada sob a perspectiva de que pode alcançar melhores status de acesso e qualidade, mas também, deve considerar os desejos dos trabalhadores, suas necessidades e autonomia. Nesse sentido, modelos democráticos de gestão, tais como a gestão participativa tem maior potencial de atendimento às duas perspectivas (CAMPOS, 2007; MORAES; IGUTI, 2013).

A coincidência de objetivos e intenções verificadas no PMAQ AB e no planejamento municipal indica que o programa, expressa no caso da gestão de Florianópolis, boa pertinência, atributo considerado importante quando se busca a indução da institucionalização da avaliação. Por pertinência, pode-se considerar a capacidade de atendimento às respostas dos atores envolvidos, e no caso do PMAQ AB, a aposta feita na avaliação em saúde como prática para aprimoramento do acesso e da qualidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Percebe-se que o PMAQ AB reforça a intenção de institucionalizar o Monitoramento e Avaliação da gestão municipal, ao representar visibilidade nacional aos processos de trabalho desenvolvidos e incremento de recurso financeiro, que se somam ao reforço às estratégias de autoria municipal para aprimoramento do acesso e da qualidade da atenção básica.

Não obstante haja um acerto do PMAQ AB quanto à sua pertinência, no que diz respeito à fundamentação teórica, há pontos de divergência. Por fundamentação teórica compreende-se a capacidade que procedimentos avaliativos têm de atender expectativas e devolver respostas aos gestores (CONTANDRIOPOULOS, 2006). O PMAQ AB não atende exatamente às expectativas dos gestores, pelo fato de valoriza características do modelo de atenção que não correspondem ao modelo concebido pela gestão municipal. É o caso da valorização da realização de ações programáticas dirigidas a grupos de agravos, e a perspectiva de acesso apresentada

pela Carteira de Serviços de Florianópolis, que valoriza o acesso pautado pelas necessidades dos usuários, fatores de vulnerabilidade e risco, e aposta na produção de resposta nos espaços de encontros entre equipe e usuários, que não se resumem às consultas.

Como sugestão de aprimoramento do programa pode-se mencionar a necessidade do gestor municipal assumir maior protagonismo sobre as ações da fase de desenvolvimento do PMAQ, seja reforçando a função apoio, o papel do estado, ou fomentando a troca de experiências entre municípios. Nesse sentido, seria preciso mais corresponsabilização pelas etapas de desenvolvimento do PMAQ AB, e menor foco à emissão de julgamento de valor advinda da concessão de desempenho às equipes.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ AB representa uma iniciativa federal com importantes repercussões sobre a atenção básica do município de Florianópolis, sendo o mesmo, fortemente repercutido no discurso de atores da gestão dos níveis operacional, tático e estratégico.

Verificou-se que o PMAQ AB corresponde à expectativa da gestão de que dispositivos avaliativos atuem como ferramentas potentes para o aprimoramento e transformação da atenção básica em saúde. Observou-se, contudo, que, aspectos que representaram divergências com as expectativas municipais- como é o caso da lógica programática ainda observada no PMAQ AB- não se configuraram como impeditivo para a implantação do monitoramento e avaliação, sendo, nesse caso, razão para abertura ao diálogo e reafirmação das premissas municipais de atenção básica, sob a perspectiva da customização e adaptação do PMAQ AB ao contexto local.

O PMAQ AB, por ser coincidente com as premissas da gestão da qualidade, alinou-se e fortaleceu iniciativas municipais como, a estruturação do plano municipal de saúde e seu desdobramento nas programações anuais de saúde nos níveis operacional, tático e estratégico através da utilização de procedimentos avaliativos. No mesmo sentido, à época em que o município se mobilizava para reestruturar a atenção básica utilizando-se de dispositivos de autoavaliação,

estruturação de painel de indicadores e alinhamento com atributos da atenção primária à saúde, chegava o PMAQ AB, que, contribuiu para colocar os dispositivos avaliativos no centro da agenda, e também, conforme mencionado anteriormente, acabou sendo oportuno para o fortalecimento de diretrizes da atenção primária à saúde que divergiam daquelas adotadas pelo município.

Cabe destacar que a participação e envolvimento dos atores parece ter sido a opção municipal para implantação do planejamento, monitoramento e avaliação, e do PMAQ AB. Desse modo, ainda que se suponha que programas de avaliação de desempenho do processo de trabalho realizado possam ter efeitos perversos, como a prescrição reversa do trabalho, pode-se atenuar tais efeitos a depender do modo como tais avaliações são realizadas. O modo de se fazer gestão influencia diretamente o modo como as estratégias de aferição e contratualização de resultados são precipitadas: quando se parte da premissa de que o envolvimento dos trabalhadores de saúde é importante, e de que é necessário viabilizar seu envolvimento na análise do processo de trabalho e na programação de intervenções corretivas, pode-se construir sentidos compartilhados e alcançar melhorias na qualidade da atenção.

Aponta-se como perspectiva futura para o programa, a perspectiva de que é preciso investir mais esforços no fortalecimento da fase de desenvolvimento do PMAQ AB, uma vez que essa parece ter sido a opção municipal, e que, acabou por desencadear melhor desempenho e produção de sentidos para os trabalhadores da atenção básica.

6- CONCLUSÕES

O presente estudo buscou realizar a leitura da implantação do monitoramento e avaliação, a partir do PMAQ AB, no município de Florianópolis, a fim de problematizar as implicações que o programa apresenta com as práticas avaliativas locais, e com a melhoria da qualidade da atenção básica.

Sob essa perspectiva, foi realizado o resgate conceitual sobre atenção básica, práticas avaliativas e modelos de gestão, com a intenção de elencar elementos-chave para a análise pretendida.

Com o objetivo de subsidiar a análise pretendida, foram resgatadas também, iniciativas de avaliação de desempenho do sistema, bem como de programas e serviços de saúde, enfatizando-se aqueles dirigidos para a atenção básica.

A partir desses movimentos, foi construída uma base analítica para a reflexão sobre aspectos da implantação do monitoramento e avaliação no município de Florianópolis, ressaltando-se, tanto movimentos independentes do PMAQ AB, quanto aqueles deflagrados pelo mesmo.

Analisando-se o caso de Florianópolis, foi possível inferir fatores facilitadores da implantação do monitoramento e avaliação, pontos de divergência entre o modelo de atenção local e o modelo induzido pelo PMAQ AB, e perspectivas de melhoria para o PMAQ AB, bem como caminhos possíveis para que sua implantação se traduza em melhorias efetivas da qualidade da atenção. É nessa direção, que fatores importantes apreendidos ao longo da construção desse estudo, são sublinhados.

A leitura dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica associada aos atributos de atenção primária à saúde cunhados por Starfield (2006), e correntes identificadas por Gil (2006)-vigilância, programática e organização do processo de trabalho e gestão- nos dão algumas pistas de quais características são

mais marcantes no atual modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde, e que espelham, quais são as referências para os padrões integrantes do PMAQ AB.

O PMAQ reflete diretrizes, princípios e correntes expressados pela política de atenção básica, na medida em que divulga padrões avaliativos que traduzem imagens-objetivo do modelo da atenção básica.

O conjunto de padrões/perguntas avaliativas reflete aspectos que retratariam o modelo lógico da intervenção avaliada pelo PMAQ AB na política de atenção básica. Observa-se que a política nacional de atenção básica está norteadada pela corrente das ações programáticas/vigilância, na medida em que preconiza a atuação sobre os determinantes sociais do território.

A corrente em defesa da vida fica explícita na política nacional de atenção básica, que ressalta aspectos estruturantes e dependentes da organização de microprocessos como a viabilização do acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, a resolubilidade e a autonomia.

O PMAQ AB reflete tais influências através dos padrões que são divulgados no instrumento de autoavaliação e de avaliação externa, e nos indicadores monitorados.

Pode-se observar a expressão da corrente de ações programáticas nos padrões de avaliação externa referentes à territorialização, e o modelo cidades saudáveis em padrões que envolvem ações intersetoriais, como o Bolsa Família e o Programa Saúde na Escola.

A corrente de programas verticais é observada nos padrões de avaliação externa do PMAQ que incluem subdimensões da atenção dirigidas a certos agravos ou condições de saúde, tais como a hipertensão, diabetes, saúde da mulher e saúde da criança.

Esses padrões acabam induzindo a priorização do acesso para esses grupos e a reserva de agenda para os mesmos, muito embora se perceba sutilmente, um avanço nesse aspecto quando se compara o instrumento do primeiro e do segundo ciclo do PMAQ AB, que propaga mais a perspectiva da análise de vulnerabilidade e risco, do que a programação pré-definida.

Além disso, os indicadores do PMAQ AB estão mais concentrados em grupos tradicionalmente abordados pela corrente de programas verticais, como é o caso do grupo materno-infantil.

Verifica-se, a partir do diálogo com a implantação do PMAQ em Florianópolis, que o delineamento do modelo de atenção pode variar em muitas localidades, sendo esse o caso de Florianópolis.

A maioria das críticas da gestão municipal ao programa foi dirigida à lógica do modelo de atenção à saúde valorizada e disseminada pelo PMAQ AB.

Florianópolis prioriza a organização do acesso através da utilização da análise de critérios de risco e vulnerabilidade sobre toda a população, e que se dá no contato, na escuta das necessidades de saúde. Não é uma prioridade da política municipal de atenção básica, organizar o acesso dos cidadãos, eminentemente, a partir da lógica programática.

Nesse sentido, o PMAQ AB, apresenta pouca flexibilidade de adaptação de padrões nacionais a realidades locais. E por outro lado, a identificação de divergências observadas entre modelos locais e os padrões nacionais do PMAQ AB, pode ser útil para reforçar convicções locais, ou ainda, gerar o questionamento de modelos pré-definidos e fomento a modelos customizados, adaptados às realidades municipais.

Nesse sentido, a precipitação de divergências suscitada pela avaliação, pode ser produtiva para a produção coletiva de identidades locais, e de modulação de soluções para eventuais nós críticos.

A perspectiva geracional da avaliação permite ressaltar sob quais premissas e com quais intencionalidades a avaliação vai ganhando vulto em diversos setores, incluindo a saúde. Verifica-se que, a primeira geração enfatiza aspectos relacionados à viabilização da mensuração de intervenções sociais, sendo caracterizada pelo aprimoramento dos instrumentos voltados para esse fim, e na divulgação de resultados das aferições.

O monitoramento, compreendido como prática avaliativa menos estruturada e vinculada a métodos científicos pode ser associado a essa geração avaliativa. A epidemiologia e vigilância em saúde expandem-se consideravelmente nesse período e aliam-se a essa geração.

A segunda geração da avaliação volta-se para a descrição de pontos fortes e fracos de intervenções sociais, sendo o monitoramento também associado a essa geração, por ser mais sucinto e menos reflexivo sobre o nexos causal estabelecido entre intervenção avaliada, e a resolução de problemas sobre os quais a mesma pretende atuar.

A terceira geração da avaliação compromete-se com o estabelecimento de juízo de valor. É muito importante por propiciar o questionamento sobre a legitimidade de se adotarem intervenções e caminho para solução de determinados problemas. Essa geração busca o estabelecimento do nexos causal entre componentes da intervenção e desfechos desejados, e marca a transição da perspectiva da neutralidade dos avaliadores para a assunção de que, avaliações, ainda que profissionalizadas, podem ser influenciadas pelos interesses dos avaliadores, e também dos solicitantes de avaliações.

A quarta geração rompe em definitivo com a neutralidade e objetividade de avaliações, destacando que procedimentos avaliativos são oportunidades dos atores envolvidos refletirem, discutirem e negociarem questões que demarcam conflitos de interesse, percepção, entre outros. A quarta geração entende a avaliação como dispositivo de precipitação de reivindicações e pontos conflituosos para negociação.

Destaca-se que a avaliação pode apresentar finalidades e abordagens diversas, sendo essas cruciais para a condução das políticas de saúde no campo da atenção e da gestão.

A expansão da relevância da avaliação de políticas e programas sociais, acompanhou a necessidade de legitimar determinadas políticas e prover a gestão mais racional das mesmas, no sentido de propiciar a gestão mais efetiva, eficiente e equânime de políticas sociais questionadas quanto ao alcance de resultados pretendidos, e quanto à legitimidade e relevância para atacar problemas sociais complexos.

Na saúde, destaca-se a inserção da agenda da avaliação nas políticas sociais a partir de sua associação ao planejamento e uso racional de recursos públicos.

Não obstante apareça com frequência a pertinência argumentativa do uso da avaliação na gestão, não se concretiza como realidade a institucionalização da

avaliação, ou seja, sua efetiva entrada na rotina da gestão, e utilização dos resultados avaliativos produzidos para a tomada de decisões.

São apontados como caminhos facilitadores da institucionalização a adoção de ciclos de melhoria contínua da qualidade pela gestão, adoção de procedimentos avaliativos participativos e arguição de certos critérios em procedimentos avaliativos propostos.

Os ciclos de melhoria contínua facilitariam a institucionalização da avaliação, pelo fato de preconizarem a participação dos diversos atores envolvidos, e por se comprometerem com mudanças sobre a realidade.

As avaliações participativas estariam mais fadadas ao sucesso, por incorporarem interesses dos diversos atores envolvidos com as intervenções de saúde, fato que induziria a produção de resultados compatíveis com os interesses existentes, e conseqüentemente, utilização dos mesmos nas tomadas de decisão.

A verificação, nos procedimentos avaliativos, de fatores relacionados à sua interlocução com os atores envolvidos, como a pertinência, a credibilidade e a fundamentação teórica, oferecem pistas de aspectos sobre os quais as avaliações deveriam centrar-se se partem do pressuposto de que sua utilização no cotidiano da gestão é relevante.

Observa-se que alguns modelos de gestão podem facilitar a institucionalização da avaliação em saúde por apresentarem afinidades com características facilitadoras da indução da institucionalização.

O modelo de gestão gerencialista, caracteriza-se por ampliar os canais de participação da avaliação na condução de políticas e programas de saúde, pelo fato de valorizar a aferição de resultados alcançados, e também a negociação dos mesmos para o alcance de imagens-objetivo.

Esse modelo é caracterizado pelo deslocamento do enfoque da gestão de processos para resultados, e nesse sentido, valoriza mecanismos que fomentem a aferição desses resultados.

No modelo de gestão pela qualidade, valoriza-se também a negociação e assunção de compromissos com resultados a serem alcançados, mas também: preconiza-se a atenção sobre processos, tendo em vista a melhoria da qualidade; a ampla participação dos atores envolvidos é aspecto fundamental; há claro e

relevante compromisso com o interesse dos beneficiários dos programas e políticas- no caso das políticas públicas, o cidadão; parte-se do pressuposto de que a qualidade e desfechos desejáveis são estados permanentemente passíveis de melhorias e mudanças.

A gestão pela qualidade utiliza dispositivos como as autoavaliações e os ciclos PDCA como ferramentas para gerar movimentos reflexivos sobre processos instituídos e mudanças a serem programadas.

O modelo de gestão participativa, por sua vez, aproxima-se das avaliações participativas, sobretudo, da proposta de avaliação de quarta geração. Nesse modelo, além da previsão de viabilização do protagonismo de coletivos de saúde sobre as decisões da atenção e da gestão, aposta-se no apoio institucional como ferramenta gerencial para a realização de funções da gestão como o planejamento, o monitoramento e a avaliação.

O núcleo de intervenção do apoio institucional parece ser o mesmo da avaliação de quarta geração: os dissensos e conflitos surgidos em determinados coletivos e voltados para a evidenciação de nós críticos, reivindicações e pontos que carecem de negociação entre sujeitos diversos.

Nesse sentido, a avaliação serviria de matéria-prima para a ampliação da capacidade de análise e intervenção sobre a realidade, e também, para a negociação e mudança de rumo de situações conflituosas até então estagnadas.

A gestão federal do SUS propôs uma série de medidas avaliativas propostas dirigidas à institucionalização da avaliação em saúde, encontrando-se nesse cenário, avaliações de programas e serviços de saúde, avaliações de desempenho e instrumentos de gestão por resultados.

Apesar do volume de iniciativas, cabe destacar que seria pertinente, a consolidação de um caminho metodológico, alinhamento conceitual e alocação de recursos próprios para a implementação de avaliações.

Na atenção básica, analisando-se 23 artigos que investigaram aspectos do monitoramento e avaliação da atenção básica implantados na gestão, verificou-se que prevaleceram estudos que investigaram aspectos associados à gestão da informação-abordagem do Sistema de Informação da Atenção Básica, qualidade dos registros de saúde e utilização de casos traçadores; à avaliação da qualidade em

saúde- instrumentos avaliativos e iniciativas norteadas pela gestão da qualidade; e às estratégias de indução da institucionalização da avaliação-relatos de avaliações participativas e vinculados à política de monitoramento e avaliação da atenção básica.

No que se refere à gestão da informação, destaca-se a perspectiva de que a melhoria da qualidade da informação produzida, desde a inserção dos dados-no caso dos registros de saúde- até sua conversão em indicadores, é relevante para o fomento da tomada de decisão a partir de dados produzidos pelo monitoramento (mais frequentemente) ou pela avaliação propriamente dita.

Observou-se os ganhos do sistema da atenção básica vigente até então, no que diz respeito ao uso local para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e gestão do cuidado. Ressaltou-se também os ganhos potenciais que a análise de registros de saúde e de casos traçadores podem trazer ao viabilizarem a análise de processos de trabalho, e evidenciarem seus pontos passíveis de correções.

Em relação à avaliação da qualidade, verificou-se a hegemonia de proposições associadas à gestão da qualidade e à abordagem sistêmica de Donabedian. Essa hegemonia no desenvolvimento da área de avaliação no Brasil pode ser atribuída às possibilidades de articulação de sua proposição avaliativa com os referenciais de planejamento e gestão hegemônicos à época.

A avaliação associada aos princípios da gestão da qualidade tem por finalidade o aprimoramento do processo de trabalho e gerenciamento local, e tal perspectiva aumenta o potencial de uso dos resultados avaliativos, pelo fato de se implicar com mudanças sobre a realidade.

Além disso, a perspectiva de realização cíclica da avaliação, mantém viva a rotinização do monitoramento e avaliação, e auxilia no atendimento da dinamicidade dos padrões de qualidade vistos a partir das perspectivas dos gestores, trabalhadores e usuários. No que se refere à indução da institucionalização, constatou-se que a política de monitoramento e avaliação da atenção básica foi importante iniciativa de institucionalização da avaliação em saúde, angariando recursos financeiros, mobilizando as instituições de ensino para o desenvolvimento

de propostas avaliativas, e para o desenvolvimento da capacidade avaliativa no âmbito municipal, estadual e federal.

Foi perceptível a adoção de metodologias avaliativas participativas como alternativa às metodologias verticalizadas, que acabam por promover o afastamento dos sujeitos envolvidos, dificultando a institucionalização da avaliação.

O PMAQ AB, sendo considerado como programa de saúde recente implicado com o monitoramento e avaliação e com melhorias da gestão, pode ser compreendido como intervenção avaliativa da gestão federal para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão.

Por meio da utilização de parâmetros normativos e teóricos, sob a perspectiva avaliativa, pode ser considerado avaliação normativa, e avaliação para a decisão, de finalidade formativa e abordagem sistêmica, voltada para aferição do desempenho de equipes de atenção básica.

O programa, ao prever uma fase de desenvolvimento que conta com a implantação de dispositivos como a autoavaliação, o apoio institucional e a educação permanente, evidencia vinculação com as correntes de gestão da qualidade total, da gestão participativa, e com a corrente da quarta geração avaliativa. No que se refere a sua associação com modelos de gestão por resultados, o PMAQ AB, ao repassar recurso financeiro adicional aos municípios que alcançam determinado desempenho/padrão de qualidade, se alinharia com o *make managers make*.

Por outro lado, o PMAQ AB preconiza uma série de ações e atividades, que podem também melhorar a qualidade da atenção básica, e de processos institucionais, não se restringindo ao repasse de recurso financeiro.

Sendo assim, o PMAQ AB se alinharia com a *let managers manager*, que possui como premissa a satisfação do cliente/cidadão e a melhoria contínua da qualidade oriunda da gestão da qualidade total de Deming.

O modo pelo qual essas características avaliativas e afinidades com modos de se fazer gestão vão se manifestar sobre as realidades locais, dependerá de fatores associados à condução federal e municipal do programa e ao modelo de gestão local.

A partir do estudo do caso de Florianópolis constatou-se que esse município apresenta características peculiares que facilitam a realização de práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica a partir do PMAQ AB.

Entre as características facilitadoras pode-se mencionar a centralidade da atenção básica na agenda da saúde municipal-100% de cobertura ESF-; a estruturação do planejamento municipal de saúde que inclui todos os níveis - operacional (equipes de atenção básica), tático (gestão dos distritos sanitários e gerências do nível central) e estratégico (nível central da gestão-Secretaria Municipal de Saúde), desde a realização do diagnóstico aos desdobramentos referentes às programações anuais de saúde e planejamento de unidades básicas de saúde; alinhamento do modelo de gestão pela qualidade com as premissas de gestão da qualidade do PMAQ AB; protagonismo do apoio institucional no desenvolvimento de ações de planejamento, monitoramento e avaliação; e gestão participativa.

Verificou-se que o PMAQ AB, quando analisado no contexto da gestão de Florianópolis, expressa pertinência com os objetivos e intencionalidades da gestão municipal.

Não obstante tais alinhamentos representem aspectos facilitadores ao desenvolvimento das ações de monitoramento e avaliação preconizados pelo PMAQ AB, observa-se alguns pontos de divergência.

Como principal ponto de desalinhamento, está o modelo de atenção municipal e o modelo subscrito nos padrões do PMAQ AB. Verificam-se críticas quanto à existência de padrões de qualidade do PMAQ AB que respondem a modelos de atenção básica norteados pela lógica programática.

Com isso, os padrões do PMAQ AB não responderiam a questões da gestão da atenção básica, e sim a gestões cujo modelo é estruturado a partir da lógica programática, não apresentando a fundamentação teórica esperada.

Contudo, ressalta-se que a gestão municipal, ao apropriar-se da lógica do PMAQ AB e apostar no apoio institucional e gestão participativa para condução da implantação do programa, ainda que detecte pontos de divergência, utiliza-os para reforçar diretrizes próprias da realidade local e a produção de sentidos.

A gestão municipal, oportuniza a agenda do PMAQ AB para reforçar movimentos instituídos localmente-estruturação de um planejamento participativo e útil para a produção de intervenção sobre a realidade- e para, induzir o reforço a agendas construídas localmente, a partir das divergências identificadas com o PMAQ AB- como é o caso do reforço à lógica do acesso expressada na Carteira de Serviços Municipal.

A implantação do PMAQ AB no município de Florianópolis expõe fragilidades, acertos e possibilidades para o programa. Como acerto, pode-se relatar a utilização de dispositivos de gestão da qualidade, como o instrumento de autoavaliação, que atua como facilitador na produção de sentidos da avaliação, ao mobilizar a programação de intervenções sobre a realidade do trabalho local.

Outro acerto a ser mencionado é a orientação de alinhamento de práticas avaliativas com o apoio institucional e a educação permanente, estratégias caracterizadas pela promoção da participação dos atores envolvidos, e pela premissa de fortalecimento de coletivos quanto à capacidade de análise e intervenção sobre a realidade.

Como fragilidade cita-se o incipiente protagonismo federal na oferta de ações/estratégias voltadas ao fortalecimento da fase de desenvolvimento do PMAQ AB.

Apesar de prever a implantação da autoavaliação, das ações de monitoramento, apoio institucional e educação permanente, o programa acaba deixando a cargo dos municípios o desenvolvimento de tais ações.

A depender da configuração local da gestão, prioridades municipais e demais características municipais, toda a fase de desenvolvimento pode ficar comprometida, e o PMAQ AB representar, apenas a certificação das equipes e repasse de incentivo financeiro adicional.

Não obstante observe-se a incipiência de ofertas para o fortalecimento da fase de desenvolvimento, verifica-se a presença de padrões de qualidade que acabam por padronizar em excesso o que seria o modelo de atenção básica. Nesse sentido, pecaria pelo excesso e pela baixa interlocução com contextos locais.

Cabe ainda destacar que, Florianópolis, foi o cenário de implantação escolhido, por representar um município com ótimo desempenho no programa,

elevado reconhecimento da centralidade da atenção básica no contexto da saúde, e gestão contínua e com grande capacidade propositiva na promoção de política local de atenção básica.

Porém, infere-se que esse não é o padrão de perfil municipal encontrado no país. E, considerando-se tal aspecto, pode-se apreender como lição desse caso que o apoio institucional é fundamental para a tradução do PMAQ AB em práticas que façam sentido aos coletivos de saúde.

Características como a pertinência e a fundamentação teórica podem ser trabalhadas pelo apoio institucional na perspectiva de imprimir sentidos a dispositivos avaliativos como o PMAQ AB.

A pertinência pode ser trabalhada em outros municípios a partir de agendas que não necessariamente sejam o planejamento, mas agendas que tenham sentido e investimento das gestões locais.

Ao mesmo tempo, os padrões disseminados pelo PMAQ AB podem suscitar discussões sobre o modelo de atenção local, induzindo, inclusive, adaptações de premissas da atenção básica que atendam às particularidades locais.

Desse modo, conclui-se que, o PMAQ AB, se abordado para além da alocação adicional de recursos na atenção básica, pode amenizar possíveis efeitos perversos da adoção de pagamento por desempenho e da gestão por resultados, ao passo em que, pode empoderar e deflagrar perspectivas locais para a gestão da atenção básica.

Em síntese, observa-se então que, nos últimos dez anos, as discussões sobre monitoramento e avaliação na atenção básica realizadas no âmbito da literatura científica, enfatizaram: o uso da informação produzida pelo SIAB, e o uso de registros de saúde para o aprimoramento do processo de trabalho das equipes; a utilização das concepções e instrumentos derivados da qualidade em saúde como possibilidades do monitoramento e avaliação produzirem mudanças efetivas na realidade da produção do cuidado em saúde; e as experiências fomentadas a partir da utilização de recursos e propostas fomentadas por estratégias como o Proesf e a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Destaca-se que a produção científica verificada não mapeou movimento e discussões geradas a partir do PMAQ AB, muito embora se observe ao longo da dissertação que esses

movimentos que antecederam o lançamento do PMAQ AB influenciaram também seu desenho.

Em relação à implantação do PMAQ AB no município de Florianópolis, ressalta-se que o município prioriza a realização sistemática do planejamento associado ao monitoramento e avaliação como meio de produzir mudanças e melhorias sobre a atenção básica ofertada. Nesse sentido, observa-se que na percepção dos gestores municipais, o monitoramento e avaliação são ferramentas caras para a melhoria da qualidade e do acesso da atenção.

Desse modo, revela-se também que, pelo fato do planejamento, monitoramento e avaliação serem prioridade do município em período anterior ao PMAQ AB, esse município já dispunha de movimentos de indução e reforço ao desenvolvimento do M&A no âmbito da gestão estratégica, tática e operacional. Reveladores desse achado são os relatos do desenvolvimento do plano municipal de saúde, programação anual de saúde e o pacto municipal de saúde, instrumentos construídos com ampla participação de atores da rede de saúde, e acompanhados periodicamente através do apoio institucional e de um sistema de monitoramento voltado para esse fim.

No que concerne à condução do PMAQ AB pelo município, observa-se o esforço pela adequação do programa às diretrizes locais da atenção básica, pelo envolvimento de todas as equipes no programa ao longo do tempo, e não somente em períodos pontuais, e também ressalta-se o papel do PMAQ AB em reforçar a agenda local de planejamento, monitoramento e avaliação.

REFERÊNCIAS

ALBAECK, Erik, 1996. Why all this evaluation? Theoretical notes and empirical observations on the functions and growth of evaluation, with Denmark as an illustration case. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 11:1-34.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012, p. 829-832.

BARROS, Nelson Filiciede; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; Motta MC, Alegre SM, Tovey Philip; Broom A. A produção de sínteses com evidências qualitativas: uma revisão de métodos e técnicas. In: Onocko RC, Furtado JF, organizadores. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Editora Unicamp; 2011. p.121-135.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, Dec. 2011

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, G. C.; Pontes, A. L. de M. (orgs). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977

BEHN, Robert D. O novo paradigma da gestão pública e a busca pela accountability democrática. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 4, 1998, p. 5-43.

BOTTARI, Clarissa Moraes de Sousa; VASCONCELLOS, Miguel Murat; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s111-s122, 2008.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. Rev. Gestão e Sociedade. BELO HORIZONTE · v.5 · n 11 · p. 121-136. Maio/Agosto 2011

BRANCO, Maria Alice Fernandes, Informação em Saúde como Elemento Estratégico para a Gestão in Brasil, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Textos básicos, Rio de Janeiro, 2001

BRANCO, Maria Alice Fernandes .Informação e Saúde: uma Ciência e suas Políticas em uma Nova Era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, Junho de 2003.

_____ Portaria GM n. 588 de 07 de abril de 2004. Aprova Convocatória Pública nº 01/2004 para que Unidades Federadas (UF) apresentem Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF

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

_____ Estudo de Linha de Base nos Grandes Municípios Brasileiros: uma Ação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). Informe da Atenção Básica Nº 27, ano VI, janeiro/fevereiro de 2005b. Acessado em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo27.pdf>.

_____ Estudos e Pesquisas Avaliativas sobre Atenção Básica. Informe da Atenção Básica Nº 31, ano VI, setembro/outubro de 2005c. Acessado em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo31.pdf>.

_____ Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

_____ Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização-2 ed. Ver-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

_____ A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____ Portaria n. 1.654 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, 19 jul. 2011a. Seção 1, p 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei 8.080/90/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1 ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c

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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p: il. – (Série Legislação em Saúde)

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Metas e Indicadores para a composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas- Brasília, 2012d

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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 28 de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).Brasília: Ministério da Saúde, 2015a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n 1645 de 02 de outubro de 2015b. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

BRASÍLIA. V Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Produzindo Movimentos Locais na Relação com o PMAQ. Brasília, março de 2015.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 47, n. 1, 1996, p. 1-28

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 5, supl. 1, p. s63-s69, Dec. 2005 .

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira Medicina da Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v.2, nº 6, jul/set 2006.pp.131-147

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007

CARDOSO, Agostinho; CARDOSO, Antonio. Qualidade e satisfação na administração local: avaliação da satisfação dos munícipes da Amave NUTIII/AVE. Ver. Adm. Pública. Rio de Janeiro 45(4):1003-30, jul./ago. 2011

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde e Gerencialismo na Gestão Pública Brasileira.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Avaliação participativa – uma escolha metodológica. In: RICO, Elizabeth Melo. (Org.), Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate, São Paulo: Cortez, Instituto de estudos especiais, 2001

CARVALHO, André Luis Bonifácio; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA, Kátia Cristina de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Apr. 2012 .

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 935-947, Dez. 2011 .

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; SANINE, Patrícia Rodrigues; ZARILI, Thaís Fernanda Tortorelli; NEMES, Maria InesBatistela. Desafios para a Avaliação na

Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In Akerman, Marco Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

CHAMPAGNE François., CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, BROUSSELLE Astrid, HARTZ Zulmira., DENIS Jean Louis. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos in Avaliação conceitos e métodos, Brousselle, Astrid (Org.)/ organizado por Astrid Brousselle..[et al]; tradução de Michel Colin-Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2011. 291 p.,2011

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 9, p. 1731-1745, Sept. 2011

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE
Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

CONILL, Eleonor Minho. 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.

CONILL, 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, 24 Sup1:57-527, 2008.

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

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):705-711

CORDEIRO, Alexander Magno; OLIVEIRA, Gloria Maria; RENTERÍA, Juan Miguel; GUIMARÃES, Carlos Alberto . Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, p. 428-431, Dec. 2007

CRUZ, Marly Marques; REIS, Ana Cristina. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Godim, R.; Grabois, V.; Mendes, W (Orgs). Qualificação Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2011, 415-426, 2ª. Ed

DAVID, Helena Leal; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Prática avaliativa na atenção básica: revisitando a pedagogia da problematização. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 677-81, Dez. 2013

DESLANDES, Suely Ferreira . Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação: vertentes, contribuições e desafios in Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa Baptista, Tatiana Wargas de Faria (Org.) Creuza da Silva Azevedo e Cristiani Vieira Machado Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015

DONABEDIAN, Avedis. "The Quality of Care - How Can it be Assessed? , in JAMA, 260(12):1743-1748,1988.

DONABEDIAN, Avedis. The effectiveness of quality assurance. International Journal for Quality in Health Care, United Kingdom. v. 8, n. 4, 1996, p. 401-407, 1996.

DUBOIS C.A, CHAMPAGNE, F., BILODEAU, H. Histórico da Avaliação in Avaliação conceitos e métodos, Brousselle, Astrid (Org.)/ organizado por Astrid Brousselle..[et al]; tradução de Michel Colin-Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 291 p.,2011

Esperidião, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de Satisfação de Usuários. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 303-312, Dezembro de 2005.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 5, supl. 1, p. s83-s92, Dec. 2005 .

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. RevBra Saúde Materno-Infantil 2004; 4(3):317-21

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 553-563, Sept. 2006 .

FELISBERTO, Eronildo et al . Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 9, n. 3, p. 339-357, Set. 2009 .

FELISBERTO, Eronildo et al . Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 6, p. 1079-1095, Jun 2010 .

FELISBERTO, Eronildo et al . Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, n. 9, p. 2091-2102, Sept. 2008

FIALHO JUNIOR, Rubem Borges. Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea – como (o) usar mesmo? / Rubem Borges Fialho Junior. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

FURTADO, Juarez Pereira.; LAPERRIÈRE, Hélène. Parâmetros e Paradigmas em Meta-Avaliação: uma Revisão Exploratória e Reflexiva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 03, p. 695-705, 2012.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria. Entre os Campos Científico e Burocrático-A Trajetória da Avaliação em Saúde no Brasil. In Akerman, Marco Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

GARAY, Angela. Gestão. In: Antônio David Cattani; Lorena Holzmann. (Org.). DICIONÁRIO DE TRABALHO E TECNOLOGIA. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006, v. 358 pg, p. 302-304

GARCES, Ariel.; SILVEIRA, José Paulo. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 53, n. 4, 2002, p. 53-77.

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

GIOVANELLA, Lícia ; MENDONÇA, Maria Helena. Atenção Primária à Saúde in Giovanella, L.; Escorel, S.;Lobato, L. V. C.;Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil,. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. P. 575-625

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO Maria Alice Fernandes. Dos Pactos Políticos à Política dos Pactos na Saúde. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p 1689-1698, Mar. 2011

HARZHEIM, Erno et al . Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1649-1659, Aug. 2006

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Rev C S Col 2002; 7(3):419-21. 25. Travassos C. Debate sobre o artigo de Zulmira M.A. Hartz. Cad Saúde Pública 1999; 15(2):246-7.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, dez. 2000.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

HOBBSAWM, Eric. O século: vista aérea: olhar panorâmico: In: Era dos extremos. O breve século XX 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 11-26.

HURST Jeremy; HUGHES Melissa Jee. "Medição do Desempenho e Gestão de Desempenho em Sistemas de Saúde da OCDE", *Política Social da OCDE Mercado de Trabalho e Documentos Ocasionalis* , No. 47, OCDE, Paris.

KESSNER, David M; KALK, Carolyn E; SINGER, James. Assessing health quality - the case for tracers. *N Engl J Med*. N 288, p. 189-194, 1973

LIMA, Roberto Teixeira de, SILVA, Esther Pereira da. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e fortalecimento da Institucionalização. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 15(1):103-114

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MACHADO, Cristiane Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: p. 42-57, 2008.

MATTA, Gustavo Côrrea; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In Morosini, Marcia Valéria G.C.. Modelos de atenção, e a saúde da família / Organizado por Marcia Valéria G.C. Morosini e AnamariaDíAndreaCorbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.40 p. : il. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Coordenadora da coleção Marcia Valéria G. C. Morosini

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor da saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.508-514, jun. 2006

MERHY Emerson Elias, Malta Deborah Carvalho, Santos Fausto Pereira. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, organizador. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p

Miranda AS. Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde. *Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2005

MYERS, Anita M., 1996. Coming to grips with changing Canadian Health Care Organizations: challenges for evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 11:127-147.

MORAES, Verena Duarte; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; BRANDAO, Ana Laura. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, Mar. 2014

MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, Sept. 2013

MORENO, Arlinda. B.; COELI, Claudia Medina.; MUNCK, Sergio. , informação em Saúde in Pereira, Isabel Brasil *Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima*. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NEMES, Maria Ines Battistela. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001

NICKEL, Daniela Alba et al . Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 839-850, Apr. 2014 .

NISEMBAUM, Hugo. *A competência essencial*. São Paulo: Infinito, 2000

NOVAES, Hillegonda Maria D.. Debate sobre o artigo de Zulmira M. A. Hartz. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):250-1

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde . *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549 , oct. 2000. ISSN 1518-8787

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Tempus - ActasSaudeColet* [Internet]. 2012; 6(2)

OLIVEIRA, Queli Cristina de; CORRÊA, Áurea Cristina de Paula; LIMA, Aline Pinto de; TEIXEIRA, Renata Cristina; PEDROSA, Inês de Cássia Franco. Sistema de informação da atenção básica: situação de saúde de um município de mato grosso. *Cienc. Cuid. Saude*, Cuiabá, v. 9, n. 1, p. 36-43, Mar 2010

OLIVEIRA, Lilian Ribeiro de; PASSADOR, Claudia Souza. Saúde Pública no Brasil: a utilização do Índice de Desempenho do SUS na Avaliação da Alocação dos Recursos dos Municípios. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. ISSN:1982-4785 Bol. 05, Ano 2014 p. 2387-05.

Organização Pan-Americana da Saúde Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 4: vigilância em saúde pública / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde, 2010. 52 p.: il. 7 volumes. ISBN 978-85-7967-022-0

PAIM, Jairnilson Silva. Gestão da Atenção Básica nas cidades In: Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada / Elias Rassi Neto, Cláudia Maria Bógus (orgs.). – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3)

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. tese de doutorado. Salvador, Set.2008.

PATTON, Michael Quinn. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage Publications, 1990

PATTON, Michael Quinn- Utilization-focused evaluation: the new century text. ThousandsOaksLondon, New Delhi: Sage, 1997

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al . O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s123-s133, 2008 .

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

PINTO, Hêider Aurélio. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS; 2014

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Antonio Alcindo. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: varias faces de uma política inovadora. Saúde em Debate. 2014; 38(51):43-57.

PISCO, Luis Augusto: Avaliação como instrumento de mudança. CienSaudeColet 2006; 11(3):566-568

POLLIT, Christopher; SUMMA, Hikka., 1997. Evaluation and the work of Supreme Audit Institutions: an uneasy relationship? In: *Actes du Colloque International "l'Évaluation des Politiques Publiques"*. Paris: Ed. ENS/CNRS.

PORTA , Miquel. A Dictionary of Epidemiology 5.a ed2008 Oxford University Press/International Epidemiological Association978-0-19-531449-6289 páginas. GacetaSanitaria, v. 23, n. 3, p. 255, 2009.

POUVOURVILLE, Gérard. Evaluation: the French chefs are still searching for "la nouvelle cuisine". Cad Saúde Pública 1999; 15(2):248-50.

RIBEIRO, José Mendes. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. Rev C S Col 2002; 7(3):413-5.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho, SENA, Roseni Rosângela. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. Rev. LatinoAm. Enfermagem. 2006;14(6)

ROLAND, M. Pagamento por desempenho: revisão da experiência britânica e internacional. Comunicação. Seminário de Validação Internacional do PMAQ. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Brasília, 29 e 30 de Maio de 2014.

SAMPAIO, Juliana et al . Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 279-290, Jan. 2011.

SANDERS, James R. Mainstreaming evaluation. New Directions for Evaluation 2003; 99:3-6

SANTOS, Lenir. Administração Pública e a Gestão da Saúde. In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (orgs). Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Rev Crítica Ciênc Soc.N. 85, p. 65-82, 2009

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva, v.4, n. 2, p. 221-242,1999

SILVA, Anderson Soares da; LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de

Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1821-1828, Dec. 2005 .

RITTER Fernando; ROSA, Roger dos Santos; FLORES, Rui. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2523-2534, Dez. 2013

SAUL, Ana Maria. Criando um novo paradigma. *In*: Saul AM. Avaliação emancipatória: desafios à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 53-74.

SCOCHI, Maria José et al . Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s183-s192, 2008 .

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos, Gerência de Planos, metas e políticas de saúde. Relatório do 3º Diagnóstico Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: subsídio para a construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. FLORIANÓPOLIS, 2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Carteira de Serviços de Atenção Primária de Florianópolis, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Relatório Anual de Gestão de Florianópolis; período de janeiro a dezembro de 2015a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Programação Anual de Saúde de Florianópolis de 2015b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Instrumento de Autoavaliação de Florianópolis.

SHAW, Ian F; GREENE, Jennifer C; MARK,, Melvin M (ed). The SAGE handbook of Evaluation.Ed 2006 SAGE Publications

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3

SZWARCWALD, Célia Landmann; MENDONCA, Maria Helena Magalhães de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 643-655, Sept. 2006 .

TAMAK, Edson Mamoru et al .A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 10, supl. 1, p. s201-s208, Nov. 2010 .

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; ESPIRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.,Recife , v. 8, n. 3, p. 325-332, Sept. 2008.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 927-934, Dec. 2011 .

Trad, Leny Alves Bomfim et al. (2002). "Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia." *Ciência&SaúdeColetiva*7(3): 581-589

TURGEON, Jean, 1997. Le Programmed'actioncommunautaire pour les enfants (PACE): nouvelle tendancedansl'évaluation des politiquespubliques au Canada? In: *Actes du Colloque International "l'Évaluation des PolitiquesPubliques"*. Paris: Ed. ENS/CNRS.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, ElseBartholdy; MORAES, IlaraHammerliSozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s173-s182, 2008 .

VASCONCELOS, Suziana Martins de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 2891-2900, Dec. 2008 .

VIACAVA, Francisco et al . Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 711-724, Sept. 2004

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. De Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n 1, p 80-91, mar 1994.

WALDMAN, Eliseu Alves. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do Sus*, v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998.

SILVA, Rogério Renato; FURTADO Juarez Pereira, AKERMAN, Marco, GASPARI, Max. Subsídios à meta-avaliação do PMAQ. In: Akerman, Marco Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

BRANDÃO et al. Gestão de Desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o balanced scorecard a avaliação 360 graus. RAP — RIO DE JANEIRO 42(5):875-98, SET/OUT. 2008

ANEXO A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Analisando seus Efeitos sobre o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica na Gestão Municipal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Caroline Martins José dos Santos. O projeto pretendido trata-se de estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, cuja investigação possui o objetivo de realizar uma análise descritivo-exploratória das repercussões da implementação de dois ciclos do PMAQ na gestão municipal no âmbito do fortalecimento do monitoramento e avaliação da atenção básica.

O objetivo desta pesquisa é Analisar os efeitos do PMAQ sobre o monitoramento e avaliação da atenção básica no âmbito da gestão municipal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de aplicação de questionário de entrevista semiestruturada na data combinada com um tempo estimado de uma hora para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são a livre interpretação dos achados da pesquisa pelo público leitor, podendo induzir à emissão de julgamento sobre o desempenho da gestão municipal, e/ou tomada de decisão equivocada por parte da gestão pública. No entanto, a pesquisa pretendida não pretende emitir julgamento acerca do desempenho da gestão municipal no programa, pois a análise pretendida será sobre os efeitos gerados pelo PMAQ no âmbito da gestão municipal, a partir de matriz teórica específica. Outro risco possível são aqueles que envolvem eventuais constrangimentos mediante alguma questão apresentada. Contudo, para a minimização desses possíveis riscos, será facultado o direito de não responder a qualquer uma das questões apresentadas, bem como desistir da participação na pesquisa em qualquer momento de sua duração. Para os demais efeitos elencados, a descrição dos objetivos e metodologia do estudo evidenciará os aspectos anteriormente citados.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o aprimoramento da gestão pública, uma vez que as repercussões de um importante programa da atenção básica, que integra a Política de Saúde do Brasil, serão documentadas e refletidas, a produção de fundamentação teórica que subsidie a tomada de decisão pelos gestores.

Contribuirá para que a gestão do SUS- federal da atenção básica, gestão estadual e gestão municipal, a partir dos resultados pretendidos pela pesquisa, obtenham o panorama de dispositivos institucionais que têm sido implementados a partir do PMAQ; obtenham conhecimento sobre os passos realizados para prover a institucionalização da cultura avaliativa; conheçam a percepção da gestão municipal da atenção básica em relação ao PMAQ; e conheçam a efetividade do PMAQ quanto à implementação ou fortalecimento de cultura avaliativa local.

Desse modo, a gestão pública, expressada nessa pesquisa pela gestão federal da atenção básica e pela gestão municipal, poderão, a partir dos resultados da pesquisa, rever seus processos de institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica, e o desenho do PMAQ, assim como promover mudanças e ajustes que julgarem necessárias, subsidiando suas decisões a partir dos resultados obtidos.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento

sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos com o pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Caroline Martins José dos Santos), no Ministério da Saúde, no telefone (61)3315-9093/(61)8124-8738, no horário de 09h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs, e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS localiza-se na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

**ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, _____, autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado "Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Analisando seus Efeitos sobre o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica na Gestão Municipal", sob responsabilidade de Caroline Martins José dos Santos vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Meu som de voz poderá ser utilizado apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, para utilização de trechos transcritos não identificados em apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas e atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do meu som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXO C- ROTEIRO ENTREVISTA

- 1.0) Diga seu nome, formação e experiência na gestão.
- 2.0) O(a) senhor(a) poderia falar sobre o que lhe vem à cabeça quando você pensa em monitoramento e avaliação?
- 3.0) Fale um pouco mais sobre os modos que vivenciou o monitoramento e avaliação. Diga um pouco quando foram criados, se foram desfeitos, se eram atrelados a algum programa/política da atenção básica municipal, estadual ou federal, a periodicidade de funcionamento e os participantes.
- 4.0) Conte um pouco sobre a chegada do PMAQ AB e sua relação com o monitoramento e avaliação.
- 5.0) Relate de que modo o PMAQ AB foi abordado com as equipes e na gestão.
- 6.0) Mencione o que poderia ser melhorado no PMAQ AB para a melhoria da qualidade da atenção básica.

ANEXO D- QUADRO REVISÃO INTEGRATIVA

ANO DA PUBLICAÇÃO	REGIÃO	TÍTULO	AUTORIA	ELEMENTO AVALIATIVO	CONCEPÇÕES NORTEADORAS	AGRUPAMENTO DE PRÁTICAS
2005	sudeste	Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.	Anderson Soares da Silva; Milton Roberto Laprega	1	Sistema de Informação e monitoramento.	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica
2005	Aplicação nacional	Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde	Carlos Eduardo Aguilera Campos	4	Qualidade em saúde; pilares da qualidade	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2006	sul	Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil.	Erno Harzheim; Barbara Starfield; Luis Rajmil; Carlos Álvarez-Dardet ; Airtton T. Stein	5	Atributos da Atenção Primária em Saúde	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2006	sudeste	Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional	Célia Landmann Szwarcwald; Maria Helena Magalhães de Mendonça; Carla Lourenço Tavares de Andrade	4	Avaliação de Desempenho; Inquéritos Domiciliares	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde

ANO DA PUBLICAÇÃO	REGIÃO	TÍTULO	AUTORIA	ELEMENTO AVALIATIVO	CONCEPÇÕES NORTEADORAS	AGRUPAMENTO DE PRÁTICAS
2008	SUDESTE	Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica	Clarissa Moraes de Sousa Bottari; Miguel Murat Vasconcellos; Maria Helena Magalhães de Mendonça	2	Condições marcadoras	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica
2008	NORTE	O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde	Ana Tereza da Silva Pereira; José Noronha; Hésio Cordeiro; SulamisDain; Telma Ruth Pereira; Fátima Teresinha Scarparo Cunha; Heleno Costa Junior	3	Melhoria da qualidade	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica
2008	SUDESTE	Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil	Miguel Murat Vasconcellos; ElseBartholdyGribel; IlaraHammerliSozzi de Moraes	3	Registro em saúde	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica
2008	SUDESTE	Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo	Tanaka, Oswaldo Yoshimi; Espírito Santo, Antônio Carlos Gomes do	2	Condições marcadoras e Abordagem sistêmica da avaliação	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica

ANO DA PUBLICAÇÃO	REGIÃO	TÍTULO	AUTORIA	ELEMENTO AVALIATIVO	CONCEPÇÕES NORTEADORAS	AGRUPAMENTO DE PRÁTICAS
2008	Aplicação nacional	Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação.	Eronildo Felisbertol; Eduardo Freesell; Sonia Natall, III; Cinthia Kalyne de Almeida Alves	4	Avaliação normativa; avaliação formativa; método rápido de avaliação	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2008	SUL	Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde	Maria José Scochi; Sonia Silva Marcon; Magda Lúcia Félix de Oliveira; Maria Angélica Pagliarini Waidman; Maria Bernadete Gonçalves; Paula Nishiyama; Regina Lúcia Dalla Torre Silva; Wladimir de Carvalho	5	AVALIAÇÃO RESPONSIVA CONSTRUTIVISTA	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2008	NORDESTE	Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central	Vasconcelos, Suziana Martins de; Bosi, Maria Lúcia Magalhães; Pontes, Ricardo José Soare	6	Percepção dos gestores em relação à avaliação: avaliação de 1ª geração.	Indução do M&A na gestão atenção básica
2009	Aplicação nacional	Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos	Felisberto, Eronildo; Freese, Eduardo; Alves, Cinthia Kalyne de Almeida; Bezerra, Luciana Caroline Albuquerque; Samico, Isabella	6	Institucionalização da avaliação	Indução do M&A na gestão atenção básica

ANO DA PUBLICAÇÃO	REGIÃO	TÍTULO	AUTORIA	ELEMENTO AVALIATIVO	CONCEPÇÕES NORTEADORAS	AGRUPAMENTO DE PRÁTICAS
2010	CENTRO-OESTE	Sistema de informação da atenção básica: situação de saúde de um município de Mato Grosso	Oliveira, Queli Cristina de; Corrêa, Áurea Cristina de Paula; Lima, Aline Pinto de; Teixeira, Renata Cristina; Pedrosa, Inês de Cássia Franco.	1	Epidemiologia e sistema de informação	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica
2010	CENTRO-OESTE E NORTE	A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho	Tamak, Edson Mamoru; Barbieri, Ana Rita; Cazola, Luiza Helena de Oliveira; Andrade, Sonia Maria Oliveira de; Tanaka, Oswaldo Yoshimi.	5	institucionalização da avaliação, planejamento estratégico e métodos pedagógicos reflexivos	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2010	Aplicação nacional	Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil	Felisberto, Eronildo; Freese, Eduardo; Bezerra, Luciana Caroline Albuquerque; Alves, Cinthia Kalyne de Almeida; Samico, Isabella.	6	Institucionalização da avaliação	Indução do M&A na gestão atenção básica
2011	SUDESTE	QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica / QualiAB: development and validation of a methodology for the assessment of primary health care services	Castanheira, Elen Rose Lodeiro; Nemes, Maria Ines Battistella; Almeida, Margareth Aparecida Santini de; Puttini, Rodolfo Franco; Soares, Ivete Dalben; Patrício, Karina Pavão; Nasser, Mariana Arantes; Machado, Dinair Ferreira; Caldas Junior, Antonio Luís; Vasconcelos, Roseli d'Avilla; Pissato, Stella Brasil; Carrapato, Josiane Fernandes Lozigia; Bizelli, Sabrina Sinabucro Kanesiro	4	Avaliação avaliativa formativa, avaliação da qualidade em saúde	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde

ANO DA PUBLICAÇÃO	REGIÃO	TÍTULO	AUTORIA	ELEMENTO AVALIATIVO	CONCEPÇÕES NORTEADORAS	AGRUPAMENTO DE PRÁTICAS	
2011	Aplicação nacional	Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta	Tanaka, Yoshimi	Oswaldo	5	Abordagem sistêmica da avaliação da qualidade em saúde e avaliação construtivista-responsiva	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2011	NORDESTE	Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes	Sampaio J; de Carvalho EM; Pereira GF; de Mello FM.		6	Percepção da gestão sobre avaliação em saúde: avaliação como julgamento de valor e suporte à decisão	Indução do M&A na gestão atenção básica
2011	SUL	Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica	Colussi, Claudia Fleming; Calvo, Maria Cristina Marino		6	Qualidade em Saúde	Indução do M&A na gestão atenção básica
2013	SUL	Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação.	Ritter F; Rosa Rdos S; Flores R		1	Georreferenciamento	Monitoramento e Gestão da Informação na Atenção Básica
2013	SUDESTE	Prática avaliativa na atenção básica: revisitando a pedagogia da problematização	David, Helena Leal; Camargo Jr, Kenneth Rochel de.		5	Percepção de avaliação pelos gestores: avaliação vertical, sem discussão com sujeitos envolvidos. Educação crítica	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde

ANO DA PUBLICAÇÃO	REGIÃO	TÍTULO	AUTORIA	ELEMENTO AVALIATIVO	CONCEPÇÕES NORTEADORAS	AGRUPAMENTO DE PRÁTICAS
2014	SUDESTE	Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário	Moraes, Verena Duarte; Campos, Carlos Eduardo Aguilera; Brandão, Ana Laur	4	Gestão pela qualidade total-foco nos usuários/clientes	Dispositivos avaliativos centrados na avaliação da qualidade em saúde
2014	SUL	Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011	Nickel, Daniela Alba; Calvo, Maria Cristina Marino; Natal, Sonia; Freitas, Sérgio Fernando Torres de; Hartz, Zulmira Maria de Araújo	6	Capacidade avaliativa e avaliação participativa	Indução do M&A na gestão atenção básica

