

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora

The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: several faces of an innovative policy

Hêider Aurélio Pinto¹, Allan Nuno Alves de Sousa², Alcindo Antônio Ferla³

1. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

2. Mestre em Ciência Política pela Universidade de Brasília (DF), Brasil. Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica do MS.

3. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS e Coordenador Nacional da Rede Unida.

Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO O presente artigo contextualiza a formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), analisa, com apoio de referenciais da análise de políticas, diferentes papéis do programa na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reunindo, para isso, alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação, em perspectiva adotada pela saúde coletiva para o estudo de políticas, em particular, no que se refere à sua implementação, além de considerar, na perspectiva das análises institucionais, o PMAQ como revelador da PNAB. Os dados analisados compõem o banco de dados do PMAQ e indicadores de financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo perceber um incremento nos recursos destinados, no âmbito federal, à atenção básica e um percurso inovador no que se refere ao conteúdo da política, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação embasada na utilização de indicadores de autoavaliação e de avaliação externa.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica à Saúde; Avaliação em Saúde; PMAQ.

ABSTRACT This article contextualizes the formulation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ) analyzes, supported by references of policy analysis, the different roles of the program in the new National Primary Care Policy (PNAB), gathering for this, some results in its first three years of implementation, adopting the collective health perspective for the study of policies, in particular regarding to its implementation, beyond considering in the perspective of institutional analysis, PMAQ as revealing of the PNAB. The data analyzed compose the database of PMAQ and indicators of federal funding of the Unified Health System (SUS), allowing to realize an increase in resources designed, at the federal level, to the primary care and an innovative path with regard to the content of policy, to local mobilization and to the production of a culture of monitoring and evaluation grounded in the use of self-assessment indicators and external assessment.

KEYWORDS: *Primary Health Care; Health Evaluation; PMAQ.*

Introdução

A Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011b), criou o PMAQ e instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa.

O MS afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, chamada pelo nome/mote de ‘Saúde Mais Perto de Você’, o PMAQ é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2011c). A aposta é na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica (AB) e as potencialidades locorregionais.

A amplitude e a ousadia dos objetivos do PMAQ podem ser percebidas ao lermos suas diretrizes, expostas na Portaria nº 1.654:

- I – construir **parâmetro de comparação** entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II – estimular **processo contínuo e progressivo de melhoramento** dos padrões e indicadores de **acesso e de qualidade** que envolva a **gestão**, o **processo de trabalho** e os **resultados alcançados** pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III – **transparência** em todas as suas etapas, permitindo-se o **contínuo acompanhamento** de suas ações e resultados **pela sociedade**;
- IV – **envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores** federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num **processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica**;
- V – **desenvolver cultura de negociação e contratualização**, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VI – **estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários**; e
- VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu **êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos**. (BRASIL, 2011b) [Grifos dos autores].

Alguns pontos se destacam ao lerem-se os objetivos do programa. Em primeiro lugar, fica explícito que tem como objetivos finalísticos induzir a mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

Outro destaque importante é que o programa busca fazer isso provocando importante mobilização dos diversos atores implicados com AB. Como veremos à frente, é uma estratégia que pressupõe o fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que tenham potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. O programa assume, ainda, compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade.

Essa forte aposta e esse investimento na mobilização dos atores locais pretende promover mudança de condições, saberes e práticas de atenção, gestão e participação na AB em direção aos objetivos estratégicos do programa, traduzidos nos padrões de acesso e de qualidade utilizados pelo mesmo e valorados em seu processo de avaliação e certificação, sempre ressignificados em função da realidade concreta, do

contexto, das prioridades, dos interesses e da negociação dos atores locais. O programa acredita que essa mobilização não seja pontual e eventual, mas que impacte nos modos de agir da gestão, da atenção e do controle social, a ponto de se transformar num processo contínuo e progressivo de mudança e no estabelecimento de uma nova cultura nesses campos (BRASIL, 2011c; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para melhor compreender que tipo de estratégia de intervenção é o PMAQ, é fundamental localizar seu papel na PNAB, objetivo da próxima sessão.

O PMAQ no contexto de construção da nova PNAB

O PMAQ foi proposto logo no início do Governo Dilma. Já em janeiro de 2011, a Presidenta da República, após reuniões com a equipe do então Ministro Alexandre Padilha, deu destaque e prioridade à AB e determinou a criação de um conjunto de programas para esse fim (PADILHA, 2011). Do desdobramento dessas reuniões e do posterior processamento interno no MS surgiu um quadro dos desafios que condicionavam o desenvolvimento da AB e que deveriam ser considerados na definição das ações e dos programas que o novo governo proporia para a PNAB no país:

- 1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica;
- 2 - Infraestrutura das UBS inadequada;
- 3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde;
- 4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis;
- 5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;
- 6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;
- 7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;
- 8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
- 9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na atenção básica;
- 10 - Importância de ampliar a legitimidade da atenção básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade. (PINTO, 2011)

Na sequência, ocorreram discussões que buscaram construir um consenso tanto nas esferas de pactuação tripartite do SUS quanto no espaço maior de controle social do sistema. No mês de abril de 2011, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, por unanimidade, a Resolução nº 439 sobre a AB que foi norteadora da reorientação e do aprimoramento da PNAB a partir daquele ano:

Mobilizar todos os esforços e forças sociais para **aumentar a destinação de recursos financeiros** para a Atenção Básica, especialmente nas esferas Federal e Estadual;

Que as três esferas garantam ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na estratégia de saúde da família, seja efetivamente a **principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção;**

Que o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e **coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização e atuação dos serviços de saúde da atenção básica;**

Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem **garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso,** universalizando de fato o direito à saúde;

Que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades, tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – e **avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica.** (BRASIL, 2011a) [Grifos nossos].

Analisando as ações do MS na AB nos últimos três anos, percebemos, com muita clareza, a criação de uma série de ações e programas seguindo as diretrizes apontadas por essa resolução do CNS, cujo objetivo é enfrentar cada um dos desafios identificados no quadro de diagnóstico indicado acima (PINTO, 2011).

Conformam essa nova PNAB medidas como a reconstrução e o aumento do Financiamento da Atenção Básica (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012); o Programa de Requalificação das UBS; a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); a estratégia e-SUS Atenção Básica; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o PMAQ; a própria Portaria da nova PNAB; a reestruturação do Programa Saúde na Escola; a criação do Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB; o Plano Nacional de Educação Médica; e, finalmente, os Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos.

Contudo, entendemos que aquele que sintetiza melhor essa nova PNAB é o PMAQ, justamente por ser um programa que se articula com diversas dessas iniciativas, estabelecendo uma relação de síntese e sinergia com quase a totalidade delas, podendo ser colocado na condição de revelador da nova PNAB. Tentaremos mostrar esse potencial analítico do PMAQ à frente.

O PMAQ como inovação qualitativa e quantitativa no financiamento da AB

Um primeiro modo de perceber o PMAQ, no contexto da PNAB, está relacionado ao seu papel no redesenho do financiamento da AB.

Até 2007, o financiamento federal da AB era composto apenas pelo componente per capita, o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF), e pelo componente de indução da expansão da estratégia de saúde da família (ESF), o PAB Variável (PABV). A partir de 2007, foi, progressivamente, constituindo-se e fortalecendo-se o componente de estrutura e modernização, com investimentos cada vez maiores na estrutura das UBS, em equipamentos e na informatização das UBS (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, no prelo).

E, finalmente, em 2011, foi criado o componente de qualidade que inaugurou um novo modo de financiar na AB, pela primeira vez, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ (BRASIL, 2011b). Lembremos que, até então, o único fator que interferia no financiamento de uma equipe era que modelagem havia entre as previstas na PNAB (BRASIL, 2011g). Com o PMAQ, o ‘o que faz’, o ‘como faz’ e ‘que resultados alcança’, do município e da equipe, passaram a ser decisivos no financiamento.

Conforme as regras do programa (BRASIL, 2011b; 2011c), o município receberia, por cada equipe de atenção básica (eAB), incluída a equipe de saúde bucal (eSB), no mínimo, R\$ 2.200,00 a mais ao mês se a mesma fosse certificada como ‘na média ou abaixo da média’; R\$ 6.600,00 se essa certificação fosse ‘acima da média’; e até R\$ 11.000,00 se alcançasse a certificação ‘muito acima da média’.

Para avaliar o impacto desse aumento junto aos demais aumentos do PAB, vamos considerar na Tabela 1: uma Unidade de Referência (UR) composta por uma equipe de saúde da família (eSF), com eSB e 6 agentes comunitários de saúde (ACS), para fins do cálculo do PABV; a média de 3.450 habitantes cobertos por uma eSF, para o cálculo do PABF médio do país; os valores médios repassados para as eSF e eSB; e, ainda, os valores médios repassados no PMAQ (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, no prelo). Para os valores médios, sempre se considera o recurso total dividido ou pela unidade de habitantes ou pelas equipes de AB (eAB), ou, ainda, eAB participantes, como no PMAQ.

Tabela 1 – Incremento no financiamento da Atenção Básica no período 2010/2013, segundo valor mensal de item de desembolso

ITENS	CÁLCULO	2010	2013	Aumento
PAB FIXO	Pop. de 3.450 mun. De R\$ 18,00 hab/ano para a média de R\$ 24,70*	5.175,00	7.101,25	37%
PAB VARIÁVEL				
AGENTES DE SAÚDE	Média de 6 ACS por equipe Passou de R\$ 651 para R\$ 1.014 (são 13 parcelas anuais)	4.231,50	6.591,00	56%
Eq. Saúde da Família	Valor médio das equipes do país	7.467,00*	8.338,00*	12%
Eq. Saúde Bucal	Valor médio das equipes do país	2.421,00*	2.712,00*	12%
PMAQ Médio		Não havia	5.696,00	-
PMAQ Máximo	100% melhor avaliação	Não havia	11.000,00	-
PAB TOTAL Médio		19.294,50	30.438,25	58%
PAB TOTAL Máximo		19.294,50	35.742,25	85%

Fonte: elaboração própria.

Percebemos que o valor mensal médio por UR considerada aumentou, de 2010 a 2013, em média, 58% (31,4% acima da previsão da inflação do período) (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2014; IBGE, 2014), e chegou a 85% (58,4% acima da inflação) no caso das eAB com certificação máxima. O incentivo do PMAQ responde por 51% desse aumento no primeiro caso e por 67% no segundo.

Se o aumento proporcionado pelo PMAQ no financiamento de cada eAB é expressivo, também o é seu impacto no financiamento global da AB. Inexistente em 2010, repassou 70 milhões de reais em 2011, quase 700 milhões em 2012 e foi orçado em mais de 1,6 bilhões em 2014. Considerando que o PABV aumentou, entre 2010 e 2014, de 5,92 para 11,17 bilhões (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, no

prelo), temos que 30% desse aumento se deveu à criação do componente de qualidade do PMAQ. Um valor que deverá seguir subindo conforme a expansão do programa.

O PMAQ como estratégia da PNAB de mobilização para a qualificação da AB

Por outro lado, percebemos, também, que o PMAQ foi desenhado como uma estratégia da PNAB de mobilização de atores locais para enfrentar problemas e situações entendidas como condicionantes do desenvolvimento e da qualificação da AB no Brasil (PINTO, 2011).

Podemos afirmar que trata-se de uma inovação na PNAB, que buscou integrar diferentes processos numa mesma estratégia, tanto processos novos como outros que já existiam (como o AMQ, as estratégias de institucionalização da avaliação e monitoramento, o apoio institucional do Humaniza-SUS, elementos da Política de Educação Permanente etc.), apostando fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão, que impulsiona permanentemente a ação local para a mudança (BRASIL, 2011c; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). A inovação, nesse caso, significa o estímulo à mobilização local para a implementação de uma ação da política e a incorporação explicitada e monitorada, no âmbito da PNAB, de dispositivos constantes de outras políticas.

A integração das diferentes ações se deu sob o formato de uma estratégia que se desdobra em fases (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012) de: contratualização de objetivos e ações; construções de ações de mudança da realidade analisada – na qual são estratégias centrais a implantação do apoio institucional (CAMPOS, 2003) na gestão municipal, o desenvolvimento de plano e ações de educação permanente (CECCIM, 2005) e a cogestão (CAMPOS, 2000) das ações de mudança; de avaliação da implantação de processos e resultados; e de nova assunção de compromissos com a continuidade da mudança.

Baseia-se na adesão voluntária dos sujeitos e induz os mesmos a atuar ativamente na construção de processos que modifiquem as condições e práticas de atenção, gestão, educação e participação. O programa define um elenco amplo de situações/problemas/potências através de seus padrões de qualidade e incita os atores

locais a reconhecê-los, problematizá-los e definir quais são os prioritários, conforme sua realidade (fase de contratualização e momento de autoavaliação); induz esses atores a problematizar, avaliar, monitorar, refletir e pensar modos de intervir na realidade, além de gerir o processo de mudança (fase de desenvolvimento); avalia, reconhece e premia aqueles que avançam na direção desses resultados esperados e que sigam alimentando o permanente movimento de mudança (fase de avaliação externa e certificação e fase de recontratualização). Há uma aposta de que em torno da participação e da implantação do programa seja mobilizado um coletivo que tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL, 2011b; 2011c; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Diversas evidências mostram uma capacidade crescente do PMAQ de mobilizar gestores municipais e eAB, uma delas diz respeito aos números do processo de adesão. Adir ao PMAQ envolve a contratualização de compromissos firmados entre as eAB e os gestores municipais, e desses com o MS, num processo que deve envolver pactuação regional, estadual e o controle social (BRASIL, 2011c). Trata-se de “dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidade de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para as equipes, adir significa assumir o compromisso de seguir regras do programa e diretrizes organizantes do processo de trabalho, que incluem: a implantação de padrões de acesso e qualidade e de dispositivos de gestão colegiada, autoavaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir dos indicadores pactuados; e, finalmente, passar por um processo de avaliação que inclui a realização da autoavaliação, o desempenho nos indicadores monitorados e a avaliação *in loco*, realizada por avaliadores do programa.

O Município, por sua vez, ao adir, passa a receber 20% do componente de qualidade do PABV por eAB. Quando é realizada a avaliação externa e concluída a certificação, esse percentual, a depender do desempenho alcançado por cada eAB, pode ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, manter-se em 20% ou aumentar para 60%, chegando a 100%. O município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade destacados no programa; adequar-se às exigências de informação e monitoramento; além de desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. A utilização dos recursos

deve estar associada ao custeio da AB naquilo que o município julgue possuir potencial de contribuir para o avanço dos objetivos do programa, de ações de educação permanente, passando por melhorias das condições de trabalho até a instituição de diferentes premiações por resultados alcançados (BRASIL, 2011b).

Encerrada a etapa de adesão do 2º ciclo do PMAQ, 5.070 (91%) municípios concluíram a contratualização, ante 3.972 do 1º ciclo, evidenciando um grande incremento da adesão municipal. Dado relevante é que apenas 2% dos municípios que participaram do 1º ciclo não participaram do 2º (SOUSA, 2013).

É importante destacar que, no 1º ciclo, houve um teto previamente definido de eAB participantes, diferente do 2º, no qual todas que quiseram puderam aderir. Além disso, no 2º, puderam participar também os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). No quadro a seguir, temos o resultado da adesão nos 1º e 2º ciclos, o percentual de eAB que participaram dos 2 ciclos e o total de eAB participantes em relação às existentes em junho de 2013.

Quadro 1 – Demonstrativo da adesão de Equipes de Atenção Básica no primeiro e no segundo ciclos do PMAQ

Tipo de equipe	Adesão 1º Ciclo	Adesão 2º Ciclo	Aumento	Participaram do 1º e seguiram no 2º	% de equipes participantes entre o total do país no período
ESF	17.482	30.424	74%	93%	90%
ESB	12.436	19.898	60%	94%	89%
NASF	-	1.808	-	-	89%
CEO	-	860	-	-	87%

Fonte: elaboração própria.

O Quadro 1 mostra, em números, o importante efeito mobilizador do PMAQ, que chega ao seu 2º ciclo com uma altíssima adesão: quase 90% das equipes do país, de todos os tipos, e uma baixíssima taxa de abandono do Programa.

Encontramos outra evidência importante da mobilização gerada pelo programa no questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes, entre o 1º e o 2º ciclos. Foram inquiridas questões do funcionamento e dos resultados do PMAQ, respondidas por gestores de 2.336 municípios (58,9% do total de participantes do 1º ciclo). Indagados diretamente se perceberam ‘maior mobilização e trabalho em conjunto das equipes do PMAQ para

melhoria do processo de trabalho e implantação dos padrões de qualidade’, 40,9% dos gestores relataram muita mobilização dessas equipes, 47,5% moderada e apenas 10,7% assinalaram que ela foi pequena ou não existiu (PINTO, 2013)

Outras evidências importantes de mobilização de gestores e equipes que podemos destacar estão relacionadas à realização da autoavaliação e à implantação de alguns processos que exigem mobilização e esforço das equipes, como mostraremos nas próximas sessões.

O PMAQ como oferta/provocação de futuros desejáveis à ação de mudança

O PMAQ, ao ofertar amplo leque de situações a serem analisadas e transformadas em cada local, não se propõe a ser neutro, como se qualquer sentido e direção da mudança fosse desejável. O programa sugere e valora certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo (BRASIL, 2011c; 2011d; 2011e).

Há relação evidente entre as dimensões do PMAQ, que agrupam os chamados ‘padrões de qualidade’, e o quadro de condicionantes para o desenvolvimento da AB (PINTO, 2011), o que demonstra o papel do PMAQ de estratégia da PNAB para enfrentar os problemas identificados. As centenas de padrões de qualidade são identificadas como espécie de ‘resultados desejados’ nas dimensões de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da atenção básica, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário (BRASIL, 2011c).

Os padrões de cada uma das dimensões do PMAQ também se relacionam com as diretrizes estipuladas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a AB (BRASIL, 2011a). Destacamos, entre os diversos exemplos, aqueles que tratam mais diretamente de temas abordados na resolução citada, como os que pretendem induzir que a AB seja a principal porta de entrada do SUS; aqueles que apontam para a facilitação do acesso e dos avanços na implantação do acolhimento e humanização dos serviços; e também aqueles relacionados à atenção integral e resolutiva e à atuação da equipe multiprofissional. Além do respeito às diretrizes constitucionais para o SUS, a coerência com as definições do controle social incorpora na política a

perspectiva de um conjunto de atores que não está diretamente envolvido com a gestão, e, nesse sentido, amplia os olhares e vozes que organizam a mesma.

Assim, se, em uma perspectiva mais ampla, o PMAQ busca gerar movimento, é através da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado. Se as fases sinalizam uma dinâmica e um sentido geral, são os padrões que ofertam os significados e conteúdos específicos. Padrões enunciados e auferidos diretamente na realidade local, como prática avaliativa que pode desenvolver também a inteligência local para a gestão das ações e do processo de mudança (FERLA; CECCIM; DAL'ALBA, 2012).

Podemos, ainda, relacionar esses padrões com objetivos e ações de diversas políticas e programas estratégicos do MS, tais como os programas telessaúde e saúde na escola; as políticas de saúde bucal, alimentação e nutrição, de promoção da saúde e humanização; as redes cegonha, de doenças crônicas, de urgência e atenção psicossocial; os programas de saúde da mulher e da criança; o enfrentamento da dengue, hanseníase e tuberculose; atenção a grupos vulneráveis, como populações assentadas e quilombolas, entre outros (BRASIL, 2011c; 2011d; 2011e). A integração de políticas e de dispositivos fortalece a gestão local pela articulação de ações e iniciativas a serem executadas no âmbito local.

Em três processos constituintes do programa, observamos essa tentativa de apontar diretrizes, valores e resultados esperados como objetivo da ação dos coletivos: na autoavaliação, no monitoramento e na avaliação externa. Em cada um desses processos, que definem a certificação das equipes, os padrões de qualidade têm naturezas distintas: no monitoramento, são quantitativos. São indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica; na autoavaliação, são abrangentes, e comportam razoável grau de indeterminação e subjetividade, permitindo mais liberdade às eAB na análise tanto de seu processo de trabalho quanto da situação em que ele é desenvolvido; na avaliação externa há maior foco e objetividade que na autoavaliação, e também uma combinação de padrões qualitativos e quantitativos, com largo predomínio dos primeiros, articulando instrumentos que asseguraram a observação direta de elementos concretos relacionados ao funcionamento da UBS, a entrevista com profissionais – associada à análise de documentos que registram as ações realizadas – e a entrevista com usuários dos serviços avaliados. (BRASIL, 2011c; 2011d; 2011e).

A autoavaliação, em especial, é tida pelo programa como ponto de partida, momento de identificação de dimensões positivas e problemáticas do trabalho, produção de sentidos e significados potencialmente facilitadores e mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. Aposta-se que seja um dispositivo que objetiva provocar o coletivo a interrogar o instituído e a colocar em análise seu processo, suas relações e condições de trabalho, induzindo a ampliação da capacidade de cogestão de maneira a produzir espaços de negociação e planejamento para a superação dos problemas identificados e o alcance dos objetivos desejados e pactuados (BRASIL, 2011c; 2011d; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O MS ofertou a ferramenta ‘Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)’, especificamente para a 2º fase do PMAQ. O AMAQ não existia antes dessa etapa, e todo o modo de realização e registro exigiu ações que tiveram que ocorrer durante o 1º ciclo do programa. Essas razões, somadas ao fato do programa ter criado modos de registrar e verificar sua realização – seja através do preenchimento dos resultados em sistema *on line* ou verificação *in loco* – (BRASIL, 2011c; 2011d; 2011e), faz da realização da autoavaliação um bom indicador de ações que as eAB fizeram, provocadas pelo PMAQ e em função dele.

Concluído o 1º Ciclo, 16.113 (92,2%) das eAB realizaram a autoavaliação e inseriram as informações no sistema *on line* ou comprovaram a realização na avaliação *in loco*, sendo que aproximadamente 98% delas utilizaram o AMAQ. A Autoavaliação para melhoria da qualidade (AMQ), instrumento que antecedeu o AMAQ, em 6 anos, havia sido utilizada por pouco mais de 2.500 equipes (SOUZA, 2013). Ou seja, o AMAQ teve um uso 6 vezes maior, com um tempo 6 vezes menor.

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) mostraram que tal diferença de uso não se deve à qualidade de um ou outro instrumento, mas ao “contexto e articulação do processo de autoavaliação com toda a estratégia proposta pelo PMAQ”. Argumentam que, no PMAQ, a autoavaliação é disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança. Além disso, é enriquecida com as estratégias de suporte a esse coletivo com o objetivo de “dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema” e priorizado “no processo de autoavaliação”.

Temos, ainda, outros padrões de avaliação verificados na avaliação externa, que demonstram, também, a mobilização e a ação de transformação da realidade pelas equipes de gestão e atenção. Alguns desses serão abordados na próxima sessão.

O PMAQ como avaliação de si e dos efeitos de diversas ações e programas

O PMAQ é, também, um processo de avaliação do grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e por programas de tantas outras áreas que integram a Política Nacional de Saúde (PNS). Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o PMAQ induz, avalia e acompanha a implantação e o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas outras ações que compõem a PNAB, exatamente as mais estratégicas, que, por esse motivo, foram priorizadas no programa. Isso se dá, justamente, por combinar, num desenho cíclico e continuado, ações de autoavaliação (BRASIL, 2011c; 2011d), monitoramento de indicadores (BRASIL, 2011c) e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011c; 2011e).

Destacaremos alguns processos que são fortemente estimulados pelo PMAQ para perceber tanto como ele teve capacidade de induzir a implantação e/ou desenvolvimento desses processos nas eAB participantes quanto como ele permite acompanhar a evolução do que ele induz e avalia. Elegemos três grupos de padrões considerados prioritários pelo programa: o planejamento pelas eAB de suas ações de mudança; a implantação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e a implantação pela gestão municipal de apoio institucional às equipes (BRASIL, 2011c; 2011d; 2011e). É importante lembrar que os padrões foram divulgados antes da realização da avaliação (BRASIL, 2011e), justamente para induzir o esforço das eAB e gestões municipais de implantação dos padrões que seriam posteriormente objeto da avaliação externa.

O PMAQ estimulou que as eAB, após a realização da autoavaliação, recortassem de forma interessada os problemas e priorizassem, planejassem, pactuassem e acompanhassem as ações de mudança (BRASIL, 2011c; 2011d).

Na avaliação externa do 1º ciclo, na pergunta ‘nos últimos 12 meses a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?’, 86,6% das eAB responderam que sim, sendo que 72,4% delas mostraram o documento que continha o plano formulado, e 85,6% referiram ter recebido apoio da gestão local para a atividade. Mais um exemplo de indução de esforço combinado entre eAB e gestão.

Consideremos agora os dados relacionados à implantação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, ação que exige muita mobilização e esforço

cotidiano das equipes de atenção e gestão por ser a introdução no cotidiano do serviço de um dispositivo permanente de organização do acesso e do processo de trabalho.

A avaliação externa mostrou que 80% das equipes disseram ter implantado o acolhimento, passando a fazer a escuta e a avaliação de toda a demanda, 92,2% destas mostraram reserva de vagas de consultas na agenda para garantir retaguarda aos casos agudos, mas só 47,8% demonstraram a existência de protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar essa avaliação.

Também no questionário eletrônico, aplicado aos gestores (PINTO, 2013), temos evidências não só de resultados dessa implantação como também do quanto as mesmas foram decorrentes do PMAQ, uma vez que as perguntas pediram uma comparação entre as situações anterior e posterior ao 1º ciclo do PMAQ.

Selecionamos alguns padrões que são marcadores de efeitos possíveis da implantação do acolhimento, e os resultados foram os que seguem. Perguntados se houve redução nos tempos de espera dos usuários nas UBS participantes do PMAQ, 36,6% disseram que houve muita redução, outros 50,9% destacaram que ela foi moderada e apenas 11,8% apontaram que foi pequena ou não houve. Indagados se houve ampliação das pessoas atendidas pelas eAB do PMAQ, 37,3% disseram que houve muita ampliação, 50,1% afirmaram que ela foi moderada e apenas 12,1% avaliaram que foi pequena ou não houve. Por fim, inquiridos sobre melhoras no acesso e na humanização do atendimento aos usuários, 43,7% destacaram que houve muita melhora, 47,9% que ela foi moderada e apenas 8% que não houve ou foi pequena (PINTO, 2013).

Os números, na casa dos 80% de mudança ‘forte’ ou ‘moderada’, coincidem com os de eAB que relataram implantação do acolhimento. A alta frequência desse padrão e do anterior, relacionado ao planejamento das eAB, fala a favor de ter sido uma ação estimulada pelo PMAQ. Fortalece essa hipótese a evidência de que as equipes foram estimuladas e apoiadas pela gestão local. Além disso, a pergunta aos gestores considerou o horizonte temporal de implantação do PMAQ. Contudo, é importante que se diga que uma afirmação inequívoca a respeito do nível de influência do PMAQ sobre tais resultados só poderia ser feita caso houvesse uma linha de base (PINTO, 2013).

Por fim, vale destacar que a gestão municipal também se movimentou para dar suporte a essa mobilização. O PMAQ estimulou o apoio institucional (CAMPOS, 2003) como uma “função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de

se fazer gestão em saúde” (BRASIL, 2011c). Propôs que as gestões municipais implantassem esse dispositivo de gestão pela sua forte capacidade de dar o suporte necessário ao movimento de mudança deflagrado pelos coletivos de trabalhadores nas UBS, buscando fortalecê-los e reconhecendo e potencializando seus esforços.

Essa ação de apoio deveria aproximar o pessoal da gestão do dia a dia das eAB, além de envolver aqueles na solução dos problemas concretos identificados por estes, quando da tentativa de dar sequência aos compromissos assumidos no PMAQ. O programa estimulou estrategicamente que os apoiadores buscassem fomentar e dar suporte à construção de espaços coletivos nos quais as eAB pudessem desenvolver ações tanto de qualificação do processo de trabalho quanto de ampliação da autonomia e de emancipação dos atores envolvidos (BRASIL, 2011c).

Segundo um documento oficial do programa (BRASIL, 2011c), o apoio seria uma ação que, necessariamente, integraria funções de gestão, tais como planejamento, avaliação e educação permanente, e exigiria da equipe de gestão o desenvolvimento de um saber-fazer integrado e matricial que dialogasse com as eAB a partir de sua situação e demanda concreta.

Nos resultados da avaliação externa, identificamos que 92% das equipes referiram ter recebido apoio para a ‘organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ’, sendo que 77,9% refeririam receber ‘apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde’. Das eAB, 76% avaliaram como muito boa (27,9%) ou boa (48,1%) a ‘contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas’. Temos, ainda, evidências da participação desses apoiadores nas reuniões de organização das eAB, na medida em que 72,2% delas avaliaram como muito boa (24,1%) ou boa (48,1%) essa participação (PINTO, 2013).

Apresentamos aqui algumas, entre tantas, evidências de que o PMAQ mobilizou equipes de atenção e gestão, provocou-as a implantar processos que ele lhes oferecia como possibilidades e conseguiu avaliar e acompanhar a implantação dos mesmos. Na próxima sessão veremos como a opinião e as prioridades dos usuários entram em lugar privilegiado desse processo.

O PMAQ permeando a PNAB com a opinião dos sujeitos, em especial, dos usuários

O PMAQ pode ser visto, também, em seu papel de elevar a escuta da opinião de trabalhadores, gestores e, em especial, usuários à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB. Com isso, pretende-se ‘calibrar’ desde o trabalho das eAB até a política em função daquilo que os usuários esperam e demandam dos serviços. A avaliação do programa tenta manter canais de escuta tanto dos gestores quanto dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011c).

O número de usuários entrevistados nas UBS participantes do programa foi de expressivos 65.391, que responderam a um longo questionário com questões importantes sobre diversos temas (BRASIL, 2011e).

A maioria das questões do questionário busca perceber como os usuários acessam e são cuidados nas UBS, mas também tenta colher desde a avaliação global que fazem do serviço à percepção da ambiência das UBS, num momento em que o MS faz importantes investimentos na qualificação da estrutura das UBS.

Utilizaremos como exemplo uma questão que também se relaciona ao tema do acolhimento, tratado acima. Perguntados se ‘na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?’, 66,5% afirmaram que sim. Número semelhante ao de eAB que demonstraram haver retaguarda na agenda para acolher os casos agudos. Um bom exemplo de medida implantada com efeito percebido pelos usuários.

Quando perguntados sobre o que achavam da forma como eram acolhidos e recebidos ao procurar o serviço, 27,2% avaliavam como muito boa, 56,6% como boa, 14,5% como regular e apenas 1,5% com ruim e muito ruim.

Orientar a estrutura e o funcionamento do serviço e o processo de trabalho das eAB em função das necessidades dos usuários é uma importante e generosa diretriz estratégica. O papel do PMAQ na operacionalização dessa diretriz e no acompanhamento de sua evolução, relacionando ciclicamente ação e efeito, é certamente uma das mais importantes funções que cumpre na nova PNAB. A base de dados do PMAQ, que reúne os questionários desses quase 70 mil usuários, é um dos legados mais ricos do programa, que demandarão a produção de vários estudos.

O PMAQ pode ser visto como síntese e revelador da nova PNAB

Acima, vimos que o PMAQ pode ser visto, ao mesmo tempo, como: (a) parte importante das mudanças qualitativa e quantitativa do financiamento da AB; (b) estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da AB brasileira, que integra várias ações, novas e antigas, num formato inovador que aposta, fundamentalmente, na produção local de uma dinâmica de construção de pactos, priorização de problemas, ação permanente de mudança; (c) processo de indução que oferta ao movimento de mudança diferentes sentidos e significados; (d) instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto na PNS; além de (e) dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política.

Como vimos, um dos principais objetivos do PMAQ era provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais da AB. Com uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, do cuidado e de gestão do cuidado, o programa identificou um conjunto de elementos que deveriam ser objeto de análise e de intervenção, tanto por parte de gestores quanto de profissionais. Valendo-nos do olhar do campo de análises de políticas públicas, podemos dizer que o desenho do PMAQ revela com facilidade um conjunto de elementos importantes para analisar a PNAB, tal como uma certa síntese da mesma, como dito acima. Nesse sentido, aponta quais macroproblemas essa política tomou como questão social, portanto, objeto de políticas públicas (MERHY, 1992). Permite identificar componentes de continuidade e inovação numa dada combinação de ações, antigas e novas, e nuances do processo de decisão (VIANNA, 1997) e formulação dessa política (MENICUCCI; BRASIL, 2010), além de, com suas fases encadeadas, proporcionar um olhar analítico privilegiado sobre as fases (MENICUCCI; BRASIL, 2010) ou momentos (COSTA; DAGNINO, 2008) de implementação e avaliação da mesma.

Um outro elemento importante da política pública, seu projeto, seus objetivos (MATUS, 1993), é também facilmente perceptível na medida em que o PMAQ faz a clara opção de induzir a direção do movimento de mudança através de padrões de qualidade, que refletem processos implantados ou resultados alcançados,

que “operam como afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Assim, além de revelar seus objetivos num quadro que permite a construção de uma certa situação desejada – com conteúdos, significados e sentido da mudança –, ainda que em movimento permanente, ele aponta também os atores ‘eleitos’ como portadores de capacidade de mudança, pois o PMAQ aposta fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão que impulsiona a ação local permanentemente para a mudança, buscando induzir a atuação de um coletivo que, mobilizado pela participação no programa, tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL 2011b; 2011c).

Podemos, com isso, entender que, para os propositores do programa, esses sujeitos locais seriam os atores estratégicos, que, a partir de um movimento de acumulação de poder e produção de fluxos e ações, conduziriam a mudança na direção pretendida (MATUS, 1993).

Por todas essas razões, o PMAQ é entendido por nós como um revelador da nova PNAB, capaz de, ao usarem-se os instrumentais analíticos do campo de análise de políticas públicas (COSTA; DAGNINO, 2008; MENICUCCI; BRASIL, 2010), expor elementos essenciais dessa política, assim como compreender a dinâmica de atores e a construção de novas agendas. A análise mais próxima de experiências e da realidade local permitirá, em estudos futuros, dimensionar o efeito concreto do que, neste artigo, foram destacadas como características de um processo de âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

BANCO CENTRAL DO BRASIL. Relatório de Inflação. Brasília, DF: 2014.
Disponível em:
<<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2014/03/ri201403b8p.pdf>> Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html>
Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 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, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.htm>. Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade*. Brasília, DF: 2011c. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em: 01 maio 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.9, n.16, p.77-161, set. 2004/fev. 2005.

COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato. (Org.). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

FERLA, A.; CECCIM, R.; DAL'ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, supl., ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/620>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>. Acesso em 01 de maio de 2014.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; BRASIL, Flávia de Paula Duque. Construção de agendas e inovações institucionais. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v.15, n.29, p.369-396, 2010.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

PADILHA, A.R.S. Entrevista com Alexandre Padilha (entrevista). *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, v.28, p.6-10, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia28> Acesso em: 01 maio 2014.

PINTO, H.A. *Nova Política Nacional de Atenção Básica: mais acesso e qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, H.A. *Avaliando alguns resultados do PMAQ*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 50 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint

PINTO, H.A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., ago. 2012.

PINTO, H.A.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. *Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica*. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> Acesso em: 01 maio 2014.

PINTO, H.A.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; KOERNER; R.S. *A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014*. No prelo.

SOUSA, A.N. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 35 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

VIANA, Ana Luiza de. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.