

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Múltiplos olhares sobre e a partir do
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e
Qualidade**

Hêider Aurélio Pinto

Porto Alegre

Hêider Aurélio Pinto

Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Linha de pesquisa:

Saúde, instituições e cidadania

Porto Alegre

2014

Hêider Aurélio Pinto

**Múltiplos olhares sobre e a partir do
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Linha de pesquisa:

Saúde, instituições e cidadania

Aprovada pela Banca Examinadora em de 2014.

Prof. Dr. Alcindo Ferla – Orientador

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (PPGCOL/UFRGS)

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy (UFRJ)

Prof. Dr. Ardigò Martino (Universidade de Bolonha)

Prof. Dr. Fernando Neves Hugo (UFRGS).

Profa. Dra. Lisiane Boer Possa (UFRGS)

Dedico este trabalho e faço questão de, através dele, com muita alegria, agradecer, reconhecer, homenagear e declarar os mais belos e intensos afetos e lembranças a:

Lua, em primeiríssimo lugar, responsável por esse amor e revolução máxima em minha vida, esse pequeno ser de luz que, inundando e chacoalhando como nunca, alma, peito e sorriso, faz de meus dias a coisa mais gostosa de viver;



“Lua e papai”. Desenho de Lua na geladeira de casa. Pintura com canetinha, giz de cera, pincel de imaginação e borracha que borrifa amor. Arte sobre peito, desdobrado, escancarado e entregue.

Minha mãe, meu pai, minha tia-mãe (que foi há pouco), meus irmãos (os que estão nesse plano e o que já foi) e minha família, que com o jeito simples e potente de viverem e amarem, me ensinaram e seguem ensinando simplicidade, dedicação aos outros e às causas, cuidado, perseverança e diálogo;

Erica, por todo aprendizado, pelos anos de amor e carinho que tivemos o prazer de nos dedicar, pelo fruto desse amor que foi a Lua - astro mais importante de nossas vidas, pela mãe maravilhosa, amorosa e sem reparo que é;

Carol, por toda amizade, por todo o cuidado, pelo nosso amor, por toda a vontade, prazer e paixão em compartilhar a vida e a luta e por desejar produzir junto e semear de vida o futuro;

Tod@s @s companheir@s que, junt@s comigo nessa dissertação, se jogaram nessa tarefa de produzir práxis e conhecimento, militante e implicado;

Meu querido amigo, companheiro e orientador Alcindo, por todo aprendizado, amizade e exemplo que, desde o movimento estudantil, ele me brinda;

Meus companheiros, mestres e membros da banca Ardigò, Fernando Hugo, Ricardo Ceccin e Emerson Merhy (esses dois desde que eu era “moleque”), pela crítica afiada, disposição em provocar, potencializar e desacomodar, pela admiração que me causam, pelo carinho, afeto e aposta;

Meus irmãos, amigos, chefes e mestres Alexandre Padilha, Helvécio, Faustinho, Márcia Amaral, Arthur Chioro, Mozart, Rogério Carvalho e Solla... que em diferentes momentos apostaram em mim e me deram a oportunidade de lutar pelo SUS e pela nossa gente e de conviver com os seres de brilho que são;

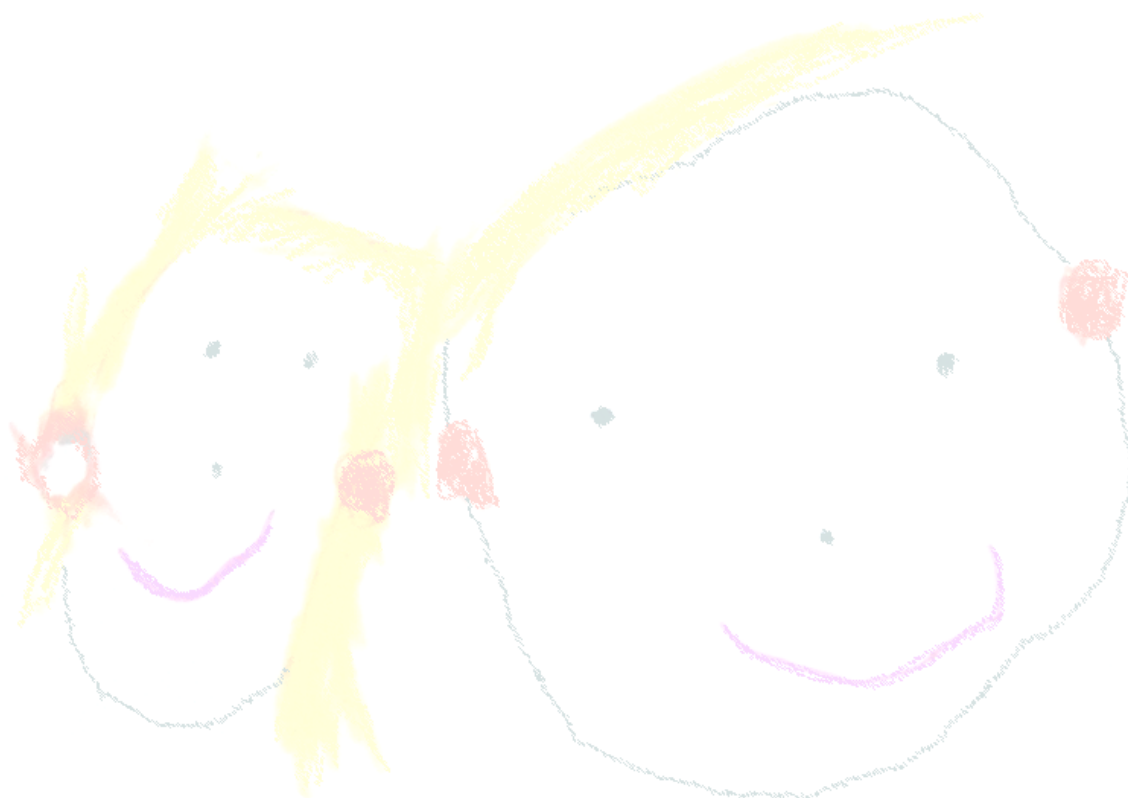
Tod@s companheir@s do DA Josué de Castro, do DCE Paulo Freire, da DENEM, de Recife, de Aracaju, da Bahia, da FESF, da DAB e do DAB, da SAS, da SGTES, do MS... que seguimos nos encontrando, nos gostando, aprendendo juntos e lutando em defesa da vida com essa incansável alegria de viver e lutar;

Tod@ @s maestr@s da saúde coletiva e ciências sociais, citados e referenciados nesse trabalho, com os quais sempre aprendo e me instigo e, em especial, aqueles que tenho o privilégio de compartilhar anos de diálogo

crítico, troca, aprendizado e profundo carinho pela coerência entre o que
pensam, escrevem e são;

Tod@s pesquisadores, gestores, avaliadores, profissionais, PMAQuianos e
todos mais que se engajaram e trabalharam para produzir as ações e
pesquisas utilizadas como matéria prima desse trabalho; e

Tod@s trabalhadores, gestores, usuários e cidadãos, enfim, toda essa
nossa gente que anima o mundo real e cotidiano, pleno e desejante de ação
e mudança, em função do qual é que se vale estudar, discutir, agir, apostar,
lutar e sonhar...





LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EAB – Equipe de Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPAA – Pontos de Atenção

Pt.PNAB – Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB

PNS – Política Nacional de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 A IMPLICAÇÃO DO AUTOR	15
1.2 O PERCURSO DE ESTUDO E PRODUÇÃO INDIVIDUAL/COLETIVA DA DISSERTAÇÃO	23
2 DOS OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO E DO QUE FOI FEITO	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
2.3 DO QUE FOI FEITO	28
3 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
3.1 O PMAQ COMO REVELADOR PRIVILEGIADO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	33
3.2 APROXIMANDO DO CAMPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS	36
3.3 ABORDAGENS E NÍVEIS DE ANÁLISE DE POLÍTICAS	40
3.4 ANALISANDO A RELAÇÃO ESTADO/SOCIEDADE	43
3.5 O ESTADO SOB PRESSÃO DE MUDANÇA	51
3.6 SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE	55
3.7 QUESTÕES SOCIAIS, AGENDA POLÍTICA, JANELA DE OPORTUNIDADES E UM PROCESSO DE DECISÃO E FORMULAÇÃO ATRAVESSADO POR INTERESSES	58
3.8. INDICAÇÕES METODOLÓGICAS PARA ANÁLISE DE POLÍTICAS E AS FASES DO CICLO DA POLÍTICA	71
4 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE O SEU DESENHO E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO	79
4.1. O PMAQ COMO PRINCIPAL ESTRATÉGIA DO “SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ”	79
4.2 O PMAQ COMO PARTE DE MOVIMENTOS MAIS PROFUNDOS	81
4.3 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: PRIMEIRA FASE	83
4.4 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: SEGUNDA FASE	85
4.5 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: TERCEIRA FASE	88
4.6 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: QUARTA FASE	91
4.7 A ADESÃO E PARTICIPAÇÃO DE MUNICÍPIOS E EQUIPES NO PMAQ	92
4.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99



5 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: VÁRIAS FACES DE UMA POLÍTICA INOVADORA.....	101
5.1 INTRODUÇÃO	101
5.2 O PMAQ NO CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO DA NOVA PNAB.....	103
5.8 O PMAQ PODE SER VISTO COMO SÍNTESE E REVELADOR DA NOVA PNAB	118
6 EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 1998 A 2014	121
6.1 APRESENTAÇÃO.....	121
6.2 OS COMPONENTES QUE CONSTITUEM O FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	121
6.3 A METODOLOGIA DO ESTUDO.....	123
6.4 A EVOLUÇÃO DOS COMPONENTES QUE CONSTITUEM O FINANCIAMENTO DA AB.....	124
6.4.1 O componente per capita	125
6.4.2 Evolução e comparação entre os PAB Fixo e Variável.....	128
6.4.3 Mudança e diferenciação no PAB Variável acompanhando a PNAB.....	129
6.4.4 A criação dos Componente de Qualidade e de Expansão.....	130
6.4.5 Evolução do PABV e de seus 3 componentes.....	132
6.4.6 O componente de estrutura e modernização	136
6.5 O FINANCIAMENTO GLOBAL DA UNIÃO E A RELAÇÃO ENTRE AS TRÊS ESFERAS.....	137
6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
7 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A OUVIDORIA ATIVA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO CUIDADO E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	143
7.1 INTRODUÇÃO	143
7.2 METODOLOGIA.....	145
7.3 RESULTADOS	146
7.3.1 Eixo 1- Quem são os usuários do SUS?	146
7.3.2 Eixo 2- A Atenção Básica como referência de cuidado.....	147
7.3.3 Eixo 3- Avaliação geral do SUS	150
7.4 ALGUMAS REFLEXÕES	151
7.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	155
8 ATENÇÃO BÁSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CENÁRIO APONTADO PELO PMAQ	157
8.1 INTRODUÇÃO	157



8.3 OFERTAS DE APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO LOCAL	162
8.5 DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	174
9 ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO ORDENADORA DA REDE E COORDENADORA DO CUIDADO: AINDA UMA UTOPIA?	179
9.1 INTRODUÇÃO	179
9.2 O QUE É ORDENAR A REDE E COORDENAR O CUIDADO? ISSO É UM PAPEL DA AB?	180
9.3 Que elementos podem nos ajudar a analisar o grau em que a AB ordena a rede e coordena o cuidado?	182
9.4 O quanto a AB cumpre ou não os papéis de ordenação e coordenação e que estratégias o MS vem desenvolvendo para fortalecê-la nesta direção?	184
9.4.1 <i>Porta de entrada preferencial da RAS?</i>	184
9.4.2 <i>A AB coordena o cuidado dos usuários atendidos nas UBS?</i>	186
9.4.3 <i>A capacidade da AB de ordenar o acesso à RAS.....</i>	188
9.4.4 <i>Coordenação do cuidado, comunicação e troca de saberes na RAS.....</i>	189
9.5 CONCLUSÃO	193
10 CONSIDERAÇÕES SOBRE O JÁ FEITO E PROSPECÇÕES SOBRE O QUE VIRÁ.....	198
10.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	198
10.2 DO PRESENTE E DE FUTUROS: “SE MUITO VALE O JÁ FEITO, MAIS VALE O QUE SERÁ”	213
11 REFERÊNCIAS.....	151

1 INTRODUÇÃO

A Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica do Brasil (Pt. PNAB), pactuada e publicada em 2011 (Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) define a Atenção Básica (AB) como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011h).

A Pt.PNAB afirma que a AB brasileira deve se orientar pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” e deve considerar o sujeito: “em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral, através da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia” (BRASIL, 2011h).

Quando aborda o modo como essas ações são desenvolvidas aponta a necessidade do “exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe” que deveriam ser dirigidas a “populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”. Complementa detalhando que as tecnologias de cuidado utilizadas são “complexas e variadas” e que devem objetivar o: “manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido” (BRASIL, 2011h).

Caracteriza ainda que o conjunto de serviços responsáveis pela oferta das ações de saúde de AB deve: ter “o mais alto grau de descentralização e



capilaridade”, estar próximo de onde vivem as pessoas, “ser o contato preferencial dos usuários” e “a principal porta de entrada” do sistema de saúde e ser o “centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011h).

A pactuação da Pt.PNAB em 2011 representou o esforço das três esferas de governo de normatizar o consenso produzido sobre AB que, embora na maioria dos aspectos tenha conservado a compreensão vigente até então (BRASIL, 2006), produziu também transformações que: de um lado, atualizaram as compreensões de AB à luz da realidade, rica, diversa e singular, dos 20 anos de implantação da estratégia de saúde da família (ESF); de outro, alargaram escopo, abrangência e modelagens daquilo que é entendido como ações e serviços de AB, parte de serviços organizados em redes.

Enquanto esforço normativo de afirmação do papel e centralidade da AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Pt.PNAB ganhou importante reforço de outros atos normativos do Ministério da Saúde (MS) e da Presidência da República, em especial com o Decreto 2.408/2011 (BRASIL, 2011c), que avança na organização interfederativa do SUS e nas definições de redes regionais de atenção integral à saúde, afirmando o lugar de gestão do cuidado da atenção básica.

Contudo, mais importante que esta afirmação e atualização conceitual da AB, é perceber que, junto com a PtPNAB, foram pactuadas e publicadas uma série de portarias e atos normativos que criaram novos programas e produziram avanços em ações e programas já existentes que, ao nosso ver, percebidas em seu conjunto, conformaram uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para o país. O próprio MS buscou denominar essa nova conformação da política nacional com o nome/mote de “Saúde Mais Perto de Você” (BRASIL, 2011j). Neste trabalho chamaremos simplesmente de PNAB.

Para Pinto, Sousa e Ferla (2014) esta PNAB respondeu inicialmente a um diagnóstico elaborado em reuniões do MS com a Presidência da República, e posterior processamento interno do Ministério, que elencaram os desafios que condicionavam o desenvolvimento da AB no Brasil e que deveriam ser considerados na definição das ações e 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 atenção à saúde; 4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos 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, e foi norteadora da reorientação e aprimoramento da PNAB a partir daquele ano. Para o CNS, a reorganização da atenção básica deveria incluir:

[...] com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e 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 **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 e com o objetivo de enfrentar cada um dos desafios identificados no quadro de desafios (PINTO, 2011), apontado acima.

Conformam essa nova PNAB medidas como a reconstrução e aumento do Financiamento da AB (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012); o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS); a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); a estratégia eSUS Atenção Básica; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); a própria Pt.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 da 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, como aponta Pinto, Sousa e Ferla (2014), “se articula com diversas dessas iniciativas estabelecendo uma relação de síntese e sinergia com quase a totalidade delas”. É por essa condição do PMAQ de revelador da nova PNAB, por sua potência de estudo, como programa em si, na análise de políticas públicas, e por estarmos intensamente implicados com a construção e operacionalização inicial do programa que optamos por estudá-lo na dissertação de mestrado. À frente, nos deteremos em cada um destes três motivos que nos trouxeram a esta dissertação.



1.1 A IMPLICAÇÃO DO AUTOR

No exame de qualificação, além de todas as contribuições da banca que muito influenciaram no caminho do estudo que foi desenvolvido a partir dali, se destacaram nas arguições de Ricardo Ceccim, Ardigò Martino e Fernando Hugo, respectivamente, as sugestões para que se explicitasse a implicação do autor com o tema, a dimensão coletivizada do processo de produção de conhecimentos que resultou na dissertação e a necessidade de explicar como, a partir de um quadro teórico geral, seriam trabalhadas as metodologias de cada objetivo específico em especial. Esta seção surgiu justamente em função dessas arguições. Aqui nos deteremos primeiro na questão da implicação e na sequencia buscaremos recuperar um pouco o processo de produção desta dissertação. Na seção dos objetivos relacionaremos os objetivos específicos com o que foi produzido nesta dissertação construindo assim um certo guia de leitura da mesma pelos vários capítulos/artigos que a compõe.

Focando então no tema da implicação, para discutir este conceito no contexto que estamos tratando, vale refletir sobre alguns apontamentos de Passos e Barros (2000), para quem:

a noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica.

Melhor seria dizer, então, análise das implicações, posto que implicado sempre se está. Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações (...) a recusa da neutralidade do analista/pesquisador” (PASSOS; BARROS, 2000, p.73)

Partindo, portanto, do alerta dado por Ricardo Ceccim na qualificação e destas considerações de Passos e Barros colocadas acima, é importante sintetizar a trajetória profissional e militante do autor naquilo que o implica com o presente estudo, abrindo mão neste momento, no estilo, de narrar o autor como se um terceiro fosse.



Eu me formei em janeiro de 2004 em medicina pela Universidade de Pernambuco depois de atuar todo os anos da faculdade no movimento estudantil como militante comprometido com a construção do SUS. Desde os primeiros anos da faculdade me dediquei à luta da esquerda brasileira e da reforma sanitária o que, entre outras coisas, me fez um dedicado leitor de obras da sociologia, história, filosofia, economia, política e diversas produções da saúde coletiva e educação. Ainda que já tivesse tido contato com a literatura de análise de política o esforço maior de sistematização e de busca de novos autores foi realizado na construção desta dissertação.

Antes de assumir cargos de direção no MS atuei de 2004 a 2006 em Sergipe, no âmbito da secretaria de saúde de Aracaju, como médico de uma equipe de saúde da família (eSF), tutor de estudantes de medicina e de educandos de uma residência médica e multiprofissional no serviço, além de facilitador de educação permanente e apoiador institucional da secretaria da saúde. De 2007 a 2010 estive na Bahia, primeiro como diretor estadual de AB, depois como diretor de uma fundação pública criada por 69 municípios daquele estado e que tinha como finalidade o desenvolvimento interfederativo da AB nos municípios participantes, o que incluía, além da prestação do serviço, todas as ações relacionadas à gestão do processo de trabalho, à gestão da educação e do trabalho das equipes de AB.

Durante todo o período descrito, participei de diversos processos formativos: estágios, cursos, especializações (tendo concluído como educando a de saúde coletiva em 2006 pela Universidade Federal de Sergipe e participado de diversas outras como tutor, facilitador e autor) e disciplinas de mestrado. Se de um lado diversos processos foram abandonados em algum momento, *despriorizados* em função da dinâmica de atuação, de outro me possibilitaram manter uma dinâmica de estudos e produção, além de ter me dado a oportunidade e privilégio de ser aluno ou dialogar, em situação de formação, trabalho ou militância, com diversos autores citados na dissertação como: Alcindo Ferla; Alexandre Padilha; Allan Sousa; Aluísio Silva Jr.; Emerson Merhy; Gastão Campos; Gregório Barembliitt; Juarez Guimarães; Lígia Giovanella; Helvécio Magalhães; Luiz Cecílio; Monique Esperidião; Patrícia Chueiri; Renato Dagnino; Ricardo Ceccim; Sábado Girardi; Silvia Gershman; Sonia Teixeira; Túlio Franco; Zulmira Hartz; além de todos os coautores citados em cada produção apresentada nos capítulos de 4 a 9. O que faz com que esses autores



estejam de vários modos nesta dissertação: além das citações e uso de suas produções, atuaram sobre o autor em cada memória de diálogo, ensinamento, provocação, sugestão de modos de olhar durante diversos momentos da vida, enfim... afetos diversos, potentes, transformadores, instigantes, mobilizadores e bons de sentir.

Embora só tenha assumido cargos de direção no MS a partir de janeiro de 2011, tive a oportunidade de ser consultor e colaborador do MS em diversas ocasiões entre os anos de 2004 a 2006 e pude participar ativamente da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em diversas de suas iniciativas e desdobramentos. E a partir de 2007 como diretor estadual de AB, participando da Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, e como Diretor da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia (a FESF-SUS) estive próximo do processo nacional de implantação da PNAB normatizada e publicada em 2006.

Em janeiro de 2011 assumi a direção do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS e estive diretamente envolvido com a criação e implantação de todas as políticas deste departamento até março de 2014. Comecei a dissertação como Diretor do DAB e termino-a como Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, secretaria responsável por políticas como a de Educação Permanente em Saúde para o SUS e o Programa Mais Médicos.

Por tudo o que foi relatado, fica claro que a trajetória descrita implica o autor em absolutamente todos os temas tratados nesta dissertação. Se ter estado na condição de trabalhador de eSF, de apoiador pedagógico e institucional de EAB e também na de gestor no âmbito das três esferas de governo possibilita uma diversidade de olhares dos temas que busco estudar nesta dissertação, de outro lado, ser um dos principais responsáveis pela formulação, implantação e gestão dos temas estudados colocam o autor em uma situação especial que merece reflexão e análise.

É óbvio que estar na direção da gestão federal no momento de formulação e implantação inicial das políticas estudadas me dão não só uma visão privilegiada do objeto estudado como me possibilitaram vivenciar processos ainda não relatados e ter tido acesso a informações e situações ainda não sistematizadas e socializadas. Contudo, do mesmo modo que este lugar situacional alarga o olhar, ele também



gera cegueiras. Merhy (2004), refletindo sobre alguns pensamentos de Carlos Matus (1993), apontou que o olhar do sujeito sempre é situacional e que, como sujeito cognoscente, possui zonas de cegueiras como sua constitutividade. Discutiu também que o modo de olhar do sujeito sempre será parcial na medida em que observa, age e reflete desde um lugar situacional específico, dentre os vários possíveis, marcado pelo modo como o sujeito recorta interessadamente a realidade, como ele a significa e se debruça sobre ela com a sua ação e saberes.

Contudo, mais do que identificar que o lugar situacional de um determinado sujeito interfere no seu modo de perceber o mundo é necessário interrogar que impacto isso pode ter no desafio desse sujeito produzir conhecimento sobre um tema que lhe é tão próximo. Mais do que isso: indagar mesmo se é válido o conhecimento produzido por um sujeito que não cumpre a recomendada separação e distância entre sujeito e objeto tida, por certa perspectiva, como adequado e seguro modo de se produzir conhecimento. Talvez a pergunta mais radical pudesse ser sobre a possibilidade objetiva de uma distância entre sujeito e objeto na produção do conhecimento.

Ora, desnecessário aqui sistematizar vasto material da sociologia do conhecimento em geral, como por exemplo Boaventura de Sousa Santos (1989), ou da saúde coletiva em particular, como Maria Cecília Minayo (2006), que criticam os limites, preconceitos e ideologia da visão de corte positivista que crê possível separar sujeito de objeto e que quer o investigador o máximo possível distante do fenômeno, processo ou contexto que ele investiga. Estes autores e muitos outros compartilham da visão, há muito presente nas ciências sociais, de que não há pesquisa desinteressada e pesquisador neutro.

Passos e Barros, por exemplo, afirmam que:

A ciência possui uma fundação tal como qualquer outra forma de conhecimento, não se distinguindo por uma pureza ou soberania que transcenda ao mundo sobre o qual ela produz os seus efeitos de verdade e de objetividade. É neste sentido que podemos dizer que o conhecimento é uma forma de implicação e de interferência que é ativa na produção tanto do seu objeto quanto do sujeito de um determinado saber ou especialismo (PASSOS; BARROS, 2000, p.76).

Pois, para ela, conhecer é estar em um “engajamento produtivo da realidade conhecida”. O sujeito se constitui neste engajamento num efeito que volta sobre ele



mesmo justamente por não estar imune ao que conhece. Assim, o sujeito e o objeto se “engendram no ato de conhecimento, não restando nenhuma anterioridade, nenhuma garantia prévia”. Com base nisso pergunta: “como nortear nossas escolhas teóricas? Como distinguir os conceitos?” (PASSOS; BARROS, 2000, p.77)

Alerta que um caminho a ser evitado é aquele no qual a desilusão com as “garantias do fundamento” façam o pensamento se perder na “indiferença e no relativismo, como se tudo ou nada valesse”. Pelo contrário, recomenda a necessidade de afirmar as escolhas conceituais e definir as posições críticas pois “não há indiferença no trabalho com os conceitos quando sabemos que são operadores de realidade” . Para ela, baseando-se em Deleuze, os conceitos são como ferramentas e um “conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica” e que tem condições de atuar como “intercessor” (PASSOS; BARROS, 2000, p.77).

Todos esses autores, além da aguda crítica aos argumentos de cunho positivista em relação à separação entre sujeito e objeto, apontam também modos, cuidados e mesmo métodos para que a pesquisa combine o máximo de “franqueza” e abertura ao diálogo com a sociedade científica - e com todos os “não especializados” que possam debater e se beneficiar dela - com o máximo de relevância e uso tanto para o “mundo científico” quanto para a mudança e contribuição com o “mundo prático e real”.

Merhy (2004), por exemplo, refletindo sobre o tema, identificou que cada vez é mais frequente no Brasil a presença de trabalhadores, gestores e usuários da saúde que vêm participando do processo de Reforma Sanitária que buscam parcerias com núcleos de pesquisadores para estudar seus próprios processos de intervenção, na busca da mudança de direcionalidade dos serviços e das práticas de saúde. Após destacar a relevância dessa tendência, tanto para a produção do conhecimento quanto para o amadurecimento e qualificação da ação sobre o mundo, analisa a experiência de seu grupo de pesquisa com esses tipos de estudos e conclui que seus desenhos teórico-metodológicos não são enquadráveis nos desenhos mais clássicos das ciências duras ou histórico-sociais.

Segundo Merhy (2004), a saúde coletiva tem tentado conformar esses processos de investigação com base em dois “caminhos científicos”. De um lado estaria um mais consagrado e hegemônico, “composto por estudos que obedecem a



desenhos investigativos, nos quais é claro e fundamental a separação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo”. De outro lado estaria um também consagrado, mas não tão hegemônico como o anterior, que seriam os estudos que reconhecem a “íntima relação entre sujeito e objeto” e criariam métodos de pesquisas que transformariam esta “relação-contaminação” em componente dos procedimentos epistemológicos a serem trabalhados na investigação da forma mais objetiva possível (MERHY, 2004, p.23).

Para Merhy, embora o segundo caminho seja mais defensável que o primeiro, ambos são insuficientes. Justamente por isso, ele aponta a necessidade de se reconhecer as especificidades-potências de produções de sujeitos que ele reconhece como “militantes” e “implicados” e propõe modos mais inovadores e adequados para não deixar de dinamizar esta crescente vertente de produção de conhecimento. Para ele, nestes casos, não estaríamos diante de situações em que os sujeitos “constroem questões objetos de conhecimento tão nítidos para os outros e isoláveis” como quando o pesquisador introduz no campo uma variável de modo planejado. E não estaríamos também, diante de sujeitos que “reconhecem que os seus posicionamentos ideológicos, culturais, afetivos ou equivalentes”, compõem o campo de estudo como “variáveis constitutivas e necessárias” e cujos atos seriam compreensíveis enquanto “fenômeno social”, ou ainda, por “redes de determinações estruturais destes fenômenos sociais e históricos” (MERHY, 2004, p.31).

Para ele, pelo contrário, estaríamos diante de situações nas quais não é possível ter “tão nítido a possibilidade de construção do sujeito epistêmico como um *a priori*, como garantia da cientificidade do empreendimento que busca construir um saber”. Cita o exemplo de situações nas quais o sujeito que propõem o que será conhecido está “tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo estes processos”. Destaca o fato deste sujeito do conhecimento ser também “sujeito da ação” e “sujeito interessado e que aposta em certas direções” para este processo que pretende ser estudado. Este sujeito, portanto, ambicionaria “ser epistêmico”, mas, ao mesmo tempo, intenciona “produzir conhecimentos e sistematizá-los para si e para outros, implicado com o seu lugar na ação” sob estudo (MERHY, 2004, p.31).



Assim, antes de qualquer situação epistêmica, este sujeito traz sua implicação. Por isso Merhy entende que estudos colocam desafios, tanto o de “operar validações de conhecimentos militantes, tendo como pressuposto que o encontro para isso não se dá *a priori* entre sujeitos epistêmicos, mas entre sujeitos implicados” quanto o de “operar a produção de saberes” que permitam aos “sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo” (MERHY, 2004, p.26).

Merhy agrega ainda mais complexidade sobre a relação desse sujeito com seu estudo na medida em que o sujeito que “interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno”. E mais do que isso, ao produzir saber sobre o que muitas vezes é sua práxis “mexe no seu próprio agir, imediatamente e de maneira implicada” e interroga-se como o “próprio protagonista do processo sob foco analítico, o que lhe faz colocar a si mesmo como objeto”, “tornando-se mais sujeito da ação” e “com mais ganhos de autonomia neste processo auto-analítico” (MERHY, 2004, p.31-32).

Então, além de reforçar mais uma vez a potência desse agir-produção para uma produção de conhecimento que seja ferramenta para ação de sujeitos comprometidos não só com a produção epistêmica, mas também com a ação de mudança da realidade estudada, Merhy indica caminhos de qualificação e validação do conhecimento similares aos propostos por Boaventura de Sousa Santos (1989). Para eles, é importante que o máximo possível de etapas de produção de conhecimento, para estes estudos ou quaisquer outros, possam ser permeadas de momentos de exposição e discussão com sujeitos tanto da comunidade científica como de diferentes grupos envolvidos ou interessados nas dimensões epistêmicas e práticas da produção.

Para Santos (1989), mesmo os estudos tradicionais e naqueles em que tenta separar o sujeito do objeto e neutralizar a interferência daquele neste, é necessário indagar e discutir em processos de diálogo do tipo os compromissos e implicações ético-políticas tanto dos pesquisadores quanto dos impactos de seus estudos no contexto social.

Também para Merhy, é através de um processo de validação pelo diálogo que os pesquisadores “acadêmicos ou científicos” devem não só expor seus



interesses, mas também as suas implicações em jogo e nesse processo comunicativo, na linha habermasiana, é que “se reconhecerão dando sentidos entre si, mesmo que se oponham, posicionando-se no espaço público quanto a este processo de validação do saber e de suas consequências” (MERHY, 2004, p.26).

Sugere, por fim, que, nos estudos caracterizados por este “conhecer militante do sujeito implicado” o mais importante:

[...] do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos auto-analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar (MERHY, 2004, p.32-33)

Podemos, com tudo o que foi dito, entender que nosso estudo se encaixa nesse tipo de produção especificamente tratada por Merhy. Mesmo que não se encaixasse, seria necessário observar as críticas e sugestões de todos os autores citados, tendo em vista o entendimento compartilhado por eles de que a separação entre sujeito e objeto é uma ilusão, ainda mais num estudo: no campo da saúde coletiva e das ciências sociais; sobre uma política pública de saúde contemporânea ao estudo e “conterrânea” ao autor; em que o autor possa ter diversas implicações com a política, seja como cidadão, com suas posições políticas particulares, seja como usuário, gestor ou trabalhador do sistema de saúde, seja como dirigente ou adversário dessa política.

No caso específico de nosso estudo, admitimos que fomos tímidos na inovação em termos de metodologia. De um lado, colocamos sim em prática diversas das recomendações apontadas nesta seção e buscamos o máximo possível trabalhar com a questão da implicação, não nos furtando de desenvolver processos auto e hetero-analíticos, em especial, ante às escolhas tomadas no processo de análise dos dados. De outro lado, o fato de termos optado por um estudo com base em dados secundários, que era o possível de realizar com competência levando-se em conta o tempo e o momento atual, possibilitou, sem maiores prejuízos, que utilizássemos metodologias mais clássicas, ainda que com toda atenção voltada para as escolhas, sempre implicadas, dos dados e informações a serem analisados e discutidos.



Outro ponto importante a ser destacado é o processo coletivo de produção do material dessa dissertação. Todas as fontes de dados utilizadas são fruto de documentos oficiais, pesquisas e avaliações de programas do MS. Fui membro da equipe dirigente que decidiu pela realização e execução de grande parte destes processos que geraram os dados utilizados aqui. A produção do dado em si, foi realizada por um número grande de profissionais e instituições que tomaram parte nos programas citados. A análise sobre os dados, a discussão de interpretações, a reflexão sobre impressões, hipótese e conclusões, os estudos que subsidiaram isso tudo, foi feito o máximo que possível em diferentes grupos responsáveis por estudar os temas específicos que provocam e alimentam cada um dos capítulos de 4 a 9. Estes capítulos são artigos escritos em coautoria com companheiros envolvidos com a construção e gestão da política, programa ou ação em pauta e com pesquisadores que apoiam, estudam e criticam estas ações. O reconhecimento radical das autorias me imporia acrescentar diversos membros das equipes do DAB e da atenção básica no SUS e os participantes dos seminários realizados no PPGCOL, onde as temáticas do PMAQ e da PNAB foram debatidas por diversas vezes. Por essa razão, quando isso ainda era uma proposta, o membro da banca, Ardigò Martino, recomendou que esse processo coletivo de produção fosse explicitado e valorizado na dissertação. Penso que parte significativa do conhecimento produzido aqui já circula pelas relações dos diversos e múltiplos coautores que participaram de sua produção e tem, desses diferentes sujeitos, também uma etapa de validação.

Podemos dizer que, ter produzido o conhecimento em grande parte a partir de processos coletivos, foi importante para refletir sobre o tema da implicação, mas também já demonstrou, e mostra que pode ser ainda explorado muito mais, o potencial de ser um dispositivo que interroga e transforma a práxis cotidiana nos coletivos responsáveis pela formulação, gestão e execução das políticas aqui estudadas.

1.2 O PERCURSO DE ESTUDO E PRODUÇÃO INDIVIDUAL/COLETIVA DA DISSERTAÇÃO

Ao fazer a seleção no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tínhamos a intenção de estudar o



PMAQ e, a partir dele, grande parte da PNAB, uma vez que o primeiro já era identificado como uma síntese da segunda.

Logo antes da seleção, havíamos produzido a seis mãos, com coautoria de Allan Sousa e Alexandre Florêncio, um artigo que analisava o contexto geral de criação do PMAQ e descrevia seus objetivos, fases e instrumentos. Observando os frutos dessa produção nos pareceu que o caminho utilizado na mesma poderia ser explorado em diversas outras dimensões. Foi com base nesta experiência e perspectiva que pensamos nos objetivos apresentados quando da seleção do mestrado.

Após a seleção, o objeto foi ficando mais claro pra nós e o objetivo da dissertação foi estabelecido como: analisar o PMAQ em dimensões relacionadas à sua formulação, implementação e avaliação inicial, compreendendo-o como estratégia síntese da Nova PNAB, e os elementos centrais dessa última induzidas e avaliadas por ele.

Entendemos que, antes de mais nada, o PMAQ seria estudado enquanto uma política pública, de modo que o primeiro esforço feito por nós, com ajuda de nosso orientador, foi realizar um extenso estudo para sistematizar conceitos do campo de análise de políticas para servir como quadro teórico-metodológico da dissertação. A exploração desse campo exigiu a combinação de referenciais de planos mais amplos e gerais com planos mais específicos do contexto da saúde, da reforma sanitária brasileira e das políticas de saúde do SUS.

O projeto originalmente reunia muitos objetivos. Assim, pretendia aprofundar a descrição e análise do PMAQ enquanto política pública; estudar seus papéis e impactos na nova PNAB; e compreender como os diversos sujeitos, que assumiram algum papel no programa ou eram afetados pelo mesmo, viam e falavam do PMAQ. Levando em conta esses objetivos, nos pareceu necessário um quadro inicial amplo que permitisse fazer uma análise situacional capaz de posicionar o processo político e os sujeitos nesse contexto. Assim, quando chegamos à qualificação, praticamente o que tínhamos conseguido produzir até aquele momento era uma sistematização deste quadro teórico-metodológico amplo, uma análise inicial sobre o PMAQ e a PNAB e o estabelecimento de objetivos específicos que se desdobrariam em novos estudos e explorações do objeto.



Contudo, as observações da banca de qualificação nos mostraram algumas questões centrais que exigiram um replanejamento do trabalho. A banca solicitou ajustes de elementos do quadro teórico-metodológico e de algumas conclusões presentes na análise inicial, das quais discordava. Demandou também o enriquecimento do quadro teórico-metodológico com outros conceitos e abordagens mais adequados a cada objeto específico que nos proporíamos a estudar. Além disso, alertou que a análise dos atores propostos (gestores nacionais e locais, usuários e mídia), de seus olhares e discursos sobre o PMAQ exigiria um trabalho muito grande e seria necessário reavaliarmos nossos objetivos. Avaliamos com o orientador na sequência e, de fato, concluímos não ter condições de realizar o projetado com o tempo e nas condições que tínhamos para trabalhar a dissertação, embora reafirmamos o desejo de fazê-lo como parte complementar e posterior.

Assim, após a qualificação, fizemos duas importantes alterações no projeto inicial

A primeira alteração foi a alteração do título da dissertação: se na qualificação era “Múltiplos olhares e vozes sobre o PMAQ”, na defesa a dissertação têm o título de “Múltiplos olhares sobre e a partir do PMAQ”. Com feito, se conseguimos nesta dissertação estudar o PMAQ por diferentes perspectivas e cumprindo diferentes papéis na PNAB, não foi possível trabalhar com dimensões que exigiriam trabalho de campo e coleta primária de dados e, justamente por isso, não pudemos pesquisar as visões e vozes sobre a política dos sujeitos sociais que havíamos programado. O material coletado na mídia sobre o PMAQ está em fase de análise e teremos condições, em breve, de finalizar a análise do conteúdo de publicações veiculadas desde o lançamento até o início do segundo ciclo. Contudo, não estava previsto, mas, a partir da análise dos dados da avaliação do PMAQ, foi possível analisar importantes aspectos do que acontece hoje na política de AB e nos serviços de AB no Brasil. Daí o motivo do título ter perdido as “vozes” mas ter ganhado os “olhares” a “partir” do PMAQ.

A segunda alteração foi o ajuste dos objetivos apresentados na qualificação para aqueles que serão apresentados a seguir no capítulo 2 desta dissertação. Além disso, decidimos que para cada um dos novos objetivos específicos seria produzido um estudo que deveria resultar num artigo. Considerando o exíguo tempo e o fato de que o próprio PMAQ tinha mobilizado uma série de pesquisas e coletas de dados os



mais diversos, tomamos a decisão de usar dados secundários para evitar nova etapa de trabalho de campo.

Além disso, para cada tema foram convidadas pessoas para, conforme sugestão do Prof. Ardigò Martino na banca de qualificação, propor um processo de estudo e produção coletiva dos artigos que, entre outras características e justificativas, operacionalizava algumas das recomendações discutidas acima: seja a de combinar sujeitos da gestão das políticas estudadas com pesquisadores apoiadores; seja a de estabelecer, desde a construção inicial do estudo, um processo de produção, conversação e diálogo coletivo; seja ainda a de utilizar a própria produção como dispositivo que produz crítica, retornos e transformação nos espaços mesmos onde as políticas e programas analisados são gestados e geridos.

Com efeito, 5 artigos e um capítulo de livro foram concluídos. Cada um deles constitui um capítulo desta dissertação, justamente os que vão do quarto ao nono. Na data de finalização desta dissertação um artigo já havia sido publicado, um capítulo de livro e outros 3 artigos já haviam sido aceitos para publicação. Este autor figura como o primeiro autor em 4 artigos e no capítulo de livro e como o segundo autor em 1 outro artigo, num rico processo que envolveu mais 11 autores, a saber: Alcindo Ferla; Alexandre Florêncio; Allan Sousa; Andreia Burille; Ângelo Zortea; Helvécio Magalhães Jr.; Izabella Matos; Mirceli Barbosa; Nilva Stédile; Ricardo Ceccim; e Rodolfo Koerner. Aos quais eu agradeço a parceria, trabalho conjunto e dedico, mais uma vez, esta dissertação.

2 DOS OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO E DO QUE FOI FEITO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ) em dimensões relacionadas à sua formulação, implementação e avaliação inicial, compreendendo-o como estratégia síntese da Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e os elementos centrais dessa última induzidas e avaliadas por ele.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Analisar a formulação do PMAQ no contexto geral da política nacional de saúde (PNS) e descrever seus objetivos, justificativas e desenho enquanto política pública a partir do discurso oficial de seu proponente, o MS.

2- Analisar a formulação do PMAQ e os diferentes papéis que assume no contexto específico da PNAB reunindo resultados de seus primeiros três anos de implantação com foco no desenvolvimento das apostas estratégicas do programa.

3- Analisar a mudança do financiamento federal da Atenção Básica (AB), em termos globais e identificando frações específicas, destacando o papel quantitativo e qualitativo do PMAQ.

4- Compreender o papel da opinião e avaliação do usuário, uma das apostas estratégicas do PMAQ, criticando e refletindo sobre os elementos destacados pela primeira experiência que se pretende sistemática e regular do MS de pesquisa da opinião do usuário com o objetivo de orientar e acompanhar o avanço da PNAB.

5- Identificar a prática de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelas equipes de atenção básica, outra aposta estratégica do PMAQ, e formular considerações e recomendações para o fortalecimento da presença da EPS no cotidiano da AB.



6- Analisar o quanto a AB cumpre ou não o papel apontado pela PNAB de principal porta de entrada do sistema, ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado e identificar o quanto o próprio PMAQ e outras políticas públicas nacionais buscam fazer a AB avançar nessa direção.

2.3 DO QUE FOI FEITO

A seguir apresentaremos de modo sumário cada um dos capítulos/artigos que compõe esta dissertação e que vão do capítulo 4 ao capítulo 9 da mesma. O capítulo 3 trata-se do quadro teórico metodológico e não foi concebido como artigo, embora a banca de defesa tenha sugerido transformá-lo também em um.

O capítulo 4 desta dissertação corresponde ao objetivo específico número 1 que é: analisar a formulação do PMAQ no contexto geral da PNS e descrever seus objetivos, justificativas e desenho enquanto política pública a partir do discurso oficial de seu proponente, o Ministério da Saúde.

O artigo recebeu o nome de “O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação”. Descreve as principais características e elementos constituintes do PMAQ, além de avaliar o processo inicial de sua implantação a partir da descrição de dados sobre a adesão dos municípios e das EAB. Realiza essa avaliação processando dados da adesão do próprio PMAQ disponibilizados pelo MS.

O artigo mostra ainda como o PMAQ se insere e se relaciona com o conjunto de estratégias prioritárias definidas pela PNAB e com outros movimentos mais amplos, iniciados também em 2011, de reorientação do modo como se organiza, avalia e financia o SUS. Por fim, utilizando as normativas e publicações oficiais, o artigo descreve as quatro fases que organizam o programa: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

O capítulo 5 corresponde ao objetivo específico número 2 da dissertação que é: analisar a formulação do PMAQ e os diferentes papéis que assume no contexto específico da PNAB reunindo resultados de seus primeiros três anos de implantação com foco no desenvolvimento das apostas estratégicas do programa.



O artigo recebeu o nome de: “o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora”. Contextualiza a formulação do PMAQ, analisa, com apoio de referenciais do campo de análise de políticas, os diferentes papéis do programa na nova PNAB. Busca identificar algumas ações estratégicas do PMAQ utilizadas para gerar movimento de mudança nos sujeitos locais e tenta perceber que evidências apontam para o quanto essas ações aconteceram na prática cotidiana das equipes participantes do programa. Assim, dá destaque tanto às ações que objetivaram mudar o processo de trabalho das equipes e o funcionamento das UBS -como o acolhimento, por exemplo- quanto às ações estratégicas do programa de mobilização e empoderamento dos atores locais para a mudança -como a adesão de gestores e trabalhadores, o apoio institucional e a EPS. Além disso, busca entender também em que medida o PMAQ alterou o financiamento da AB.

Para analisar o quanto o programa avançou na implementação dessas suas apostas centrais o artigo utiliza dados de três origens: aqueles que compõem o banco de dados do PMAQ, os do questionário aplicado pelo DAB/MS aos gestores de municípios que participaram do primeiro ciclo do PMAQ e indicadores de financiamento federal do SUS.

O capítulo 6 corresponde ao objetivo específico número 3 da dissertação que é: analisar a mudança do financiamento federal da AB, em termos globais e identificando frações específicas, destacando o papel quantitativo e qualitativo do PMAQ.

O capítulo de livro recebeu o nome de: “evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014”. No capítulo foi estudado o financiamento federal da AB, tanto em termos globais, analisando sua importância no conjunto do recurso geral da saúde no Brasil, quanto em frações específicas relacionadas a certas finalidades, programas e prioridades. Dentre os componentes do financiamento mereceu destaque a análise do componente de indução da qualidade que corresponde à expressão do PMAQ no financiamento da AB. Este componente foi analisado pelo que trouxe de inovação no financiamento federal da AB e pelo que representou de aumento no mesmo. A análise dos períodos foi feita por quadriênios para que destacar as prioridades de



cada governo e foi feita ainda uma breve comparação entre o montante e proporção de financiamento da união o das esferas municipal e estadual.

As fontes de estudo e de dados foram as portarias relacionadas ao financiamento da AB desde 1998 até 2014, as Leis Orçamentárias deste período, diversas publicações do MS e estudos relacionados ao tema.

O capítulo 7 corresponde ao objetivo específico número 4 da dissertação que é: compreender o papel da opinião e avaliação do usuário, uma das apostas estratégicas do PMAQ, criticando e refletindo sobre os elementos destacados pela primeira experiência que se pretende sistemática e regular do MS de pesquisa da opinião do usuário com o objetivo de orientar e acompanhar o avanço da PNAB.

O artigo recebeu o nome de: “Avaliação da Atenção Básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social”. Apresenta uma análise crítica-reflexiva de dados referentes a AB publicados no “Relatório de Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção a saúde”, realizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (BRASIL, 2012b) com 26.662 participantes, distribuídos em todo território nacional.

Um dos papéis estratégicos do PMAQ é dar voz aos usuários para que sua perspectiva possa influenciar a PNAB, seja na pesquisa feita com os mesmos, na indução de dispositivos de participação em cada serviço de AB, ou ainda pelo estímulo do programa para que o controle social participe de todas as suas etapas no municípios e em cada UBS. Daí a relevância do estudo da experiência da pesquisa da ouvidoria que foi a precursora de diversas outras iniciativas no Ministério da Saúde.

Os dados trabalhados no artigo foram gerados por meio de entrevistas feitas em ligações telefônicas assistidas por computador, a partir de contatos telefônicos das bases de dados fornecidas por empresas de telefonia. Os entrevistados responderam um questionário de 41 perguntas divididas em quatro partes: atenção básica; atenção odontológica; urgência e emergência; e perfil. Para quem não possuía histórico de utilização do SUS no período citado foram feitas perguntas para identificar o perfil do usuário e a opinião do mesmo quanto ao SUS e acesso a outras formas de assistência à saúde.



As análises expressas no capítulo-artigo foram geradas após a leitura do relatório de pesquisa e os dados relacionados ao perfil dos entrevistados e satisfação com o SUS foram recortados, agrupados e agregados em dois grupos: usuários e não usuários do SUS. Os dados referentes à avaliação da AB, gerados pelos entrevistados que referiram utilizar os serviços do SUS, também sofreram recortes e foram agrupados de acordo com os questionamentos. Após essa etapa elencou-se três eixos de apresentação: 1) quem são os usuários do SUS?; 2) Atenção Básica-referência de Cuidado; e 3) Satisfação com o SUS.

O capítulo 8 corresponde ao objetivo específico número 5 da dissertação que é: identificar a prática de EPS pelas EAB, outra aposta estratégica do PMAQ, e formular considerações e recomendações para o fortalecimento da presença da EPS no cotidiano da AB.

O artigo recebeu o nome de: “atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo PMAQ”. Nele se deu foco a uma das principais apostas estratégicas do PMAQ de mobilização e empoderamento dos sujeitos locais operadores da mudança nos serviços: a EPS. Fez-se uma revisão das questões relacionadas com a política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS, onde a EPS é apresentada como prática de ensino-aprendizagem inserida no trabalho. Analisou-se também iniciativas que apoiam o trabalho das ESF e que são prioridades da política de EP, como o Telessaúde, e questões relativas ao ensino-aprendizagem no cotidiano da AB. A análise mostrou potências, mas também importantes limites que o instrumento utilizado pelo PMAQ mostrou ter para captar o que acontece de EPS no cotidiano dos serviços.

O capítulo 9 corresponde ao objetivo específico número 6 da dissertação que é: analisar o quanto a AB cumpre ou não o papel apontado pela PNAB de principal porta de entrada do sistema, ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado e identificar o quanto o próprio PMAQ e outras políticas públicas nacionais buscam fazer a AB avançar nessa direção.

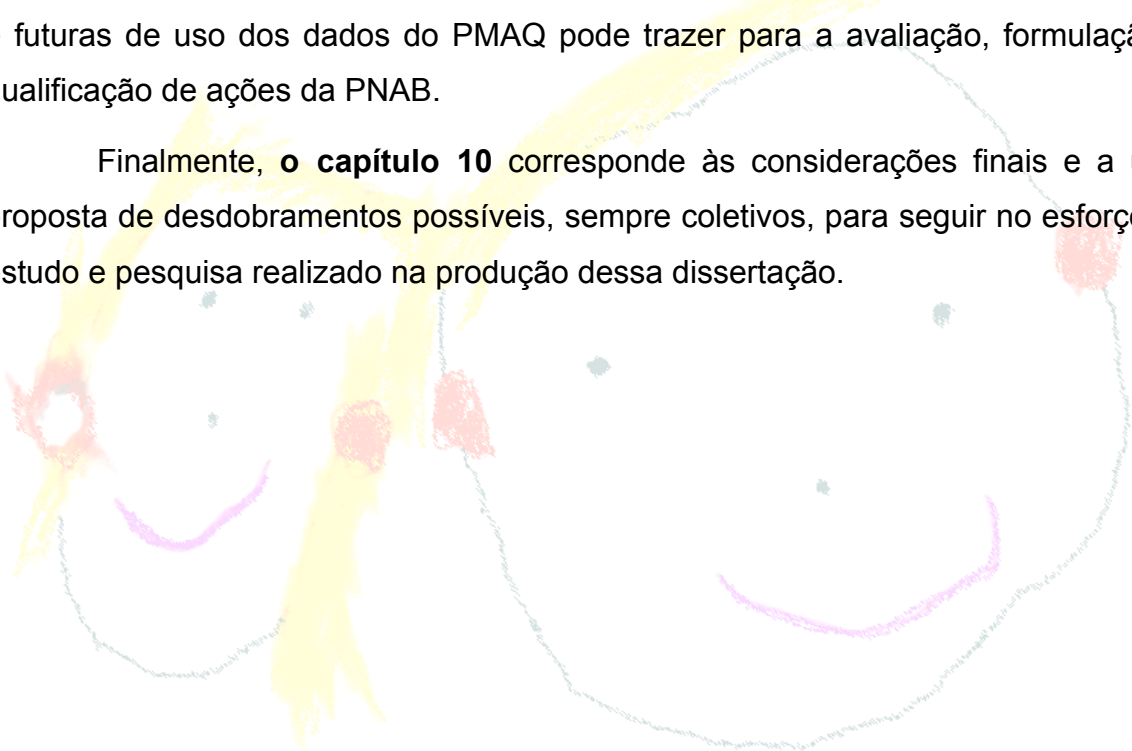
O artigo recebeu o nome de: “atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?”. Identificou-se no mesmo que tanto em normativas governamentais quanto na literatura especializada espera-se que a AB seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da RAS e a coordenadora do cuidado. Assim, os significados desses conceitos foram



aprofundados e dos mesmos buscou-se verificar o quanto os serviços e equipes de AB cumprem de fato este papel a partir da análise dos dados secundários do banco de dados da avaliação externa do PMAQ, do questionário aplicado pelo DAB aos gestores de municípios que participaram do primeiro ciclo do PMAQ e da pesquisa realizada com os usuários pela Ouvidoria Ativa do MS. Por fim, o artigo buscou ainda identificar políticas do próprio MS que buscam fortalecer a AB nestes papéis, fazendo uma busca especial dentre aquele conjunto de ações que, internacionalmente, são reconhecidas como pró-coordenação.

Com esse estudo buscamos também perceber a potência da avaliação do PMAQ para conflitar a AB real, ou melhor, aquilo que os instrumentos do programa conseguem captar no cotidiano vivido pelas equipes, com certas apostas do que a AB pode ou deveria ser. Um exercício importante para pensar possibilidades atuais e futuras de uso dos dados do PMAQ pode trazer para a avaliação, formulação e qualificação de ações da PNAB.

Finalmente, o **capítulo 10** corresponde às considerações finais e a uma proposta de desdobramentos possíveis, sempre coletivos, para seguir no esforço de estudo e pesquisa realizado na produção dessa dissertação.



3 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 O PMAQ COMO REVELADOR PRIVILEGIADO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Como já citado na introdução, segundo Pinto, Sousa e Ferla (2014), o PMAQ se articula com diversas iniciativas da PNAB estabelecendo uma relação de “síntese e sinergia com quase a totalidade delas”. Nossa hipótese é que, estudando o PMAQ, temos uma visão privilegiada e sintética de toda a PNAB o que nos permite um olhar aguçado sobre as fases, ou momentos, de formulação, decisão, implantação e avaliação de grande parte da nova PNAB. A seguir, expomos diversas razões que nos levam a acreditar nesta hipótese.

O MS afirma que o PMAQ é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS” (BRASIL, 2011j) no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a PNAB, chamada pelo nome/mote de “Saúde Mais Perto de Você”. Contudo, mais importante que as declarações, é o quanto isso se expressa, concretamente, em políticas e, em particular, como parte do orçamento público.

Emerson Merhy (1992), ao estudar a política de saúde pública no estado de São Paulo entre os anos de 1920 a 1948, apontou que a partir dos dados orçamentários é possível buscar entender rumos e significados do projeto institucional de um determinado governo, além de acompanhar uma forma de expressão real do percurso de efetivação de sua política governamental (MERHY, 1992).

Considerando esse pressuposto, nos interessa perceber que o PMAQ passou a ser um importante elemento, qualitativo e quantitativo, do novo desenho de financiamento da AB instituído em 2011 (PINTO; KOERNER; SILVA 2012; PINTO; MIRANDA JR.; KOERNER, 2014).



Além disso, esse importante componente do financiamento pode ser visto também, ao mesmo tempo, como:

- (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; e
- (e) dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014)

Este programa, com diversas dimensões e papéis na PNAB, se desdobra em fases (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) de: contratualização de objetivos e ações; de 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 co-gestão (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.

Esse desenho revela com facilidade um conjunto de elementos importantes para o estudo das políticas públicas. Aponta quais macro problemas esta 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 e objetivos (MATUS, 1993), é também facilmente perceptível na medida em que o PMAQ, conforme Pinto, Sousa e Florêncio (2012), 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”. Segundo esses autores, a qualidade no programa “não é apreendida como topos ou platô e sim como ‘fluxo’ e ‘movimento’ devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da Política, de suas estratégias e instrumentos”.

Assim, além de revelar seus objetivos num quadro que permite a construção de uma certa situação desejada – com conteúdo, significados e sentido da mudança - ainda que em movimento permanente, ele aponta também os atores que este governo elege como portadores de capacidade de mudança, pois o PMAQ aposta

[...] 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” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Por isso, entre outras coisas, que se fala em gerar, envolver e responsabilizar atores locais “num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica” (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2011j).

Com isso entendemos que, para os propositores do programa, seriam esses sujeitos que se pretende mobilizar os “atores estratégicos que, a partir de um movimento de acumulação de poder e produção de fluxos e ações, conduziram a mudança na direção pretendida” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012) o PMAQ é um programa que induz, avalia e acompanha a implantação e desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas outras ações que compõem a PNAB, exatamente as mais estratégicas que, por este motivo, foram priorizadas dentro do programa. Isso se dá, justamente, por combinar, num desenho cíclico e continuado, ações de autoavaliação (BRASIL, 2011k), monitoramento de indicadores (BRASIL, 2011j) e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011i).

Ora, isso permite avaliar e acompanhar o grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto naquilo da PNS que tem interface com a AB e é prioritário. Assim, também por esse motivo, facilita o olhar sobre as fases de



implantação e avaliação (MENICUCCI; BRASIL, 2010) de outras políticas prioritárias da PNAB além, é claro, dele mesmo.

Assim, conforme já enunciavam Pinto, Sousa e Ferla (2014), por todas estas razões o PMAQ é para nós um revelador da nova PNAB que, com o instrumental analítico do campo de análise de políticas públicas (COSTA; DAGNINO, 2008; MENICUCCI; BRASIL, 2010), expõe os elementos essenciais dessa política e permite compreender tanto a dinâmica dos atores quanto a construção de novas agendas.

Uma análise mais próxima de experiências concretas e singulares e da realidade local é desejável para, em estudos futuros, dimensionar o efeito concreto do que, nessa dissertação, foi destacado como características de um processo de âmbito nacional, negando, afirmando ou modificando alguns de seus achados e hipóteses em cada situação específica ou num conjunto delas.

3.2 APROXIMANDO DO CAMPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS

Uma vez escolhido o recorte PMAQ dentro do conjunto de ações da nova PNAB, o próximo passo foi escolher o campo teórico que nos permitiria analisar a política com um olhar que respondesse às perguntas que ainda, em movimento dialético (MARX, 1997), estavam em construção.

Para ajudar a diferenciar os objetos, recortes, usos e metodologias das abordagens de campos como ciência política, administração, avaliação de programa e a análise de política, nos foi muito esclarecedor os trabalhos de Costa e Dagnino (2008). Para eles o problema das ciências sociais se concentra no estudo do contexto político, econômico e social que “governaria o governo carente de autodeterminação e autonomia relativa”, seja nas abordagens pluralistas, com seu “aleatorismo e multiplicidade de atores”, seja nas abordagens marxistas mais deterministas que explicam as políticas, “em última instância pela estrutura econômica onde prevalece o interesse da classe hegemônica capitalista” (COSTA; DAGNINO 2008, p. 20). Assim, segundo esses autores, as ciências sociais dariam mais foco na “política (*politics*) e não nas políticas (*policies*), no sistema e processo



político (*political process*) e não o processo de elaboração de políticas (*policy process*)”.

Ainda que com a óbvia necessidade de contextualização, esta dissertação pretende dar mais foco à política pública específica do PMAQ que ao contexto político amplo que a tornou possível. Assim, seria o caso de aproximar dos campos da administração geral, da administração pública ou mesmo da avaliação de programas de saúde?

Segundo Costa e Dagnino (2008) o enfoque da administração pública, por outro lado, tem como premissa “a separação entre o político e o administrativo, o mundo da política e o das organizações, a tomada de decisão e a implementação”. O primeiro tempo desta dicotomia é entendido como “caracterizado pelo conflito de interesses e o dissenso político” e, o segundo, “pelo consenso técnico em torno de um interesse comum: implantar eficientemente o que havia sido, não interessa como nem porque, decidido”. O tema da administração era executar da melhor forma possível o que havia sido decidido (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 20).

Concordamos com os autores no entendimento que não é possível restringir tanto o campo de análise a ponto de deixar escapar elementos do “sistema” delimitado que, obviamente, se relaciona com o que é externo a ele.

Costa e Dagnino (2008) fazem uma ampla sistematização de autores e correntes no campo da análise de políticas a partir da obra de Ham e Hill (1993). Utilizam uma definição de partida, a de Bardach, para o qual a Análise de Políticas é considerada como um conjunto de conhecimentos proporcionado por diversas disciplinas das ciências humanas utilizados para buscar resolver ou analisar problemas concretos em política pública (COSTA; DAGNINO, 2008).

Contudo, partem daí para ampliar essa definição reforçando que o escopo da Análise de Política vai muito além dos “estudos e decisões dos analistas, porque a política pública pode influenciar a vida de todos os afetados por problemas das esferas pública (*policy*) e política (*politics*), dado que os processos e resultados de políticas sempre envolvem a vários grupos sociais” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 90).

Ampliam ainda mais a definição na medida que sustentam que a Análise de Política engloba o amplo espectro de atividades envolvidas com o exame das



causas e consequências da ação governamental. Essa amplitude englobaria inclusive a análise dos problemas com que se defrontam os fazedores de política (*policy makers*), com objetivo auxiliar de buscar o equacionamento dos mesmos através do emprego de criatividade, imaginação e habilidade.

Valendo-se de Ham e Hill, Costa e Dagnino (2008) concluem que:

[...] segundo os pesquisadores que fundam o campo “*policy orientation*” a análise de política é também “*problem-oriented*” o que demanda e suscita a interdisciplinaridade. A análise de política se caracteriza, assim, pela sua orientação aplicada, socialmente relevante, multidisciplinar, integradora e direcionada à solução de problemas (p. 24).

Quanto à articulação entre abordagem e perspectiva dos estudos de Análise de Política, Costa e Dagnino (2008) sintetizam a posição de Ham e Hill e classificam os estudos em duas grandes categorias:

- 1) A análise que tem como objetivo desenvolver conhecimentos sobre o processo de elaboração políticas (formulação, implementação e avaliação) em si mesmo — estudos sobre as características das políticas e o processo de elaboração de políticas — que revelam, portanto, uma orientação predominantemente descritiva;
- 2) E a análise voltada a apoiar os fazedores de política, agregando conhecimento ao processo de elaboração de políticas, envolvendo-se diretamente na tomada de decisões, revelando assim um caráter mais prescritivo ou propositivo. (COSTA; DAGNINO, 2009, p. 92) NÃO É 2008???

Costa e Dagnino (2008) agregam a posição de Dye que considera que a Análise de Política tem um papel importante na ampliação do conhecimento da ação do governo e pode ajudar os “fazedores de política” (*policy makers*, no original) a melhorar a qualidade das políticas públicas. Anotam ainda que tanto Lasswell quanto Dror, outros importantes teóricos do campo, concordam que a Análise de Política é tanto descritiva quanto prescritiva. Por fim, traz a visão de Wildavsky para o qual a Análise Política está preocupada tanto com o planejamento e a qualificação da política enquanto ação governamental (*policy*) como com a política (*politics*).

A partir da sistematização de diversos autores, dentre eles Hogwood e Gunn, que por sua vez se basearam em Gordon, Lewis e Young, Costa e Dagnino (2008), propõem uma tipologia dos estudos de Análise de Política que vão desde os estudos descritivos - “análise do conteúdo da política” — até os francamente normativos — “defesa de políticas”. Seriam eles:



- i) Estudo do conteúdo das políticas (*study of policy content*), no qual os analistas procuram descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas, isto é, determinar como elas surgiram, como foram implementadas e quais os seus resultados;
- ii) Estudo do processo das políticas (*study of policy process*): nele, os analistas dirigem a atenção para os estágios pelos quais passam questões e avaliam a influência de diferentes fatores, sobretudo na formulação das políticas;
- iii) Estudo do resultado das políticas (*study of policy output*), no qual os analistas procuram explicar como os gastos e serviços variam em diferentes áreas, razão por que tomam as políticas como variáveis dependentes e tentam compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos e outros;
- iv) Estudo de avaliação (*evaluation study*), no qual se procura identificar o impacto que as políticas têm sobre a população;
- v) Informação para elaboração de políticas (*information for policy making*): neste caso, o governo e os analistas acadêmicos organizam os dados para auxiliar a elaboração de políticas e a tomada de decisões;
- vi) Defesa de processos (*process advocacy*): os analistas procuram melhorar os sistemas de elaboração de políticas e a máquina de governo, mediante a realocação de funções, tarefas e enfoques para avaliação de opções;
- vii) Defesa de políticas (*policy advocacy*), atividade exercida por intermédio de grupos de pressão, em defesa de ideias ou opções específicas no processo de políticas (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 93).

Em resumo, acompanhamos esses autores na pertinência de utilizar o campo da Análise de Políticas para estudar o PMAQ. Entendemos que nosso esforço vai no sentido de, segundo a tipologia proposta de estudos em Análise de Política, estudar o conteúdo, o processo e o resultado da política PMAQ. É claro que buscaremos, sempre que oportuno, contribuir com a qualificação de política através da identificação de problemas e dificuldades e a proposição de correções e incrementos, mas não será este o foco do trabalho.

Por fim, registramos ainda a rica sugestão que estes autores fazem quanto a utilizar uma abordagem interdisciplinar combinando algumas vezes a Análise de Política com o Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1993) para estudar, avaliar e gerir as políticas públicas (COSTA; DAGNINO, 2008). Debateremos sobre essa combinação à frente na seção que trata quadro teórico-metodológico.



3.3 ABORDAGENS E NÍVEIS DE ANÁLISE DE POLÍTICAS

Ao aproximar simultaneamente do campo de Análise de Políticas e estudar trabalhos de autores da Saúde Coletiva brasileira que estudaram políticas públicas de saúde, percebemos que estas pesquisas trabalham com diferentes níveis de análise e posições que podem ser conciliadas ou não. Uma quantidade grande de estudos são bem delimitados e se ocupam quase que estritamente da execução administrativa e funcional de um dado programa, avaliam a implementação e os resultados do mesmo sem escapar deste foco. Outros estudam reformas políticas de saúde no contexto das mudanças mais globais no Estado e na sociedade brasileira. Há ainda aqueles que, mesmo estudando processos específicos, analisam sua dinâmica política, possibilidades e restrições com o auxílio de um campo de análise mais amplo.

Nesses inúmeros desenhos operam distintos conceitos de Estado e variados modos de recortar política pública produzida por ele. Assim, a tarefa mostrou ser não só eleger e se apropriar de alguns conceitos, mas contextualizá-los nos quadros teóricos a partir do qual foram construídos e no contexto metodológico que foram empregados.

Com efeito, foi necessário estudar diferentes autores e pesquisar tanto o quadro teórico que os embasa como os objetos, metodologias e potência operacional que o conceito ganhou nos estudos que produziram. À frente, apresentamos um pouco deste esforço e, no mesmo movimento, vamos construindo sínteses que comporão nosso quadro teórico.

Nos parece ser um bom guia para nosso estudo as indicações de Merhy (1992), quando em uma investigação que pretendeu analisar momentos de decisão e formulação da saúde pública da primeira metade do século passado, chamou a atenção também para as arenas decisórias das políticas sociais e destacou a necessidade de que os estudos devam tentar entender o como e o quanto as opções políticas nessas arenas dizem respeito ao processo político mais abrangente.



Aprofundando o tema, Merhy apontou que não seria “suficiente apreender os momentos de institucionalização das políticas do setor e as correntes tecnológicas que se vinculam à formulação”, seria necessário também “procurar entender como estes elementos articulam-se em um dado processo social, que coloca frente a frente, em disputa, o conjunto dos sujeitos sociais na constituição histórica de determinada sociedade”. Com efeito esta direção obriga a usar um referencial teórico que “elabore de forma mais ampla o conjunto dos elementos da estrutura social, e que tome o campo específico da relação entre sociedade, Estado e políticas sociais como sua questão central” (MERHY, 1992, p. 21).

Viana (1997, p. 209) argumentou que os estudos de políticas públicas na área da saúde costumam ter três abordagens. A primeira seria a “Contextualista” que teria foco na análise do contexto externo e na estrutura socioeconômica buscando aí os fatores explicativos para o surgimento de novas necessidades no terreno das políticas públicas. Apontou que a maior parte das abordagens Pluralista e Marxistas podem ser compreendidas aí. A segunda abordagem seria a “Institucionalista” que buscaria suas explicações nos processos decisórios e organizacionais do aparato público e no ambiente cultural e institucional da política pública. Esta abordagem, em relação à anterior, evidencia a importância das instituições estatais na formação das políticas públicas. A última abordagem seria a “Política” que tentaria elucidar a formação dos sistemas de proteção social pelo sistema político através da análise das relações de poder, do papel dos partidos políticos e da relação capital trabalho. Viana (1997) conclui que o melhor “approach” é o que envolve as três fontes explicativas, modelo que ela chama de “multicausal”.

Silvia Gerschman (1995) utilizou um modelo baseado em Clauss Offe, para quem, na análise da política social, existem dois planos, o estrutural e o singular, articulados mediante relações que se estabelecem no plano específico do político. No primeiro as políticas sociais estariam ligadas ao Estado capitalista e às suas determinações estruturais, no segundo elas são consideradas pelas suas peculiaridades que as distinguem de outras políticas, e sua singularidade pode ser captada por meio da pesquisa empírica centrada em dois eixos básicos a “evolução, modificações e inovações de uma política social dada” e a “relação entre estratégias racionalização administrativa e a implementação de inovações políticas” (GERSCHMAN, 1995, p. 46).



Contudo, ela opera algumas adaptações importantes no modelo de Offe. A primeira é a combinação no Plano Estrutural do enfoque marxista de Offe com elementos do Pluralismo para dar conta do processo de complexificação do social uma vez que “no estágio atual do processo de acumulação capitalista não podemos localizar com nitidez as duas classes sociais antagônicas”. Para ela, compreender nessa diversificação social o comportamento dos atores políticos é essencial para compreender as inovações políticas. Além disso, esses atores políticos podem assumir interesses distintos: “de classe, corporativos, de grupos, individuais que podem ou não se exprimir ideologicamente” (GERSCHMAN, 1995, p. 49).

A segunda adaptação importante é fazer incidir não só no Plano Singular, mas também no Estrutural a história das demandas sociais e das políticas sociais, colocando a necessidade de fazer em ambos “um corte diacrônico (histórico)”. (GERSCHMAN, 1995, p. 50).

Para analisar e organizar as diversas contribuições, achamos oportuno combinar a indicação dos Planos Estruturais e Singular de Offe, modificados por Gerschman (1995), com a sistematização de “níveis de análise de política” construído por Costa e Dagnino (2008) a partir de diversos autores do campo de Análise de Política. Para estes últimos, uma análise adequada precisa explorar três níveis que podem ser entendidos, ao mesmo tempo, como níveis em que se dão realmente as relações políticas (*policy* e *politics*) e como categorias analíticas, isto é, como níveis em que estas relações deveriam ser analisadas. São eles:

- i) **Do funcionamento da estrutura administrativa (institucional).** É o nível superficial das ligações e redes intra e inter agências, determinadas por fluxos de recursos e de autoridade etc., em que a análise está centrada no processo de decisão no interior das organizações e nas relações entre elas. É o que se pode denominar nível da aparência ou superficial;
- ii) **Do processo de decisão.** É o nível, em que se manifestam os interesses presentes no âmbito da estrutura administrativa, isto é, dos grupos políticos presentes no seu interior e que influenciam no conteúdo das decisões tomadas. Dado que os grupos existentes no interior de uma organização respondem a demandas de outros grupos externos, situados em outras instituições públicas e em organizações privadas, as características e o funcionamento da mesma não podem ser adequadamente entendidos a não ser em função das relações de poder que se manifestam entre esses grupos. É o que se pode denominar nível dos interesses dos atores;
- iii) **Das relações entre Estado e sociedade.** É o nível da



estrutura de poder e das regras de sua formação, o da “infra-estrutura econômico-material”. É o determinado pelas funções do Estado que asseguram a acumulação capitalista e a normatização das relações entre os grupos sociais. É o que explica, em última instância, a conformação dos outros dois níveis, quando pensados como níveis da realidade, ou as características que assumem as relações a serem investigadas, quando pensados como níveis de análise. Este nível de análise trata da função das agências estatais que, em sociedades capitalistas avançadas é, em última análise, o que assegura o processo de acumulação de capital e a sua legitimação perante a sociedade. É o que se pode denominar nível da essência ou estrutural (COSTA; DAGNINO 2008, p. 98).

Costa e Dagnino (2008) ressaltaram que a análise deve desenvolver-se de forma reiterada (em ciclos de retroalimentação) do primeiro para o terceiro níveis e vice versa buscando responder as perguntas suscitadas pela pesquisa em cada nível.

Em nosso processo de análise vamos nos referir aos níveis compreendendo que os dois primeiros encontram-se no Plano Singular de Gerschman (1995) e o terceiro no Plano Estrutural. Começaremos por este último nível a sistematização das contribuições que comporão o modelo teórico-metodológico que orientará nossa análise nesse estudo e seguiremos nas próximas seções o movimento de ir do geral, para o específico e singular.

3.4 ANALISANDO A RELAÇÃO ESTADO/SOCIEDADE

Costa e Dagnino (2008) advertiram que “o modelo que o analista utiliza para entender as relações entre Estado e sociedade é crucial para os resultados que se obtém ao analisar” contudo, chamaram a atenção para o fato de que a escolha do modelo de Estado considerado “deve dar-se tendo em vista as características específicas da política em análise”. Mesmo que a visão particular do analista seja mais próxima de uma das quatro visões, apresentadas à frente, “ele não deve descartar a possibilidade de que a análise da política em foco tenha, como guia metodológico, uma das outras visões”. Sumarizaram o que seriam para eles os quatro modelos teóricos de relação entre o Estado e a sociedade: o Pluralista, o Elitista, o Corporativo e o Marxista (COSTA; DAGNINO 2008, p. 101).



O Pluralista, segundo eles, enfatizaria as restrições que colocam sobre o Estado um grande espectro de grupos de pressão dotados de poder diferenciado nas diversas áreas onde se conformam as políticas públicas, embora nenhum seja sempre dominante. Para esta visão a política pública seria o resultado das preferências desses grupos e os atores governamentais seriam apenas mais um destes grupos dentre tantos outros.

O modelo Elitista seria um desenvolvimento do Pluralismo passando a aceitar que existem elites e que o poder seria exercido por um pequeno número de interesses sociais, bem organizados e com habilidade de alcançar seus objetivos.

Já o modelo Corporativo manteria a ênfase na atuação dos grupos de pressão, mas integraria os mesmos ao Estado, que seria entendido como um mecanismo de controle de conflitos entre os grupos, subordinando-os aos interesses mais abrangentes e de longo prazo do Estado. Este modelo valorizaria mais organizações e instituições de representação da sociedade civil (como sindicatos patronais e de trabalhadores) e reforçaria uma autonomia relativa do Estado e de sua tecnoburocracia.

Por fim, o modelo Marxista destacaria a influência dos interesses econômicos na ação política e veria o Estado como um importante meio para o predomínio de uma classe social particular sobre as demais num contexto de luta de classes. Contudo, apontaram diversas subdivisões dentro deste modelo com consideráveis consequências para o modo de olhar e os resultados encontrados num estudo que se baseia exclusivamente em uma ou outra subdivisão (COSTA; DAGNINO, 2008).

Na perspectiva marxista, os autores fazem duas importantes observações. Alertam que as visões Instrumentalista, Funcionalista, Estruturalista e a da Lógica do Capital, ainda que tenham diferenças importantes, analisam o Estado e explicam as políticas públicas sempre a partir da lógica das determinações do modo de produção capitalista, dos imperativos do processo de acumulação capitalista e/ou segundo os interesses da classe capitalista. Em comum concedem quase nenhuma autonomia ao Estado e seus integrantes. Por esta razão, independente de suas diferenças, são criticados e rejeitados como base para a Análise de Políticas pelo conjunto dos autores que consideramos em nossa revisão até o momento.



Outra observação feita por Costa e Dagnino (2008) deu conta que as visões que denominam “Escola de Frankfurt”, identificada com seu principal teórico, Claus Offe, e a do “Estado como Árbitro”, identificada com Nicos Poulantzas, percebem o Estado com mais autonomia relativa e espaço privilegiado de luta social e de exercício do poder político. Na primeira, segundo eles, o Estado é o lugar de institucionalização do poder político e procura implementar e garantir o interesse coletivo numa sociedade de classes dominada pelo capital. Na segunda, o Estado, nas situações de crise com relativo equilíbrio das forças sociais, poderia intervir para impor políticas estabilizadoras que, embora não controladas pela classe capitalista, servem aos seus interesses de longo prazo e, nas situações normais (não de crise) o Estado atuaria como arbitro entre a luta de frações da classe dominante. Nesta visão a tecnoburocracia estatal é vista como grupo distinto da classe capitalista (COSTA; DAGNINO, 2008).

Todos os autores que pesquisamos criticam os recortes funcionalistas e estruturalistas que reduzem a compreensão do Estado a uma agência controlada desde fora. Nilson Costa (1998), alertando contra a simplificação da atuação estatal operada pelo funcionalismo e estruturalismo, identifica que há

[...] grande diferenciação metodológica entre os estudos de uma perspectiva instrumental-funcional da ação governamental e o tratamento das decisões públicas como um espaço não redutível à vontade absoluta dos grupos de interesses ou às preferências das elites dominantes que expressariam os interesses de mercado ou da economia (COSTA, 1998, p. 12).

Para ele, a perspectiva instrumental-funcional tem levado ao abandono de mediações institucionais que decididamente atuam nos processos decisórios de políticas públicas e, portanto, têm empobrecido as análises das mesmas.

Entre os estudos que pesquisamos, as duas últimas visões apresentadas acima, dentro do Modelo Marxista, são as que mais foram consideradas para fazer leituras de recorte ampliado. Senão vejamos. Claus Offe foi a principal referência de Silvia Gerschman para pensar o Estado no seu estudo sobre a Reforma Sanitária (GERSCHMAN, 1995). Utilizou este pensador agregando elementos do Pluralismo, como dissemos acima, na análise do Plano Estrutural e fazendo incidir nos mesmo a história das demandas e políticas sociais. Especialmente no Plano Singular combinou sua perspectiva com conceitos de Max Weber, para entender o



funcionamento do Estado, e teóricos latino-americanos, para pensar especificidades da região.

Já para Carlos Nelson Coutinho (1995) - pensando as políticas e os modelos de Estado -, para Sonia Fleury Teixeira (1995) - estudando a Reforma Sanitária - e para Emerson Merhy (1992) - pesquisando as políticas de saúde no estado de São Paulo na primeira metade do século passado -, uma referência forte, ainda que sempre combinada com outras perspectivas, foi o último Nicos Poulantzas (2000) em sua vertente mais historicista (COUTINHO, 1994) e desenvolvedora do chamado marxismo de luta de classes (CARNOY, 2003).

Para Carnoy (2003), Clauss Offe fez uma certa junção de Marx com Weber para pensar o Estado, seu funcionamento e atuação da burocracia Estatal. Sistematizando o pensamento de Offe, o autor apontou que ele seria crítico da visão do Estado como objeto cujas ações são determinadas de fora pra dentro, seja a partir de uma teoria da influência presente nos funcionalistas, seja numa teoria do constrangimento presente nos Marxistas Estruturalistas. Contudo, para ele, Offe não deixaria de entender o Estado como profundamente comprometido com todo o processo de acumulação do capital, representando o interesse de conjunto e de longo prazo dos capitalistas, ainda que isso possa significar conflito em momentos específicos com frações dessa classe. Deste modo, Offe enfatizaria o caráter econômico do Estado, em detrimento de sua função hegemônica na reprodução das relações de produção, presente em Gramsci e no último Poulantzas. Perceberia a burocracia estatal com relativa autonomia, mas com possibilidades de ação limitadas. Deste modo, a análise se deslocaria para os modos como esta burocracia toma as decisões num contexto em que o Estado cumpre um papel determinado numa dada sociedade.

Silvia Gershman (1995), também destacou a diferença da abordagem de Offe para a visão marxista de cunho estrutural-funcionalista. Segundo a autora, Offe explicaria as políticas sociais ou por servirem às necessidades do processo de acumulação capitalista ou por possibilitarem que o Estado se legitime perante às exigências dos grupos sociais. As inovações nesta área obedeceriam à compatibilização de estratégias que se dariam na esfera do político e o Estado reagiria tanto às necessidades quanto às exigências de acordo com as instituições políticas e as relações de força na sociedade canalizadas por estas instituições.



Gershman (1995) deu relevo ainda à afirmação de Offe de que a política social não estaria a serviço de qualquer classe, mas reagiria a problemas estruturais do aparelho de Estado de dominação e de prestação de serviços e, com isso, conclui que as inovações na política social criam condições de interações conflitivas entre grupos e classes sociais de modo que seus resultados sejam imprevisíveis ou ambivalentes.

Já para Poulantzas (2000) o Estado capitalista seria uma arena de conflitos de classes ao mesmo tempo que produto desta luta de classes dentro do Estado. A política não seria simplesmente a organização do poder de classe através do Estado pelos grupos dominantes da classe capitalista e o uso desse poder para manipular e reprimir os grupos subordinados, seria também o lugar do conflito organizado pelos grupos dominados para influenciar os planos de ação do Estado e ganhar o controle dos aparelhos do Estado e dos aparelhos políticos fora do estado. Assim, o estabelecimento da política de Estado deve ser considerada como o resultado das contradições de classe inerentes ao próprio Estado e compreendendo que o mesmo não é um bloco monolítico, mas um campo estratégico de luta, apresentando conflitos, inclusive, entre seus próprios aparelhos constituintes.

Para Coutinho (1994), esse deslocamento de conceito do Estado operado por Poulantzas, traz a luta de classes para o núcleo do Estado. Ele superaria a perspectiva de Gramsci (2000) e incluiria o Estado como parte da hegemonia da classe dominante, o que significa que a luta de classes atravessa e constitui o Estado assumindo uma forma específica dentro dele. Complementa destacando que Poulantzas incorpora à tradição gramsciana muitas das formulações da teoria francesa sobre o Capitalismo Monopolista de Estado e das posições dos marxistas alemães ligados à Escola Derivacionista, “ainda que o faça de modo extremamente crítico, isto é, sem partilhar de uma certa unilateralidade economicista presente em ambas as correntes” (COUTINHO, 1994, p. 65). Para Coutinho, está contido nos últimos trabalhos de Poulantzas a formulação mais incisiva dessa teoria ampliada do Estado e da concepção processual da transição ao socialismo.

Sonia Draibe (1985), estudando o contexto político dos anos 30 no Brasil, pareceu reforçar esta concepção de Estado na medida em que considerou que o mecanismo político de reprodução da autonomia do Estado manifesta-se na sua capacidade de atendimento, através de suas políticas, de interesses múltiplos,



heterogêneos, ao reequilibrar, dentro de suas estrutura, interesses sociais tendencialmente desequilibrados. Apontou para um Estado árbitro, próximo do Estado em tempos de crise de Poulantzas, o que guarda coerência na medida que estudou o Brasil no período da Revolução de 30.

Também Sonia Fleury Teixeira (1995), quando argumentou que num estudo das políticas públicas o Estado não pode ser entendido de modo restrito e alertou para as limitações da concepção marxismo-funcionalista. Defendeu a ampliação da concepção de Estado e a incorporação das análises de teóricos marxistas contemporâneos que possibilitou transpor a compreensão da política pública para além de seu caráter legitimador como um espaço na luta pela manutenção da hegemonia ou na consolidação de propostas contra-hegemônicas e formação de um novo bloco histórico. Superou a perspectiva de Offe substituindo a análise da legitimação pela análise da luta pela hegemonia, tendo o Estado como lugar privilegiado dessa luta. Nesta perspectiva procura-se conhecer não apenas os determinantes estruturais da intervenção estatal mas, mais especificamente, os processos históricos que configuram distintos padrões de relação Estado/Classes sociais.

Merhy (1992, p. 40), por sua vez, também afirmou que é preciso entender o Estado como um dos sujeitos sociais e que isso “é uma posição que deve levar em consideração o fato de que ele, efetivamente, foi produto do processo histórico constituído no campo da luta de classes, expressão de uma dada condensação de forças sociais enquanto bloco histórico” (MERHY, 1992, p. 40). Complementou afirmando que as classes sociais ao se produzirem nas lutas sociais, constituem suas arenas políticas e consolidam suas direções políticas na materialidade do Estado.

Considerando todas estas contribuições, utilizaremos para esta dissertação a concepção do Estado e de sua relação com a classes sociais com base na formulação do último Poulantzas (2000) e enriquecida pelas interpretações e agregações de Martin Carnoy, Carlos Nelson Coutinho, Sonia Draibe, Sonia Fleury Teixeira, e Emerson Merhy, citadas acima. Incorporaremos também as indicações de Silvia Gershman naquilo que se refere ao funcionamento do Estado, que tem eficácia no que ela chama de plano singular.



O esforço deste trabalho será utilizar esses referenciais teóricos, e os conceitos operativos que nos oferecem, para compreender o Estado brasileiro e a relação que estabelece com as classes sociais e a sociedade como um todo no contexto no qual ocorre a modificação da PNAB e formulação e implantação do PMAQ, a fim de compreender que explicações, sentidos, oportunidades, dificuldades e limitações essa relação coloca para a emergência, construção e implementação desta política. Este esforço de construção do quadro deve observar o alerta de Teixeira (1995) para quem mais que aplicar a cada contexto as lei gerais de determinação e condicionamento, interessa buscar compreender num dado momento histórico, naquele horizonte em que é realizada a análise, qual é este padrão da relação classes sociais/Estado.

Neste sentido, faz parte da constituição do quadro teórico o uso do conceito de bloco histórico (GRAMSCI, 2000) buscando compreender quais forças sociais assumem a direção política do Estado brasileiro nesse momento histórico. Também a trilha apontada por Merhy (1992) que destacou a importância de compreender a questão da direção política a partir daqueles setores sociais (classes ou frações de classe) considerados como “histórico fundamentais e inerentes a uma dada divisão social do trabalho” e definidos como “aqueles que historicamente eram capazes de ordenar, a partir de seus interesses estratégicos objetivos, o conjunto da sociedade e assim, tornavam-se base social do Estado, isto é, eram portadores de futuro” (MERHY, 1992, p. 40).

Sonia Draibe (1985) alertou que

[...] a constituição de um bloco histórico não se faz em referência a atributos essenciais das classes fundamentais, mas sim em relação à generalização de seus interesses face aos outros setores e frente a questões concretas cuja solução concreta afeta seu futuro de classe. Não há nenhum automatismo de fundamento na construção de um bloco histórico e sua formação passa pela constituição de forças sociais e políticas transformadas em forças dirigentes, capazes de articular interesses estratégicos em um conjunto mais amplo de interesses sociais (DRAIBE, 1985, p. 41).

Para ela, se estas vias determinam a tendência de direção do Estado, determinam o espaço substantivo da política e é olhando para este espaço que compreenderemos o movimento político concreto .



Para nós ,o trabalho recente de André Singer (2012) consegue, com brilhantismo, apresentar um desenho da relação Estado/classes sociais no contexto atual que apresenta desde 2003 um novo Bloco no Poder. Singer reforça que, mesmo não estando em uma situação de crise, o Estado Brasileiro tem apresentado uma intensificação do papel de árbitro na luta entre as classes sociais. O apoio massivo de uma classe, o antigo lumpemproletariado - relativamente o principal beneficiário das políticas públicas dos últimos governos – que até então apresentava uma expressão político-eleitoral dispersa, somado ao apoio de frações da classe capitalista, tem garantido ao bloco no poder a condição de produzir um reformismo brando sem exacerbação dos conflitos de classe no país.

Poderia se dizer que seria importante fazer incidir nesta análise os massivos protestos das chamadas “jornadas de junho” de 2013 (SOUSA, 2013), como emergência de um processo que traz “novos personagens para a cena” (SADER, 1995), ou ao menos novos modos de expressão de diversos personagens. Contudo, passados o calor das ações e das análises, o comportamento fugaz que mostrou ter esse fenômeno apontou mais para um sintoma de outros fenômenos relevantes relacionados a relação dos cidadãos com a política tradicional, os governos vigentes e o Estado burocrático (alguns destes temas debatidos na próxima seção) ou para um novo potencial social que pode se fazer presente em outros momentos a partir de agora, do que para uma alteração real da correlação de forças apresentada por Singer. Serve de alerta, é necessários que se estude e se aprenda com o fenômeno em pauta, mas não interfere na caracterização que Singer faz do padrão da relação classes sociais/Estado, e é esta a contribuição que pretendemos incorporar em nosso quadro teórico para avançar nos objetivos propostos nesse trabalho.

Retomando, Draibe, Coutinho, Merhy e Teixeira estudaram processos em importantes momentos de mudança, seja a Revolução de 30 ou o processo de transição democrática nos anos 70 e 80. Usando a imagem de Lourau (ALTOÉ, 2004), são períodos quentes, no qual as forças instituídas se revelam na tentativa de manter a ordem em processos de agitação social em que forças sociais portadoras de futuro disputam a direção política do Estado em contextos mais equilibrados de luta entre os grupos e classes sociais. Os estudos também analisam momento mais longos que permitem fazer análises sobre movimentos que exigem tempo para serem percebidos com clareza.



Se para analisar no plano estrutural (GERSCHMAN, 1995), ou terceiro nível de análise (COSTA; DAGNINO, 2008), a Reforma Sanitária no contexto da transição democrática brasileira nos anos 70/80, por exemplo, é necessário manejar um quadro teórico que tenha sensibilidade pra captar esses movimentos mais estruturantes e profundos da relação Estado/classes sociais, não entendemos que este seja o caso da Nova PNAB e do PMAQ. Nosso objeto se desenvolve num tempo relativamente curto, num ciclo governamental de 4 anos, e acontece num governo de continuidade que soma um período um pouco maior que uma década.

O PMAQ não pode ser explicado por mudanças recentes no posicionamento e ação destes atores sociais e na mudança de padrão dos mesmos com o Estado. Neste aspecto, o PMAQ foi criado num contexto que era o mesmo um pouco antes e segue sendo o mesmo até o presente momento. De fato a Nova PNAB e o PMAQ coincidem com um novo governo, com diferenças, mas de continuidade e parte do mesmo Bloco. Portanto, o que devemos perguntar e responder é em que medida essa inovação se deveu a abertura de novas *janelas de oportunidade* (MENICUCCI; BRASIL, 2010), ocasionados por diferenças do novo governo e/ou a diferenças internas ao desenvolvimento de uma política e processo político já em curso.

Assim, segundo nosso entendimento, para compor a análise do terceiro nível, nosso estudo deveria compor um quadro que buscasse analisar: o Bloco no Poder; as características singulares desse padrão de relação Estado/classes sociais; as demandas que a sociedade apresenta ao Governo/Estado, para identificar as pressões gerais que tencionam o Estado; e, as janelas de oportunidade na transição entre governos. Além disso, para relacionar com o segundo nível de análise, seria necessário ainda aprofundar em temas como: as especificidades da política de saúde; as questões sociais que ganharam a agenda de governo; a análise das Arenas Decisórias específicas dessa política com os atores sociais que atuam nela. É este esforço que tentaremos fazer adiante.

3.5 O ESTADO SOB PRESSÃO DE MUDANÇA

Não podem passar despercebidas certas exigências colocadas ao funcionamento do Estado, seja para responder a necessidades e demandas sociais, seja por fazerem parte do projeto político do Bloco no Poder. Podemos com



Guimarães (2004) compreender que o Bloco no Poder que assume o governo federal em 2003 almeja a superação do neoliberalismo construindo uma política pós-neoliberal, desenvolvimentista, inclusiva, que amplie direitos sociais e avance na construção de uma democracia com maior intensidade. Isso coloca algumas tarefas para o Governo que muitas vezes se manifestam no campo normativo (MATUS, 1993) de construção de políticas, ainda que com defasagens no que diz respeito à sua decisão, implantação e produção de resultados.

Amélia Cohn (1997) refletindo sobre os Estados neoliberais, em especial na América Latina, reúne um conjunto de autores para sustentar a necessidade de fortalecimento do Estado e a demanda da sociedade por “mais Estado”, caso o objetivo seja enfrentar os desafios de uma caminhada rumo à justiça e à equidade social. Cita Guimarães para quem os Estados na América Latina continuam representando um ator privilegiado para ordenar as disputas de interesses e orientar o processo de desenvolvimento.

Destaca que Evans, contra a argumentação neoliberal, sustenta que a burocracia estatal está em escassez de oferta, e não em excesso; que a capacidade do Estado de desempenhar funções administrativas e outras, haja visto o desmantelo em diversos países, deve ser abordada como um bem escasso; e que quase todos os Estados dos países da periferia do sistema tentam fazer mais do que são capazes. Conclui assim que o que está na ordem do dia nessas sociedades é a reconstrução e não o desmantelamento do Estado e para dotá-lo de capacidade de transformação é necessário combinar coerência interna de sua burocracia com conexão externa, o que é denominado por ele de autonomia inserida (CANESQUI, 1997).

Para Cohn, “um Estado democrático que integre efetivamente todos os cidadãos pressupõe, de um lado, o estabelecimento de uma nova relação Estado/Sociedade e de outro, que se imprima ao Estado capacidade de gestão e de captação das necessidades e demandas sociais” (COHN, 1997, p. 162).

Costa e Dagnino (2008), analisando o Estado brasileiro desde a ditadura, passando pela transição democrática e enfrentando o período neoliberal, constroem a contraposição entre “Estado Herdado” e “Estado Necessário”. Na visão dos mesmos o “Estado Herdado” combina centralismo, autoritarismo, clientelismo, hipertrofia, opacidade, intervencionismo e deficitarismo. Com a transição



democrática dos anos 80 (e seu aprofundamento com os governos democrático-populares dos anos 2000) inicia um processo de democratização política que tende a possibilitar um aumento da capacidade dos segmentos marginalizados de veicular seus interesses levando à expressão de uma demanda crescente de direitos e cidadania. Apontam que será necessário um processo de transformação do Estado que herdamos em direção a um “Estado Necessário” que permita satisfazer necessidades sociais represadas ao longo de tanto tempo, sob pena de frustrar a população e “esterilizar” sua energia social e política (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 15)

Esta exigência da sociedade pressiona o Estado a uma “democratização tendencial” que está levando a

[...] um crescimento exponencial da agenda de governo; a erupção de uma infinidade de problemas que, em geral, demandam soluções específicas e criativas, muito mais complexas do que aquelas que o estilo tradicional de elaboração de políticas públicas – homogeneizador, uniformizador, centralizador, tecnocrático, típico do estado que herdamos – pode absorver (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 16)

Esta formulação encontra com os apontamentos sistematizados por Cohn (1997), tratados por nós acima, e com a análise de Teixeira (1995) no que diz respeito à participação democrática e respostas às necessidades sociais. Para Teixeira, um grupo e processo político de mudança perde base social de apoio caso não dê conta de responder às exigências da sociedade mobilizada ou de avançar na perspectiva da construção material do consenso via ampliação do atendimento de necessidades/direitos sociais. Teixeira destacou que essa resposta deve se articular com a ampliação da cidadania definida como “a participação dos indivíduos em uma comunidade política, que se corporifica em uma pauta de direitos e de deveres entre indivíduos e Estado, materializando-se através de uma estrutura política e institucional própria” (TEIXEIRA, 1997, p. 136).

Teixeira (1995) alertou ainda que a burocratização inexorável dos serviços do Estado de bem estar social e do sistema político retirou da cidadania o seu conteúdo político de participação ativa nos negócios públicos, minando as possibilidades de estabelecimento de valores consensualmente acordados, que



fundamentam o exercício do poder político. “Tal paradoxo foi apontado por Habermas como a impossibilidade de consensos por via administrativa, essência da crise atual de legitimidade do Estado” (TEIXEIRA, 1997, p. 137).

Assim, para todos eles, é uma exigência alargar a participação popular, com ampliação de consciência, cidadã ou sanitária, ampliar a capacidade de ação do Estado e implementar políticas que efetivamente deem resposta às necessidades da população. Além disso, apontaram também a necessidade de combinar estes processos com o aumento do contato e diálogo da burocracia estatal com os grupos sociais, seja para fazer com que o Estado seja mais efetivo na implantação real das políticas, ao aproximá-las da realidade vivida pelos atores sociais que são os responsáveis locais pelo sucesso ou não da política, seja para ampliar a legitimidade e mobilização de apoio ao processo de mudança.

Costa e Dagnino vêm como uma exigência desse processo, a combinação de democracia - que inclui também transparência, participação, avaliação das políticas e prestação de contas - com capacidade de gestão pública (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 15).

Cohn entendeu que a descentralização administrativa e expansão dos serviços “traz consigo a potencialidade de alargamento da política, diversificando exatamente os campos de exercício da cidadania e favorecendo o reconhecimento da necessidade de se contemplar as diferenças na busca da equidade” (COHN, 1997, p. 168). Utilizou o conceito de “inserção” de Evans para reconhecer que as políticas devem responder “aos problemas detectados nos atores privados e dependem no final destes atores para a sua implementação”. Defende que uma rede concreta de “laços externos permite ao Estado avaliar, monitorar e modelar respostas privadas a iniciativas políticas de modo prospectivo e após o fato”. Um processo desses “amplia a inteligência do Estado e aumenta a expectativa de que as políticas serão implementadas”, deste modo, as “conexões com a sociedade civil se tornam parte da solução em vez de parte do problema” (COHN, 1997, p. 163).

Estas indicações são importante posteriormente, justamente para entendermos o papel do PMAQ enquanto inovação no modo de fazer política no contexto da Nova PNAB. Compreender em que medida sua aposta na mobilização dos sujeitos sociais responsáveis localmente pela implementação da política, a tematização de questões concretas que respondem às necessidades imediatas dos



usuários e trabalhadores e seu esforço de “dar voz” a estes atores, gestores, trabalhadores e usuários, colocando no centro do processo de tomada de decisão a avaliação e opinião destes atores (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; PINTO et al., 2014), consegue inovar nessas dimensões e mais, “contaminar” outras políticas ou se apresentar como modelo a ser estendido a outras iniciativas.

Seguindo na construção do nosso quadro, cabe agora aprofundar no caso específico da saúde e das políticas de saúde.

3.6 SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE

É necessário que nos aproximemos das especificidades do setor saúde na medida em que procederemos a análise não de uma política em geral, mas de uma política de saúde para a AB. Nos apoiamos em Teixeira (1995) que, justamente, fazendo o movimento do campo geral de políticas públicas para as políticas de saúde, sistematizou as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas do campo da saúde em três níveis:

- ao nível econômico, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem e realizam no setor saúde;
- ao nível político, ao compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder de Estado e, consequentemente, de manutenção do domínio de classe;
- ao nível ideológico, ao desvendar as articulações entre produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organizam o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social (TEIXEIRA, 1995, p. 17).

Teixeira, analisando o modo como o Estado toma como objeto necessidades sociais dos grupos populares, apontou que a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais é, ao mesmo tempo, resultante da correlação de forças existente e um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, importante no desenvolvimento subsequente da luta



política (TEIXEIRA, 1995). Teixeira reforçou sua concepção de que as políticas públicas não podem ser explicadas só em termos de ações de legitimação do Estado, mas também como resultado e caminho estratégico acumulador de movimento (GRAMSCI, 2000) de contra-hegemonia – “guerra de posição”.

Análise similar à de Donnangelo (1976) que, assim como Teixeira, reconheceu nessa relação as fissuras que permitem que os grupos subordinados possam construir sua luta contra-hegemônica. Vale notar que, ao analisar a “medicina comunitária”, Donnangelo nos deu base para, justamente, iluminar nossas reflexões sobre a AB e conteúdo, questões, objetivos e estratégias da PNAB de hoje.

Para Merhy, estudar a saúde pública como política governamental deve tomar como central a dimensão assistencial, pois é através dela que se pode “captar as questões relativas as formas de organização da produção de serviços e a sua concretização em instituições específicas”. A configuração dessas ações de saúde enquanto política governamental, adquire o formato de “modelos tecnoassistenciais para as formulações que procuram apresentá-los como projetos de políticas públicas que disputam determinados rumos possíveis para as políticas governamentais no campo da saúde coletiva”. (MERHY, 1992, p. 17-18)

Sobre este conceito de modelos tecnoassistenciais de Merhy destacamos três elementos abordados por ele: “sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma de poder político, e como tal tem de expressar uma dada conformação do Estado”; um modelo nomeia e toma como objeto um conjunto de problemas, expressam uma dada construção do que é o objeto saúde-doença, elenca um conjunto de práticas - reconhecendo um papel e um modo de organização para as mesmas enquanto serviços -, e diz quem são seus trabalhadores e usuários; quando elaboram projetos tecnoassitenciais, “os formuladores estão produzindo, antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para aqueles” (MERHY, 1992, p. 26).

Assim, para ele, estudar as políticas de saúde exige compreender quais forças disputam quais modelos e possuem que relação com os sujeitos políticos que implantam uma dada configuração histórica da relação mais ampla entre Estado e sociedade.



A título de síntese do modelo teórico que construiu para estudar as políticas de saúde, Merhy alertou que uma investigação que pretende analisar a saúde pública enquanto política governamental deve considerar as opções políticas que se apresentam nas arenas decisórias das políticas sociais, sempre expressando um modo particular de articular necessidades sociais a partir de uma estrutura tecnoassistencial específica. É fundamental que compreenda o processo em que se conectam as questões concernentes as relações políticas mais amplas, dadas no plano das relações entre Estado e classes sociais, e aquelas que se expressam em um momento particular através das ações governamentais, em esferas específicas da vida social, como as ações de saúde pública, por exemplo (MERHY, 1992).

Com Pinto et al. (2007) podemos afirmar que:

Merhy nos revela que as políticas de saúde sempre se expressam materialmente num certo formato do aparato institucional do Estado. Este aparato emprega pessoas, administra recursos diversos, mobiliza poderes etc. Com efeito, podemos dizer que a luta social por diferentes formulações de políticas públicas apresentadas para a resolução de uma questão social estão profundamente relacionadas com o desenho institucional sob o qual ela se materializa e de que modo esse desenho afeta os distintos interesses dos atores sociais que disputam naquela arena. Assim, o que está em jogo não é qual das diferentes propostas “técnicas” e sim qual proposta responde melhor às necessidades de determinados grupos sociais que vão lutar para implementá-la como política pública. (PINTO et al., 2007, p. 25)

Assim, pensamos que o conceito de modelos tecnoassistenciais nos ajuda a relacionar as distintas concepções de saúde e de sistema de saúde, propostas e desenhos de políticas com o vivo e complexo caminhar histórico dos diferentes atores sociais que lutam por distintos projetos de humanidade e sociedade.

No nosso caso, analisar a questão dos modelos tecnoassistenciais passa por entender de que modo a Nova PNAB pretende conservar e transformar o modelo de atenção à saúde e AB brasileiro e, buscar entender o papel do PMAQ nisso tudo. Na sequência disso seria importante mapear interesses, posicionamento e movimentação efetiva dos atores que se relacionam com o tema e que atuaram (estivessem presentes ou ausentes) ou se omitiram no processo em curso.

Além disso, vale reconhecer que no atual contexto em que há mais de 4 anos, segundo diversas pesquisas de opinião publicadas na mídia comercial, a saúde é a principal preocupação dos brasileiros e que a AB, como veremos à frente,



foi alçada ao centro do debate público nacional, é uma necessidade de nosso quadro teórico compreender como e o que essa demanda da população exige de modificação nas políticas públicas de AB e o que representa nesse contexto os temas da expansão de cobertura e qualidade da atenção prestada.

Podemos fazer um paralelo com o que já foi trabalhado em termos de democratização tendencial do Estado e a exigência por parte da população que ele alargue e assegure direitos. Está claro que a saúde é um desses direitos que a população cobra de forma mais imediata a ampliação de capacidade de reposta do Estado. Temos então um objeto concreto que coloca à prova nosso debate sobre um Estado com capacidade real de executar serviços. Além disso, tendo em vista a presença e cobertura da AB no país, identificamos que essa demanda é geral e não é só pela oferta de serviços, mas também pelos modos e condições como essa ação é ofertada, o que exige mais complexidade e sofisticação na política pública do que se fosse apenas uma questão como a ampliação do acesso a estradas de rodagem, por exemplo.

Para completar, uma vez que os serviços de AB são os serviços mais capilarizados do SUS presentes em todo o território nacional (aproximadamente 40 mil UBS em todos os municípios do país) (MIRANDA JÚNIOR; PINTO, 2014) e com aproximadamente 700 mil trabalhadores envolvidos, o conjunto de indicações sobre a potência de se alargar as possibilidades de participação em serviços descentralizados (COHN, 1997), deixa de ser potência e vira aposta política declarada de um programa como o PMAQ (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), nos permitindo avaliar em que medida isso foi implantado e quais resultados já se pode perceber nesse período de implantação.

3.7 QUESTÕES SOCIAIS, AGENDA POLÍTICA, JANELA DE OPORTUNIDADES E UM PROCESSO DE DECISÃO E FORMULAÇÃO ATRAVESSADO POR INTERESSES

A partir daqui trataremos da parte que Gerschman (1995) chama de “plano singular”, que Costa e Dagnino (2008) denominam de “segundo nível de Análise da Política”, mas com elementos também do “primeiro nível” e que na Teoria da Produção Social do Planejamento Estratégico Situacional de Matus (1993) estaria no



campo das acumulações, embora, a depender da delimitação do problema, parte poderia compor as chamadas regras do jogo.

O fato é que, para compor nosso quadro teórico, é necessário buscar uma conexão naquela interface em que o “terceiro nível” toca no “segundo”, onde percebemos a influência e eficácia das relações mais gerais do Estado com as Classes Sociais na compreensão do que é tomado como “questão social”, do que conforma a “agenda política” e da “atuação dos decisores” nas “arenas decisórias” da política pública constituídas dentro do Estado.

Merhy (1992) nos fez uma importante oferta sistematizando e articulando todas estas questões. Destacou que para estudar uma política pública é fundamental observar, em termos analíticos, três elementos que compõe seu processo histórico: a problemática, que seriam as questões sociais tomadas como objeto das políticas públicas; “o conjunto de aparatos institucionais estatais que expressam a materialidade daquelas políticas públicas”; e um lugar social - o Estado - “como arena política decisória específica na qual aparecem as formulações sobre o campo de ação e onde atuam forças sociais, enquanto sujeitos políticos, ainda que ausentes” (MERHY, 1992, p. 22).

Merhy (1992) lembrou que, para Carlos Nelson Coutinho, sempre que se aborda o universo da política, se fala de representação de interesses e, por conseguinte, de formulação de políticas que implementam ou bloqueiam interesses. Merhy articulou esta compreensão com Offe chamando atenção para os padrões de seletividade que o Estado desenvolve, ou seja, mecanismos que permitem ou não o tratamento de questões, que autorizam ou não que determinado conjunto de interesses, ou de formulações, consiga penetrar nas esferas de decisão das políticas sociais e, assim o que deve ou não ser objeto de políticas públicas. Este elemento deveria ser considerado na análise do grau de liberdade de escolha dos sujeitos políticos (decisores) para tomar suas decisões, uma vez que os mesmos sempre estão constrangidos por pactos sociais que os viabilizaram enquanto dirigentes políticos. Alertou que é importante analisar a maneira como ocorre este constrangimento, utilizando novamente Coutinho para indicar que:

[...] a relação entre os sujeitos políticos e as decisões políticas tem contextos históricos específicos, nos quais se constroem os espaços substantivos da política, e onde operamos filtros, a partir dos quais os sujeitos políticos selecionam - no mundo



das formulações - os seus recortes, reconstruindo seus projetos, decidindo sobre suas implementações, dando o formato da política (sociais) governamentais (públicas) (MERHY, 1992, p. 49).

Concluiu que a proposição de Coutinho é mais adequada que a de Offe para compreender o processo de tomada de decisão no Estado e que o tema da liberdade dos decisores, antes de ser dado *a priori*, é uma problemática da política, em situações históricas concretas a serem entendidas nas especificidades de construção de cada espaços substantivo. Afirmou ainda, a título de síntese, que “é na busca de reconstrução histórica destes espaços substantivos, nos quais existem os problemas da liberdade dos decisores, que se pode entender as relações entre formulação, decisão e implementação de políticas” (MERHY, 1992, p. 50)

Relacionando o que foi dito ao contexto próprio das políticas de saúde, Merhy afirma que a “saúde pública como política governamental, deve ser entendida como configuração de um dado modelo tecnoassistencial que expressa um projeto de política organicamente articulado a determinadas forças sociais” que tem atuação “nas arenas políticas decisórias, o que define o sentido das políticas públicas em geral.” (MERHY, 1992, p. 50). Estas forças, por sua vez, refletiriam uma dada relação Estado/classes sociais, e possibilitariam a formação de uma arena decisória específica, no interior dos governos particulares, no campo das ações coletivas de saúde, na qual vários segmentos sociais colocam, diretamente ou indiretamente, seus modelos tecnoassistenciais em disputa, como projetos de políticas.

Merhy, com Donnangelo (1976), criticou a visão ingênua e a-histórica para a qual a evolução das ideias e do conhecimento científico, supostamente neutro, é que informaria os modos de cuidar determinando a sucessão e evolução das políticas públicas. Como resultado de seus estudos, afirmou que “o que parecia dever-se a alimentações do conhecimento científico tecnológico foi na realidade determinado pela configuração social na qual este conhecimento adquiriu concretude, conforme a natureza da relações sociais em pauta” (MERHY, 1992, p. 36). Assim, para estudar a Saúde Pública como Política é necessário desvendar tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período, quanto o modo próprio como no campo da saúde coletiva, “constituem as forças sociais, que, nas suas lutas, delineiam as opções políticas. Tais opções delineiam-se através de formuladores específicos do setor,



sobre a forma de modelos tecnoassistenciais, em padrões de gastos públicos e organizações institucionais” (MERHY, 1992, p. 36)

Destacou que em momentos de disputas dos Blocos Históricos constituídos, emergem segmentos sociais como quadros políticos que atuam nas arenas decisórias específicas, “por onde é constituída uma dada configuração da saúde pública, como política governamental”. Assim, deve-se procurar visualizar a formação de uma dada política nas “relações que estabelecem entre os movimentos do campo sanitário - com seus projetos de políticas- e os portadores de futuro, presentes nestes quadros sociais”. (MERHY, 1992, p. 45).

Temos plena concordância com o quadro teórico construído por Merhy e compreendemos que ele nos permite perceber como os atores sociais constroem no processo de luta os espaços substantivos da política e como a dinâmica dessas arenas constituídas é que seleciona ou não as propostas de formulação, os saberes tecnológicos e as possibilidades de atuação do Estado enquanto políticas. Claro, dentro dos constrangimentos e limitações do espaço institucional que, nestes momentos, são colocados à prova numa luta em que o instituído tenta impedir a emergência e movimento de mudança das forças e processos instituintes (LOURAU, 1995).

É importante agregar a este referencial outros olhares e indicações para estudar o PMAQ, tendo em vista que, como dissemos antes, ele não é fruto de um processo social “quente”. Acima pudemos apontar que o PMAQ surge num governo de continuidade que representa um Bloco Social que, embora recente, não teve mudanças durante os períodos de criação e início de implementação da política. Seu período de análise é muito curto, menos de 4 anos, o que reduz a exigência de análises diacrônicas mais complexas no Plano Estrutural (GERSCHMAN, 1995), bastando que, com um corte transversal, caracterizemos, como fizemos, este Bloco e o padrão de relações Estado/classes sociais (TEIXEIRA, 1995).

Além disso, o PMAQ traz novidades, sem dúvida, mas num grau que representa mais a inovação e incremento de uma política pública que já existia, do que transformações radicais de rumos decorrentes de mudanças muito significativos nas arenas decisórias, destinação de fundo público e nos atores ligados a essas arenas de um modo que pudesse acionar disputa entre beneficiários e prejudicados por sua mudança. Assim, este estudo exigirá a opção por elementos dentro do



referencial tratado, e a agregação de outros referenciais, que nos ajude a perceber as mudanças numa estrutura mais estabelecida e num arranjo governamental instituído e sem disputas significativas.

Não obstante, identificamos mudança de agenda política, não só do MS, mas do conjunto do Governo em relação à Saúde e, em especial na AB (PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012; PINTO, MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). É evidente também inovações importantes que refletem a opção dos decisores por novas formulações, haja vista as robustas e significativas mudanças na PNAB a partir de 2011 (PINTO; MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Menicucci e Brasil (2010) no estudo sobre as Reformas Sanitária e Urbana, nos fazem ampla oferta de conceitos para compreender elementos que complementam o quadro apresentado até o momento. Na opinião delas é essencial explicar em cada situação específica o fato de que algumas questões (e não outras) passem a ser objeto de decisões e ações públicas. Analiticamente, identificar como

[...] determinados fenômenos sociais se tornam problemas de políticas e como determinadas compreensões desses problemas emergem para guiar o processo de definição de políticas associadas a dinâmicas sociopolíticas específicas nas quais a inovação ideacional interage com constrangimentos institucionais (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 370).

Para trabalhar isto, Menicucci e Brasil (2010) utilizaram a definição de “Agenda” de Padoleau (apud MENICUCCI; BRASIL, 2010), como “um conjunto de problemas, objeto de controvérsia, que aparecem no debate público e exigem intervenção da autoridade pública” e explicam que sua constituição pressupõe um mecanismo altamente seletivo que envolve a concorrência entre problemas e hierarquias de prioridades heterogêneas. Conceito que se aproxima muito do de “Questões Sociais” utilizado por Merhy (1992) e Teixeira (1995).

Menicucci e Brasil destacaram ainda que a incorporação de um problema à agenda é um momento privilegiado do debate, que traduz “as divergências de opinião, normas, interesses, percepções e juízos cognitivos que atravessam a opinião pública ou pelo menos os grupos e atores individuais que atuam durante o processo de incorporação da agenda” (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 371).



Propõem agregar à análise o modelo de Kingdon (apud MENICUCCI; BRASIL, 2010) para quem a incorporação de um tema à agenda decisória, depende em grande parte, da ação dos “empreendedores capazes de aproveitar no momento certo as oportunidades (*policy window*)”. Empreendedores seriam pessoas que investem seus recursos para políticas que defendem, motivados por várias razões, localizados em diferentes espaços, governamentais e não governamentais. Quando janelas se abrem, empreendedores se apresentam com suas concepções sobre os problemas ou as propostas (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 374)

Agregaram a isso a abordagem de Sabatier, conhecida como “*advocacy colition framework*”, para relacionar a ideia de janela de oportunidade para mudança de política com mudanças em eventos “exógenos, como condições socioeconômicas e tecnologia, mudanças nas coalizões governantes, decisões em outros setores de políticas”. Nesta abordagem a mudança de uma política específica seria o produto de dois processos: “a competição entre coalizões promotoras e os efeitos de eventos externos (perturbações) ao subsistema”(MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 374).

De fato, no caso em estudo, a mudança de governo, ainda que dentro de um mesmo Bloco Histórico e de coalização governante, operou mudanças nas prioridades de certas questões sociais, produziu diferentes explicações do problema (MATUS, 1993), ampliou a presença e passou a considerar mais o discurso e demanda de certos atores, provocou a formatação de políticas com outras metodologias de operacionalização, e, isso tudo, resultou numa pauta que reforça a anterior em termos de princípios e direção, mas que opera uma série de inovações (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012; PINTO; MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; PINTO et al., 2014). E o PMAQ, conforme apontamos, é uma síntese desse processo com capacidade de expô-lo, revela-lo.

Assim, as indicações sistematizadas, enriquecidas e utilizadas por Menicucci e Brasil nos aportam conceitos e indicações metodológicas importantes para analisar nosso objeto. A indicação de observar a mudança da agenda é valiosa no caso da PNAB e do PMAQ. O conceito de janela de oportunidades e o olhar para os debates e decisões que isso provocou nas arenas instituídas, é mais adequado para o nosso caso que um olhar mais amplo, entre o Plano Estrutural e o Singular, do movimentos e disputas entre os atores sociais que disputam a direção do processo



político. Por fim a afirmação de que uma das principais causas desses processos devem ser buscadas nas mudanças políticas no nível de onde se formula e opera a política ou “acima” dele, encontra perfeitamente o nosso caso singular no qual a política é formulada e apresentada para debate logo como primeiras ações de um novo governo que, reiteramos, ainda que seja de continuidade, possui novos dirigentes na Presidência e do primeiro ao terceiro escalão do MS.

Outra indicação de Menicucci e Brasil (2010) valiosa para pensar em mudanças significativas dentro de um processo de continuidade, como caracterizamos acima, é a articulação que as mesmas fizeram de seu quadro teórico com a perspectiva histórica de Weir para o qual é fundamental observar a reconstrução das condições em que as inovações ocorrem e como os fluxos se ligam através do tempo. Assim, elas entendem que para este autor, as “políticas de um período anterior podem afetar cada um dos cursos num tempo posterior, considerando que os atores não operam no vazio”. Nessa perspectiva, instituições influenciariam o grau em que novas ideias poderiam acessar as arenas políticas, funcionando como uma espécie de filtros institucionais. Trata-se de “identificar como o processo político e as ideias se combinam para produzir inovação e porque algumas ideias falham na capacidade de influenciar as políticas de tal forma que algumas rotas permanecem bloqueadas” (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 374).

Nessa mesma linha, num corte mais próximo à corrente “institucionalista” ou “neoinstitucionalista” de Análise de Política, (VIANA, 1997) apontou como opção metodológica compreender como arranjos institucionais e comunidades de especialistas contribuem para a definição de determinadas agendas políticas específicas, recortando a forma de representação de interesses e o desenvolvimento incremental da ação governamental e adotou como hipótese que as relações entre os interesses organizados são determinadas pela característica da política em questão, o que implica que cada política específica cria formas distintas de ação coletiva e repartição de recursos decisórios. Costa (1998), recorrendo a Lowi, completou afirmando que cada arena tenderia a desenvolver suas próprias estruturas e processos políticos, elites e relações entre grupos de interesses particulares.

Portanto, além de mapear os interesses e ação dos atores é necessário que se perceba como a política em questão alterou ou não os arranjos institucionais nos



quais as decisões sobre aquelas questões e recursos se davam até então. Importante perceber se construiu novos arranjos, arenas e fluxos de decisões.

Com relação à compreensão de quais atores operam na Arena nesses momentos de decisão, mas fundamentalmente, de formulação das políticas, Menicucci e Brasil (2010) indicam que:

[...] o conjunto de atores envolvidos na disputa pelo reconhecimento de uma questão como um assunto público é complexo e diversificado e pode incluir desde a restrita comunidade de especialistas até a atores variados como grupos de interesse, movimentos sociais, redes societárias temáticas, atores governamentais, etc. (MENICUCCI; BRASIL 2010, p. 372).

Para elas, o conceito de

[...] *policy networks* visa dar conta dessa multiplicidade de atores envolvidos no processo de constituição de agendas e de alternativas para políticas públicas, cujos integrantes compartilham interesses, controlam recursos materiais e imateriais em um âmbito de políticas de interesse comum, e por meio da cooperação buscam atingir seus objetivos (MENICUCCI ; BRASIL, 2010, p. 372).

Também Sabatier, ainda segundo as autoras, alertou para a multiplicidade de atores que costumam estar envolvidos nos processos de construção de agendas e de alternativas, sendo uma das premissas para pensar a mudança de política. Para elas, utilizando o conceito de “subsistemas de políticas, Sabatier refere-se à interação de atores de diferentes instituições, ativamente envolvidos com um problema de política, e que buscam influenciar as decisões governamentais em uma arena específica” (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 372). Para elas esse conceito

[...] amplia as noções tradicionais do “triângulo de ferro” para designar os atores envolvidos no processo das políticas públicas – agências administrativas, legislativo e grupos de interesse – para incluir uma dimensão intergovernamental, e particularmente, os geradores e disseminadores de ideias. Dentro do subsistema, os atores podem ser agregados em coalizões promotoras, compostas de pessoas de organizações governamentais e não-governamentais que partilham um conjunto de crenças normativas e causais, e que frequentemente agem de forma concertada, visando inovações institucionais (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 372).

Por fim, destacaram ainda que, nesses casos, pode ser uma fonte de dinamismo institucional a inovação ideacional por meio de um ajuste entre ideias e política. As autoras, de valendo de conceitos de Gomá e Subirats afirmaram que no



processo de formação de políticas, as ideias, atores sociais, interações e fatores institucionais entrecruzam-se nos casos de inovação, de forma fluida, dinâmica e indeterminada (MENICUCCI; BRASIL, 2010).

Para Menicucci e Brasil dois extremos devem ser evitados na análise, “de um lado pode-se descartar a perspectiva maximalista que conceba a produção das políticas como uma arena política incondicionalmente aberta à influência dos atores sociais”, de outro não se pode dar “aos condicionantes institucionais um valor exclusivo, desconsiderando a capacidade dos atores sociais de redefinir problemas e apresentar propostas voltadas para as políticas públicas” (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 373).

Por fim, vale reforçar que as comunidades de especialistas, os formuladores, a rede que influencia e propõe alternativas de políticas às questões sociais que ganharam as agendas políticas, além de se relacionarem, de um ou outro modo, com os grupos sociais que atuam na disputa mais ampla, também carregam opções e consequências políticas em suas teorias, análises e proposições técnicas. Para Costa, utilizando Bordieu, as “tomadas de posição intelectuais” constituem estratégias “inconscientes e semiconscientes” cujo alvo é a conquista da “legitimidade cultural, ou melhor, do monopólio da produção, da reprodução e da manipulação dos bem simbólicos”. Assim, qualquer análise do campo intelectual “estritamente interna que ignore os sistemas sociais nos quais” as ideias, concepções e proposições foram produzidos e utilizadas corre o risco de assumir uma função ideológica: a “ideologia propriamente intelectual da neutralidade ideológica do intelectual e de suas produções” (COSTA, 1998, p.14).

Contudo, junto com os mapas analíticos que buscam observar a inovação, a emergência do instituinte (LOURAU, 1995), é necessário perceber também as forças, processos e estruturas instituídas que buscam resistir à inovação ou ao menos modelá-la. Costa (1998), baseando em Thelen & Steinmo, afirmou que a

[...] estrutura institucional assume a configuração de uma variável singular que acumula capacidade decisória e medeia a oposição de grupos sociais conflitivos como também define os canais e mecanismos por meio dos quais novas ideias são transformadas em políticas (p.22).

Menicucci (2009) também fez importantes apontamentos nessa direção tratando das noções - usualmente utilizadas para análises de instituições formais -



de “*policy feedback*” e “dependência de trajetória”, traduzidas nos efeitos “*lock-in*” e nos efeitos de “aprendizagem”. O efeito *lock-in* teria a ver com o fato de que as políticas públicas estabelecem “regras do jogo”, e essas influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos. Para ela, “isso, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras”. As políticas públicas, portanto, “favorecem a emergência de determinadas redes sociais e econômicas, levando os indivíduos a fazerem compromissos, desenvolverem habilidades específicas e comercializarem determinados bens”. Destacou mais um importante elemento de conservação: “ao induzirem determinados comportamentos, a ação governamental amplia os custos associados à adoção de alternativas diversas e, nessa medida, inibem o abandono de certa trajetória, inviabilizando alternativas que anteriormente podiam ser possíveis” (MENICUCCI, 2009, p.50).

Além disso,

[...] ao criar incentivos à organização de determinados grupos, as políticas públicas modelam identidades, contribuem para a formação dos objetivos e preferências e estruturam o processo de tomada de decisões ao criar fortes coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo então efeitos de feedback no processo político (MENICUCCI, 2009, p.51).

Outra face do efeito de *feedback* seriam os “efeitos cognitivos”. De um lado as políticas públicas forneceriam informações e atribuiriam significados à realidade; de outro, afetariam o processo de aprendizagem social entre os principais atores políticos. No Estado este efeito pode favorecer ou não o desenvolvimento de capacidades estatais. No âmbito da sociedade, pode gerar reações positivas ou negativas a determinados padrões de políticas públicas. Notou que o

[...] estabelecimento de cursos de ação induzidos a partir de políticas públicas pode influenciar a consciência individual sobre a atividade do governo e, uma vez adotada, uma política tende a ser readotada, na medida em que passa a ser considerada a resposta natural, levando os decisores a apenas ajustá-la marginalmente para acomodá-la a novas situações (MENICUCCI, 2009, p.51).

Assim, políticas prévias explicariam o seu desenvolvimento futuro, e legados institucionais poderiam inviabilizar ou limitar a possibilidade de mudanças.



O desenho estabelecido em algum momento para uma determinada política tem consequências políticas e cognitivas, de tal forma que na relação entre as políticas públicas e os processos políticos as primeiras não são apenas uma decorrência dos segundos, mas também funcionam como variáveis independentes, reordenando a disputa política e podendo até bloquear alterações institucionais (MENICUCCI, 2009, p.51).

Convém por fim, trazer mais alguns referenciais para a análise acerca de um ator social decisivo no ciclo da política que é a chamada tecnoburocacia estatal. Embora muito tenha sido escrito sobre esse tema na literatura, optaremos por fazer considerações mais operacionais, e abordadas pelos autores que estamos usando, nos limites e usos que nosso trabalho exige.

Os diversos autores abordados neste trabalho, quando falaram de “estrutura institucional”, “arranjos institucionais”, rede de produção da política, “empreendedores”, entre outros, incluíam a chamada tecnoburocracia estatal na composição dos possíveis sujeitos que aí operam. Para Costa e Dagnino (2008), mesmo estando em escalões burocráticos inferiores, este grupo social possui importante discricionariedade na elaboração das políticas públicas. O conceito de discricionariedade reportaria a uma situação em que “um funcionário público possui um grau de poder de decisão que o torna capaz de escolher entre distintos cursos de ação ou não-ação”. Diferente do conceito de “julgamento”, quando “uma simples interpretação das regras é requerida”. Há “discricionariedade, quando as regras conferem a um certo tipo de funcionário, em situações específicas, a responsabilidade de tomar decisões que ele considera apropriadas” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 125).

Estes funcionários quebrariam regras e estabeleceriam rotinas de trabalho exercendo um poder que se manifesta tanto em relação aos cidadãos como em relação às agências às quais pertencem. E este poder discricionário seria tanto maior quanto: “maior a diferença entre a demanda e a oferta de recursos disponíveis para serem alocados”; “menos claras forem as determinações emanadas da direção da agência”; e “mais pobre ou menos poderosa e difusamente organizada” for a pressão dos interlocutores ou beneficiários da ação com o qual lidam (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 126).

Acrescentam ainda que “os burocratas dependendo, sobretudo, do grau de definição da política, exercem seu poder discricionário” “adaptando a política



formulada à realidade da relação Estado-Sociedade e das regras de formação do poder econômico e político que estas impõem ao jogo entre os atores sociais” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 122).

No nosso caso, percebemos que as mudanças na PNAB ou incrementaram e aprimoraram políticas e programas existentes anteriormente ou foram inovações que se agregaram a eles (PINTO; MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014). Os movimentos foram de ampliação dos recursos e não de remanejamento dos mesmos, de alargamento da cobertura dos contemplados e não de restrição, de diversificação do escopo das estratégias e não de cancelamento de ações e programas já desenvolvidos. Assim, de um lado, não havia o que proteger ou salvar, de outro, houve uma clara direção de qualificação, intensificação, expansão e de diversificação do que se tinha até então. Talvez isso tenha reduzido a percepção dos diversos efeitos de conservação do instituído citados tanto por Viana e Costa quanto por Menicucci e Brasil.

Com efeito, processos da Nova PNAB, como o PMAQ por exemplo, mobilizaram diversos atores sociais dos três segmentos – trabalhadores, gestores e usuários – e nas três esferas de governo (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), além de ter produzido envolvimento inédito de mais de 40 instituições públicas de ensino e pesquisa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012) e de ter agregado muitos e diversos componentes da comunidade de especialistas afetos ao tema da AB no país. Essa mobilização ao contrário de desalojar atores de arenas constituídas e atritar com as redes já existentes de apoio à formulação e defesa da PNAB, fortaleceu e ressignificou arenas e redes constituídas e constituiu novas com uma maior diversidade de arranjos que fortaleceram o apoio e a participação na nova PNAB. De um modo geral, os atores sociais perceberam a nova PNAB como incremento e qualificação da política anterior, como uma janela de oportunidade aberta para fortalecimento e inovação e não como uma ameaçadora mudança de rumos (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012; PINTO, MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014). Podemos encontrar também aí explicação para grande parte da ampla capacidade de convocação e mobilização da nova PNAB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Por fim, vale destacar que o contexto não foi de restrição orçamentária e sim o contrário: a Nova PNAB dobrou os recursos da União para a AB em apenas quatro anos (PINTO; MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014). As estratégias e ações da



política foram formuladas enquanto programas nacionais universais e com regras e critérios operacionalizadas por sistemas de tecnologias de informação que seguiam determinações normativas pactuadas entre os três entes para todo o país (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). Além disso, a execução das ações, como é de se esperar numa política de AB, cabia bem mais aos gestores e agentes municipais que ao próprio Governo Federal sendo que, no caso do PMAQ, foi ainda mobilizada uma ampla rede de universidades para a execução da avaliação externa do programa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012). Ou seja, todos estes fatores que dificultariam uma ação de resistência de uma tecnoburocracia contrária às mudanças caso ela tivesse existido no governo federal, fato que não ocorreu.

Enfim, vale sintetizar que, a nosso ver, o conjunto dos fatores relacionados ao contexto e ao modo como foi construída e implementada a PNAB facilitaram a emergência de processos instituintes com força e condições de produzir significativas mudanças na mesma. E, além de não ter enfrentado fortes resistências para se instituir, a nova PNAB, com tudo que foi tratado nesta seção sobre fatores retroalimentação e reprodução de uma política, parece ter construído importantes bases de consolidação e sustentação, seja pelas necessidades e demandas sociais contempladas, seja pelos atores - decisores, formuladores e empreendedores - mobilizados e envolvidos, seja pela quantidade de recurso empregado num novo arranjo de financiamento da AB no país (PINTO; MAGALHÃES JÚNIOR; KOERNER, 2014).

Por fim, vale dizer que há uma exceção importante ao que foi apontado sobre a PNAB: trata-se da importante disputa em torno da criação e implantação do Programa Mais Médicos. Ainda que compartilhe com as demais ações da PNAB várias características mencionadas, é singular pela resistência que sofreu das organizações da categoria médica e por ter objetivado a mudança de um certo *status quo* da formação médica e da atuação e condições do mercado de trabalho médico na AB do SUS. Deste modo, reposicionou atores e interesses nesse processo de alargamento da atuação do Estado num campo público que era gerido quase que exclusivamente pelo mercado (PINTO et al, 2014b). Mas, o Programa Mais Médicos para ser adequadamente analisado, exigiria um esforço similar ao que estamos desenvolvendo em relação ao PMAQ neste trabalho, portanto, voltemos a nosso objeto: o PMAQ.



Assim, feita a sistematização dos referenciais e apontamentos importantes para o nosso quadro teórico, partimos para reunir indicações mais metodológicas e bem operacionais que os diversos autores pesquisados utilizaram em seus estudos e recomendaram para a realização de estudos semelhantes.

3.8. INDICAÇÕES METODOLÓGICAS PARA ANÁLISE DE POLÍTICAS E AS FASES DO CICLO DA POLÍTICA

Nesta seção traremos a contribuição de diversos autores já utilizados acima buscando colher dos mesmos as indicações metodológicas mais explícitas para analisar as políticas públicas. Como pretendemos, por tudo que já foi dito, concentrar o estudo do PMAQ num recorte mais próximo do Plano Singular (GERSCHMAN, 1995) ou dos primeiro e segundo níveis de análise da política (COSTA; DAGNINO, 2008), nos preocupamos aqui em sistematizar as indicações feitas pelos autores com eficácia neste plano de análise. Obviamente, sem prejuízo de tudo o que já foi tratado antes com relação ao planos mais abrangentes e “profundos” e reforçando a preocupação sempre presente de não produzir separações artificiais entre os níveis de análise: é desejável que o processo analítico sempre faça movimentos sucessivos de ampliação de perspectiva e trânsito entre os níveis de análise a fim de buscar compreender o processo em pauta.

Viana (1995) recomendou que, ao estudar uma política, se examine uma importante lista de elementos: as agências estatais fazedoras da política; os atores participantes deste processo; novos atores que afluam por conta de mudanças significativas nas agendas das políticas; as estratégias de interação dos atores; os mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis pelo fazer políticas; as inter-relações entre estas variáveis (agências e atores); as variáveis externas que influenciam nesse processo; identificação da ideologia das elites; compromissos entre o próprio bloco dominante; condições de desenvolvimento das formas estatais e as peculiaridades da burocracia; ambiente cultural e institucional do país e das diversas orientações culturais das elites administrativas, assim como da herança das políticas públicas na área social (VIANA, 1995, p. 212).



Menicucci e Brasil (2010), sistematizando e combinando as contribuições e argumentos de Kingdon, Sabatier e Weir, além da perspectiva habermasiana, entenderam que as reformas de políticas públicas, que pressupõem a constituição de agendas inovadoras, são resultados de três processos apresentados a seguir:

1-a tematização de questões a partir de espaços públicos e sua conversão em ideias e projetos sociopolíticos”;

2-a interação de coalizões promotoras ou a ação de um conjunto de atores, portadores de ideias reformadoras, que constituem redes societárias e *policy networks* que incorporam atores variados, como comunidades epistêmicas e movimentos sociais;

3-“mudanças externas ao subsistema da política específica, favoráveis a desequilíbrios institucionais, como o surgimento de novos problemas ou mudança no contexto político mais amplo, funcionando como janelas de oportunidade que podem ser aproveitadas pelos empreendedores políticos (MENICUCCI; BRASIL, 2010, p. 373).

Costa e Dagnino (2008) sistematizaram os modelos de análise das decisões utilizados por estudiosos de Análise de Política, principalmente com relação à fase de formulação das políticas. Identificaram “tipos ideais” (WEBER, 2003) de “modelos de tomada de decisão” debatidos pelos autores que eles pesquisaram. Não resumiremos toda essa sistematização aqui, somente alguns pontos que nos alertam sobre modos como não proceder na análise de políticas. A crítica a um dos modelos ideais, o racionalismo, por exemplo, merece destaque (COSTA; DAGNINO, 2008).

Os autores resumem a visão racionalista como um processo de análise que compara as alternativas que melhor sirvam à obtenção de um dado resultado. Envolve, portanto, “listar todas as estratégias alternativas; determinar todas as consequências que decorrem de cada estratégia alternativa; e avaliar comparativamente cada um dos conjuntos de consequências (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 115). Segundo eles, Lindblon, critica os limites da visão racionalista e, partindo da concepção de “racionalidade restrita” formulada por, formula seu enfoque denominado “comparações limitadas sucessivas” (COSTA; DAGNINO, 2008). Para ele o processo decisório é algo bem mais complexo do que propõe a abordagem racional, sem princípio ou fim e com limites um tanto incertos. Lindblon afirmaria que o principal obstáculo ao uso das ferramentas de Análise de Políticas ou métodos de trabalho de base racional no processo de elaboração de políticas é o



fato de que nos sistemas políticos, as pessoas buscam apropriar-se de informações, estudos e resultados de investigações ou análises científicas para fortalecer suas próprias posições, ou de seus grupos de interesse, e justificar suas decisões. Ou seja, é um processo permeado de interesses e subjetivações (GUATTARI, 1990) que acabam por fazer escolhas entre os inúmeros cursos racionais possíveis.

Ora, essas observações nos alertam para as dificuldades de uma análise que tenta atribuir à realidade uma racionalidade e lógica que ela não tem. A consequência seria, ou não conseguir compreender e mapear o processo político e tecnopolítico que se estuda ou tentar imputar a ele uma racionalidade que lhe é estranha e, até mesmo, imputar-lhe fatos que não ocorreram e causas que não operaram.

Digamos que a visão racionalista, além de tudo, tende a ser ingênua em relação aos alertas de Merhy, Coutinho e Fleury de que é mais fácil compreender a escolha de formulações a partir dos objetivos e papéis políticos que elas encerram e pelas filiações que têm com os grupos e sujeitos sociais, que compreender a mudança política pelas teorias e opções que foram colocadas na arena decisória. O polo forte dessa relação, como bem apontou Merhy (2002) com o conceito de modelos tecnoassistenciais, é o processo político interessado que escolhe, recorta, se apropria, modifica e rejeita possibilidades teóricas e alternativas de formulação.

Partindo para outra indicação metodológica, a maior parte das abordagens tratadas até aqui valorizam os chamados momentos de produção da política. Assim, apresentaremos a seguir o que os autores dizem sobre esses momentos, ou fases, do ciclo da política e qual a importância analítica em fazer esta divisão. Após isso, faremos uma última sistematização, a partir destes mesmos autores, de indicações metodológicas que abordem em especial as fases de operacionalização e implementação de uma política.

Começamos por Viana (1997) que nos ajuda a compreender a lógica de descrição das fases do ciclo da política e as razões e vantagens em fazer essa distinção. Para ela, a política tem fases e a depender da fase os atores sociais intervêm de forma diferenciada. Seria importante, portanto, distinguir os processos de decisão no desenvolvimento de uma política uma vez que

[...] em cada uma dessas fases (emergência da política, formulação de um projeto específico e implementação), os



atores sociais, presentes em cada política, vão intervir de forma diferenciada e com pesos específicos, assim como a própria máquina estatal e os critérios e estilos de decisão também se comportarão de forma diversa (VIANA, 1997, p. 212).

Merhy (1992) enfatizou a diferença que há entre decisão e formulação justamente para destacar os papéis distintos daqueles que atuam na arena decisória como “decisores” ou “formuladores”. Trata-se de um noção central não só para a Análise de Política como também para o seu conceito integrado de modelos tecnoassistenciais. Contudo, não percebemos em Merhy a preocupação em separar os chamados momentos do ciclo da política, pelo contrário, a todo tempo abordou a questão de modo integrado.

Costa e Dagnino (2008), de outro lado, sistematizam contribuições de Ham e Hill para agregar elementos à Análise da Política tanto no âmbito do primeiro nível quanto do segundo. Assim, ressaltam primeiramente que a política “envolve antes um curso de ação ou uma teia de decisões”, que se desenvolvem ao longo do tempo do que uma decisão única localizada no tempo. No estudo desta teia deve deter-se, também, no exame de “não-decisões”. Reforçam, ainda que essas decisões e ações “alocam (implementam) valores” e que uma política constitui uma instância que, “uma vez articulada, vai conformando o contexto no qual uma sucessão de decisões futuras serão tomadas” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 88). Partindo do pressuposto acima, consideram que a

[...] “elaboração de políticas” envolve três processos ligados através de “laços de realimentação, que denominamos de momentos, mas que são mais comumente (embora equivocadamente, no nosso entender) são referidos como fases ou etapas.” Esses processos são separados para fins analíticos em: formulação, implementação e avaliação de políticas (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 88-89).

Assim, para eles, a política é, primeiramente, formulada, isto é

[...] concebida no âmbito de um processo decisório pelos “tomadores de decisão” que pode ser democrático e participativo ou autoritário e “de gabinete”; de “baixo para cima” ou de “cima para baixo”; de tipo racional e planejado ou incremental e mediante o ajuste mútuo entre os atores intervenientes; com ou sem manipulação e controle da agenda dos atores com maior poder; detalhadamente definida ou deixada propositalmente incompleta. (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 121).



Depois de formulada, iniciar-se-ia a

[...] implementação da política, mediante os órgãos e mecanismos existentes ou especialmente criados, pelos burocratas. Dependendo, sobretudo, do grau de definição da política, eles exercem seu poder discricionário — variável principalmente segundo o nível em que se encontram na hierarquia — adaptando a política formulada à realidade da relação Estado- Sociedade e das regras de formação do poder econômico e político que estas impõem ao jogo entre os atores sociais. (COSTA; DAGNINO, 2008, p.122).

Por fim, ocorreria a

[...] avaliação da política, quando os resultados — entendidos como produtos e metas definidos e esperados num âmbito mais restrito — e impactos — entendidos como produtos sobre um contexto mais amplo e muitas vezes não esperados ou desejados — decorrentes de sua Implementação são comparados com o planejado” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 122).

A sistematização de Costa e Dagnino (2008) nos parece mais normativa, busca orientar o “como deveríamos” desenvolver as políticas. De outro lado, Viana (1997) parece querer separar analiticamente o que Merhy (1992) integrou ao considerar decisão e formulação como duas nuances de um processo que, concretamente, pode acontecer integrado e sem separação cronológica delimitada. Mesmo que estejamos falando de quando a questão social emerge como demanda social na cena política, ainda assim, na análise de Merhy isso não é um processo dissociável daquele que lhe dá sequência.

Contudo, nosso propósito não é propor uma nova divisão destas fases ou momentos e sim optar por quais conceitos e noções achamos úteis para nossa análise. Nesse sentido, considerando todas as contribuições e as características de nosso objeto de estudo, trabalharemos somente como os momentos/fases de formulação da política, incluindo aí a emergência e decisão e com o de implementação, entendendo que a avaliação é um processo específico que pode ser feito em qualquer etapa do ciclo da política.

Por fim, encerramos esta seção com mais algumas indicações metodológicas úteis à fase de implementação, uma vez que a maioria das indicações remeteu à fase de formulação. Encontramos em Costa e Dagnino (2008) alguma indicações metodológicas sobre a análise desta fase que nos parecem úteis, tendo em vista o nosso estudo. Mais uma vez, eles trabalham com tipos ideais



extremos e propõem que o modelo concreto seja analisado em função das semelhanças e diferenças com o tipo ideal, assim a questão chave seria

escolher quais dos dois enfoques (*top down* e *bottom up*) é a ela mais adequado. Isto é, a qual destes dois extremos a política em análise se encontra mais próxima. Esta escolha deve dar-se em função de uma avaliação de conjunto que deve ser realizada tendo em conta as características que apresenta a política. (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 122)

Numa situação em que a política possui objetivos e contempla atividades claramente definidas, e mais ainda, se os *inputs* e resultados são quantificáveis, se é possível identificar déficits de implementação, o enfoque *top down* é o aconselhável. Este modelo ou enfoque abordaria o porquê de certas políticas serem bem sucedidas (bem implementadas) e outras não, partindo de uma definição de implementação como um processo em que ações de atores públicos ou privados são dirigidas ao cumprimento de objetivos definidos em decisões políticas anteriores (COSTA; DAGNINO, 2008).

O enfoque *bottom up*, por sua vez, parte da análise das redes de decisões que se dão no nível concreto em que os “atores se enfrentam quando da implementação, sem conferir um papel determinante às estruturas pré-existentes (relações de causa e efeito e hierarquia entre organizações etc.)”. Este enfoque parte da ideia de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração de política, o que condiciona o momento da implementação. Esta é entendida como o “resultado de um processo interativo através do qual uma política que se mantém em formulação durante um tempo considerável se relaciona com o seu contexto e com as organizações responsáveis por sua implementação.” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 123)

Esse enfoque chamaria ainda a atenção para o fato de que

[...] certas decisões que idealmente pertencem ao terreno da formulação só são efetivamente tomadas durante a implementação porque se supõe que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante o momento da tomada de decisão. Seria ineficaz (ou prematuro e por isto perigoso) tentar resolver conflitos aí, uma vez que são as decisões do dia-a-dia da implementação as que realmente requerem negociação e compromisso entre grupos poderosos e decisões-chave só podem ser tomadas quando existe uma percepção mais clara dos potenciais resultados da política à disposição dos implementadores (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 124)



Após apresentar estes dois modelos, os autores acrescentam ainda que o processo de implementação pode também ser estudado segundo distintas perspectivas de análise e de intervenção: “Organizacional: quando o tipo de organização é planejado em função do tipo de ação”; “Processual: a implementação é um resultado de uma sucessão de processos”; “Comportamental: há uma ênfase na necessidade de reduzir conflitos durante o processo”; e, finalmente, “Político: padrões de poder e influência entre e intra-organizações são enfatizados” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 124)

Os modelos parecem funcionar como tipos ideais extremos, tanto os dois enfoques quanto as perspectivas de análise. Nos parece que todos os modos deveriam se cruzar na medida em que a realidade concreta mistura essas dimensões e, se a escolha significar não fazer perguntas relacionadas a um outro modelo, pode resultar em um cegueira importante em relação à compreensão do processo concreto.

Com essa ressalva, entendemos que o PMAQ tem uma dimensão, que por mais que envolva uma multiplicidade de atores, pode ser constituída com base naquilo que é de maior governabilidade do gestor federal e das instituições associadas na construção e execução de certas partes do programa. Assim percebemos, por exemplo, que entra neste caso a montagem de toda logística, estrutura informacional, repasse de recursos financeiros e demais ações que compreendem a: viabilização da adesão dos municípios; elaboração dos instrumentos de orientação, auto-avaliação, apoio e avaliação; avaliação das UBS e equipes; entrevistas dos usuários; certificação das equipes; e repasse de recursos conforme certificação. Assim, com objetivos e metas bem delimitadas, esta dimensão do PMAQ pode ser avaliada com as ferramentas utilizadas no enfoque *top down* e com ênfase nas análises organizacional e processual. Deste modo, uma metodologia mais estruturada daria conta do estudo da implantação das metas do programa e da análise da operacionalização e funcionamento regular e sustentado das fases do programa.

De outro lado, este enfoque metodológico seria insuficiente para avaliar a implementação do PMAQ em tudo que ele representa além dessa dimensão nacional e organizacional, bem sintetizado nos diversos modos de olhar o programa propostos por Pinto, Sousa e Ferla (2014) e como um



[...] componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientados por diretrizes pactuadas nacionalmente.

Dependendo “fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços” (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012, p.).

Ou seja, nessas outras dimensões a pergunta relacionada à avaliação da implementação seria, por exemplo, até que ponto o programa deu conta de sua aposta e conseguiu de fato mobilizar os diferentes atores? Como isso ocorreu e em que grau? A metodologia e ação objetiva do programa em nível “central” conseguiu provocar movimento efetivo nos serviços? Se sim, esse movimento foi em que direção e guarda alguma relação com a aposta central ou gerou algo diferente, reinventou as apostas ou mesmo produziu o seu contrário? Em que medida o programa potencializa ou captura as ações de inovação dos sujeitos que buscam mudar o cotidiano de seus serviços? Enfim, muitas perguntas poderiam ser feitas, todas elas exigindo estudos bem distintos daqueles que se ocupam da operacionalização o núcleo central da política.

A proposta desenvolvida nesta dissertação tenta combinar diferentes perspectivas que serão explicitadas na próxima seção. Muitas análises foram possíveis no esforço de estudo, pesquisa e produção desta dissertação e outras terão que ficar para estudos posteriores, como sinalizaremos no último capítulo deste trabalho.

4 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE O SEU DESENHO E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO¹

4.1. O PMAQ COMO PRINCIPAL ESTRATÉGIA DO “SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ”

O MS declara que no “Saúde Mais Perto de Você”, o modo como tem se referido, tanto ao conjunto de iniciativas da nova PNAB, quanto à rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), o PMAQ é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS”, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade “das práticas de gestão, cuidado e participação” na AB (BRASIL, 2011d).

A amplitude e ousadia dos objetivos do PMAQ pode ser percebida ao ler suas diretrizes expostas na Portaria 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;

¹ Artigo publicado na Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012 e escrito em coautoria com: Allan Nuno Alves de Sousa, Bacharel e Mestre em Ciência Política, Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica do MS, e Alexandre Ramos Florêncio, Mestre em Saúde Coletiva, Diretor Adjunto do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde até 2014.



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, 2011f). Grifos dos autores.

Para tentar alcançar esses objetivos o PMAQ promoveu uma mudança profunda no financiamento da AB vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. Com a criação do “Componente de Qualidade” do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável os municípios passaram a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho “ótimo” naquilo que o PMAQ toma como objeto de contratualização e avaliação, os “padrões” (BRASIL, 2012d).

Em Pinto, Koerner e Silva (2012) temos a descrição do novo desenho do financiamento da AB e uma indicação da prioridade desta agenda para o Governo Federal. No mesmo capítulo há previsão de que, em 2013, 15% do PAB Variável esteja comprometido com o PMAQ, valor expressivo que chegaria perto de R\$ 1,5 bilhões.

A “qualidade”, citada tantas vezes nos documentos oficiais que tratam do tema, é compreendida como uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema (BRASIL, 2011f; 2011j). Em certo momento é definida como “o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores” (BRASIL, 2011k).

O chamado “padrão de qualidade” é uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS. Busca afirmar os princípios da “integralidade, universalidade, equidade e participação social” (BRASIL, 2011k) e enfrentar os nós críticos



debatidos e assumidos como “situação a ser superada” pelo “Saúde Mais Perto de Você”. As dimensões e padrões propostos pelo PMAQ operam como a afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade não é apreendida como *topos* ou *platô* e sim como “fluxo” e “movimento” devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da Política, de suas estratégias e instrumentos:

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

4.2 O PMAQ COMO PARTE DE MOVIMENTOS MAIS PROFUNDOS

O PMAQ, por sua vez, é um movimento articulado a outros três mais amplos do MS, tendo sido formulado junto com eles e se antecipado um pouco na implantação.

Não pode ser compreendido fora do contexto de efetiva valorização e de definição do papel da AB no conjunto da rede que contou com a publicação de diversos atos normativos. A regulamentação da Lei 8.080, por meio do Decreto 7.508, de 29 de junho de 2011, define a AB como “porta de entrada” do sistema, como elemento essencial e indispensável de uma região de saúde, como ordenadora do acesso “universal e igualitário” às ações e serviços de saúde da rede (BRASIL, 2011c). As portarias que instituíram as “redes de atenção” tiveram o cuidado de se descrever na AB reconhecendo claramente seu papel de porta de entrada e primeiro contato.

Observando como o PMAQ se propõe a induzir e avaliar papéis e ações da AB como parte das redes prioritárias (BRASIL, 2011l) fica claro que ele pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto



a criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes.

Um segundo movimento que dá sustentação e ao qual o PMAQ está articulado é o redesenho da governança sistêmica e do financiamento do SUS conforme o Decreto Presidencial 7.508 de 29 de junho de 2011. Entre outros tantos avanços, o Decreto e seus instrumentos, em especial o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), traz a possibilidade de avançar num modo de financiamento mais completo e adequado às singularidades dos contextos e especificidades locais e regionais. O Decreto fala em “avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços”, em “responsabilidades assumidas” pelo ente envolvendo pactuação de “indicadores e metas de saúde”, “estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde”, “critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente” e diz ainda que o “Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011c).

Pinto, Koerner e Silva (2012) nos mostraram que o desenho do novo financiamento da PNAB, implantado em 2011, guarda coerência e é aderente ao que pretende ser implantado com o COAP e seus instrumentos. Destacamos que o PMAQ responde justamente pelo componente do novo financiamento da AB que leva em conta a contratualização de compromissos, o monitoramento de indicadores e o alcance de resultados.

Um terceiro movimento é o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2011b). O PMAQ é parte integrante desse esforço que reúne também diversas outras iniciativas, como o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), todas coerentes com os objetivos do programa.



4.3 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: PRIMEIRA FASE

O PMAQ está organizado em quatro fases que se “complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade” (BRASIL, 2011j). A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “Recontratualização”.

Não pretendemos apresentar o desenho estático das fases do PMAQ, claras na Portaria 1.654, nem colocar todo o foco na avaliação externa e no que ela determina em termos de repasse de recursos. Essa abordagem percebe mais a ação homogênea, normalizada nacionalmente, a que se repete, superfície de registro (DELEUZE; GUATTARI, 2003). Deixa escapar justamente o pólo dinâmico e singular do programa, superfície de produção (DELEUZE; GUATTARI, 2003): as ações de mudança de equipes de cuidado e da gestão municipal que ocorrem no cotidiano dos serviços. Tentaremos captar o movimento e explicitar apostas estratégicas contidas nos diversos documentos e instrumentos do programa. Para nós está claro que a finalidade da fase de contratualização e da terceira, avaliação externa e certificação, é promover a segunda fase, motivando o protagonismo e o esforço de mudança das EAB e da gestão municipal.

A primeira fase do PMAQ é descrita como “a etapa formal de adesão ao Programa”, mediante “contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados” entre as EAB e os gestores municipais, e desses com o MS “num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social” (BRASIL, 2011j). O caráter voluntário da adesão está associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em “ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito” (BRASIL, 2011j). É um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns.



Cada EAB para aderir teve que assinar um “Termo de Compromisso” no qual se comprometeu em: (a) seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho; (b) observar regras de funcionamento do programa; (c) implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores; (d) ser monitorada por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e (e) passar por um processo de avaliação que inclui a autoavaliação, o desempenho em vinte e quatro indicadores e a avaliação *in loco* realizada por avaliadores externos que visitariam cada equipe na terceira fase do programa.

A adesão e contratualização individualizada por EAB tentou introduzir um dispositivo concreto de viabilização do reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos que devem se responsabilizar pelo conjunto de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.

O Município, por sua vez, ao aderir passou a receber imediatamente vinte por cento do Componente de Qualidade do PAB por equipe aderida. Esse repasse segue até a realização da avaliação externa e conclusão da certificação da equipe quando então esse percentual passa a depender do desempenho alcançado por cada EAB, podendo ser de cem por cento no caso de desempenho “ótimo” ou a suspensão de qualquer repasse do Componente no caso de desempenho insatisfatório.

A adesão dos gestores municipais incluiu o cadastramento das EAB, após prévia adesão das EAB como dito acima, e a assinatura de Termo no qual assumiu compromissos relacionados: “(a) à aplicação dos recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável; (b) à realização de ações para a melhoria das condições de trabalho das EAB; (c) à estruturação da gestão da AB garantindo “condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do Programa” e envolvendo a mesma no apoio institucional às EAB para realização da autoavaliação, para a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas UBS e de avaliação e monitoramento de indicadores, para o desenvolvimento de ações de educação permanente e execução ações compartilhadas de superação dos problemas identificados e alcance dos resultados pactuados (BRASIL, 2011j).

Merece destaque a tentativa do programa de constituir movimentos de implicação e dispositivos de gestão colegiada que possam gerir a mudança. Aposta-



se no fomento de uma dinâmica que propicie a constituição de espaços de negociação e implicação dos atores envolvidos, buscando claramente mobilizá-los através da possibilidade de terem seus interesses, necessidades e desejos contemplados.

O objetivo explícito é que isso se consolide como *modus operandi*, como cultura de negociação e gestão comprometida com a mudança do modelo de atenção e gestão, o desenvolvimento da equipe e a orientação dos serviços em função das necessidades de saúde dos usuários. Ao mesmo tempo, o programa busca interferir de algum modo no que será negociado nesse espaço ao propor conteúdos e repertórios a essa negociação. Faz isso ao apontar a direção do movimento de qualificação através de indicadores a serem alcançados e padrões de acesso e qualidade a serem implantados.

4.4 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: SEGUNDA FASE

A segunda fase do PMAQ é compreendida como a etapa na qual se daria o desenvolvimento de ações, realizadas fundamentalmente pelas EAB e gestão municipal, mas com o apoio das gestões estaduais e MS, “com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB” (BRASIL, 2011j). Há uma aposta em quatro estratégias nessa fase: na autoavaliação, no monitoramento, na educação permanente e no apoio institucional.

A autoavaliação é tida como “ponto de partida da fase de desenvolvimento”, propondo que o processo se inicie “pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento” (BRASIL, 2011j). Espera-se que funcione como um dispositivo que provoque o coletivo a interrogar o instituído (ALTOÉ, 2004), a colocar em análise seu processo, relações e condições de trabalho. Aposta-se na ampliação da capacidade de auto-análise (BAREMBLITT, 1998) para que se amplie também a capacidade de co-gestão daquele coletivo organizado para a produção



(CAMPOS, 2000) de modo que consiga negociar e planejar modos de superar problemas e alcançar objetivos desejados e pactuados.

Mais uma vez a estratégia do PMAQ aposta em dispositivos que possam provocar o espaço de diálogo, negociação e gestão das mudanças que o programa buscou garantir na fase de contratualização. Espaço que idealmente reuniria a equipe, por diversas vezes contaria com membros da gestão municipal responsáveis por aquelas EAB, se possível apoiadores, e eventualmente com a participação da comunidade (BRASIL, 2011j, 2011k, 2011l). A insistência na participação ativa de referências da gestão municipal, teria o objetivo de fortalecer uma análise e ação compartilhada com maior potencial de mudança da situação nominada como problema.

O MS ofertou a ferramenta “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)” que poderia “ser combinada com outras ferramentas, cabendo aos gestores municipais e às EAB definirem o uso (...) que se adeque à sua necessidade e realidade” (BRASIL, 2011k). Trata-se de uma ferramenta extensa que se propõe a abordar múltiplas dimensões e que necessariamente provoca a identificação de muito mais problemas que a EAB poderia tomar como centro prático de ação (CECÍLIO, 1997; CECÍLIO, 2003). Daí o reforço do material (BRASIL, 2011k) em propor uma dinâmica afeita à gestão estratégica (MATUS, 1993; CECÍLIO, 1997; CECÍLIO, 2003; CAMPOS, 2000), na qual a ferramenta cumpre o papel de alimentar o diálogo do grupo para que ele possa eleger os problemas e pactuar ações conforme suas explicações, prioridades, interesses, disposição e capacidade de ação.

Para que a autoavaliação se fortaleça como um processo permanente a orientar a tomada de decisões, o PMAQ propõe que ela seja enriquecida pelo monitoramento dos indicadores propostos pelo programa (BRASIL, 2011j) que teriam entre seus objetivos “orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre EAB e gestor municipal” e “subsidiar a definição de prioridades e programação de ações”.

O MS realizou em 2011 mudanças no SIAB para que pudesse acessar e acompanhar os dados do sistema no seu nível maior de desagregação, a equipe. Com isso, o programa apostou na possibilidade de institucionalização de uma prática permanente de monitoramento e avaliação, tanto pelas EAB quanto pela gestão municipal, com capacidade de “permitir a identificação (...) de desafios, o



reconhecimento dos resultados alcançados, a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção” e de democratizar e dar “transparência” à gestão da AB fortalecendo a participação do usuário, por meio da “publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados” (BRASIL, 2011j).

A escolha dos quarenta e sete indicadores obedeceu a três critérios. Ficou restrita àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do SIAB “por esse ser o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada” (BRASIL, 2011j). Priorizou-se indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto Pela Saúde e utilizados na composição do IDSUS e buscou-se articular com a prioridades definidas pelas três esferas de governo (BRASIL, 2011j).

A imagem que o documento (BRASIL, 2011j) sugere é a de um coletivo que faz uso permanente da autoavaliação e do monitoramento para se apropriar do processo de trabalho e de seus resultados, ampliando assim a motivação e a satisfação com o mesmo e a capacidade de diálogo e ação compartilhada com a gestão e a comunidade.

O MS, através de processos de formação, financiamento, orientação técnica e até mesmo valorização na avaliação externa do PMAQ, passou a estimular que as gestões municipais investissem na adoção do apoio institucional (CAMPOS, 2003) como tecnologia de gestão e na oferta de processos de educação permanente (CECCIM, 2005) articulados às ações de mudança do programa.

O programa sugere que o “saber e fazer em educação permanente (EP) seja encarnado na prática concreta dos serviços de saúde”, pois a “mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde passam a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que possam contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras” (BRASIL, 2011j). Propõe que a EP seja vista como uma importante “estratégia de gestão” com grande potencial provocador de mudanças na micropolítica (MERHY, 2002) do cotidiano dos serviços, “bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários” (BRASIL, 2011j).

O PMAQ propõe uma articulação entre os processos de EP e as estratégias de apoio institucional (AI) para “aumentar as alternativas para o enfrentamento das



dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano” (BRASIL, 2011j). Sugere que o AI seja pensado como uma “função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer” gestão em saúde.

O programa tenta induzir a criação de equipes de AI (BRASIL, 2011j, 2011k, 2011l), “com dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador”, lembrando a necessidade de construção “de vínculo entre os mesmos” e de agendas regulares de encontros (BRASIL, 2011j).

Essas equipes de AI deveriam assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomar como “matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano” e operar como “forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos”, buscando fortalecê-los, reconhecendo e potencializando seus esforços, reforçando “processos de subjetivação que produzam liberdade e compromisso” (BRASIL, 2011j).

Em síntese, podemos dizer que as equipes de atenção e gestão, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, deverão construir pactos e ações, disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento de resultados numa excelente oportunidade de superar modos de ação que fragmentados perdem grande parte de sua potência.

A segunda fase receberia um corte artificial com a realização dos processos de avaliação externa previstos para serem realizados após seis meses da adesão ao programa. Falamos de corte artificial, pois na realidade não tem como encerrá-la sem interromper também as próprias ações de atenção e gestão das equipes de cuidado e de coordenação da AB no município.

4.5 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: TERCEIRA FASE

A terceira fase é o momento de realização da Avaliação Externa que “consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB” e para reconhecimento e valorização dos “esforços e resultados” dessas EAB e dos gestores municipais na qualificação da AB (BRASIL, 2012a). Essa avaliação gerará um *escore* que conforme as regras da portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, e com as alterações instituídas pela portaria 866, de 03 de



maio de 2012, resultará numa certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo MS.

O *escore* leva em conta três componentes. Representando dez por cento do total do *escore*, numa lógica de tudo ou nada, está a simples realização da autoavaliação pela EAB, independente daquilo que se responda. Outros vinte por cento correspondem ao desempenho da EAB nos 24 indicadores monitorados durante toda a fase de Desenvolvimento (BRASIL, 2011f, 2011j).

Por fim, os setenta por cento restantes resultam da aplicação dos instrumentos de avaliação da terceira fase que estão organizados em quatro módulos conforme o método de coleta das informações: módulo I – observação na UBS; módulo II – entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS; módulo III - entrevista com o usuário na UBS; e módulo IV - módulo *on line* que, informado pela gestão municipal e pela EAB, complementa os demais módulos (BRASIL, 2011i).

Os padrões foram distribuídos em cinco dimensões. Na dimensão “gestão municipal para desenvolvimento da AB” se avalia fundamentalmente a estrutura e equipes de gestão da AB do município e o apoio que ela dá às EAB aderidas ao programa (BRASIL, 2011i). Trata-se também de uma checagem de compromissos assumidos pelo gestor municipal na contratualização da primeira fase do programa.

Na “estrutura e condições de funcionamento da UBS” são verificadas, além da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos importantes para a atenção à saúde com foco nas linhas de cuidado priorizadas (BRASIL, 2011i).

Na “valorização do trabalhador” avalia-se a formação dos membros da EAB, o investimento feito pela gestão municipal no desenvolvimento profissional, formação e educação permanente da EAB, a garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira e implantação de dispositivos desejáveis de gestão do trabalho (BRASIL, 2011i).

No “acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho” avalia-se na perspectiva do profissional e do usuário: o acesso; a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do



cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho; além de avaliar também padrões de qualidade relacionadas à atenção das linhas de cuidado priorizadas, dentre tantos outros (BRASIL, 2011I).

Por fim, há ainda a dimensão “utilização, participação e satisfação do usuário” que avalia a utilização dos serviços pelo usuário, várias dimensões de sua satisfação e a implantação de dispositivos e espaços de participação dos usuários e de exercício do controle social (BRASIL, 2011I).

Com tudo isso, é importante destacar três pontos. Ao focar também numa dimensão micro e meso do processo de trabalho, o PMAQ ousa mais uma vez: busca estimular desde uma política nacional a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano. Assim, trata-se de uma política nacional que estimula os atores implicados a implantar dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, gestão do cuidado, remuneração por desempenho, gestão colegiada, conselhos locais de saúde, etc. Assim, o PMAQ busca estimular a reflexão crítica sobre o instituído e provocar o coletivo a agir ativamente pela mudança do cotidiano, mas não comete excesso de definir formas. Antes o contrário, induz todo o tempo que as equipes “inovem”, “criem”, “experimentem” conforme sua realidade e possibilidade e que compartilhem.

Merece destaque também a preocupação da avaliação não só com a estrutura e o processo, mas com os resultados mais imediatos da atenção à saúde e com a entrada em cena da perspectiva e avaliação do usuário (BRASIL, 2011I). Os instrumentos contemplam também os resultados concretos obtidos no acesso e na qualidade da atenção a grupos específicos, como as mulheres, crianças, gestantes, pessoas com condições crônicas, pessoas com transtornos mentais etc. E ao combinar isso com a vinda para o centro da cena a perspectiva do usuário, tanto sobre os resultados como sobre os efeitos diretos das mudanças, ele aponta para a produção de um material com grande capacidade de comunicar com o público em geral, de dizer às pessoas que UBS eles têm perto de sua casa.

Por fim, a avaliação se propõe a medir o desempenho em padrões de qualidade cuja mudança encontra-se sob governabilidade (TESTA, 1992) distinta entre EAB, gestão municipal de saúde e prefeitura, por exemplo. Podemos sugerir como exemplo que a estrutura física, a conectividade e o plano de carreiras exigiriam gestões do prefeito; a garantia de insumos, equipamentos e normas de



funcionamento das UBS do secretário; outras tantas da equipes de atenção à saúde e da equipe de gestão descentralizada. Com isso, argumentamos que a avaliação não é “da equipe”, ela é “por equipe” porque avalia uma série de elementos com responsabilidades compartilhadas entre o conjunto de atores locais, mas toma como unidade de análise a EAB e seu local de trabalho, a UBS.

Assim, é claro que interessa diretamente à EAB a melhoria das condições de trabalho, a desprecarização de seu vínculo, a melhor estrutura da UBS, a maior disponibilidade de instrumentos, etc. e todas essas dimensões estão mais sobre a governabilidade do gestor que dela mesma. Essa percepção não está muito clara nos documentos e é importante que o modo de divulgação dos resultados leve isso em conta para não cometer o erro de atribuir a responsabilidade do desempenho a quem está tendo desempenho baixo, justamente por não estar tendo garantidas suas condições mínimas.

Vale destacar que em todos os módulos da avaliação externa, há questões que serão utilizadas para a certificação das equipes e outras que objetivam o levantamento de informações para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde. Esse diagnóstico, portanto, tem a pretensão de: viabilizar a certificação de todas as EAB do PMAQ; realizar o Censo de todas as UBS do Brasil, aderidas ou não ao PMAQ; “conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da AB no Brasil (...) contribuindo para o planejamento” e elaboração de “estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal” (BRASIL, 2011).

4.6 O PMAQ E A APOSTA NA PRODUÇÃO DE MOVIMENTOS: QUARTA FASE

A quarta fase é fase de conexão, é fase de re-processamento, de re-início, de re-contratualização. Parece exigir um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança. Segundo o programa, “a cada ciclo (...) novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população” (BRASIL,



2011j). Aponta-se também para a combinação entre elenco de padrões únicos nacionais e “pacotes” específicos de padrões que poderiam ser escolhidos pelas EAB conforme suas prioridades e necessidades (BRASIL, 2011j).

De todas as fases, a quarta sem dúvida é sobre a qual há menos descrição, talvez um indicativo de que ela está ainda por ser formulada, aguardando “acontecer”, em função das respostas que lhe serão exigidas pelo fruto de todo esse processo.

4.7 A ADEÇÃO E PARTICIPAÇÃO DE MUNICÍPIOS E EQUIPES NO PMAQ

Considerando que não são “triviais” as exigências e compromissos necessários à adesão, os números alcançados são expressivos e impressionam pela alta capacidade de convocação do programa.

Os municípios fizeram todas as etapas de sua adesão através do Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica – o SGDAB. Nesse sistema *on line* puderam, ter acesso a todos os documentos do PMAQ, responder perguntas de identificação e de contratualização, baixar e imprimir os Termos de Compromisso, assinar os mesmos e fazer o carregamento eletrônico dos termos assinados. Responsáveis nos municípios geriam o acesso das EAB ao sistema podendo, portanto, acompanhar, apoiar e validar a adesão das EAB (BRASIL, 2011j). A adesão municipal só se concluiu depois de todas as EAB participantes concluírem sua adesão e estas serem validadas pelo gestor municipal.

Mesmo tendo menos de sessenta dias para a adesão, mais de 70% dos municípios brasileiros ingressaram no PMAQ (tabela 01). Uma adesão surpreendente para um programa novo, de adesão voluntária, que exigia uma série de pré-tarefas e a assunção de diversos compromissos para essa adesão.

Contudo, é possível notar claramente, apesar da forte adesão nacional, a existência de certa variabilidade quando comparamos os percentuais relativos por estado. Enquanto os estados do Ceará, Bahia, Santa Catarina, Sergipe, Rio de Janeiro e Amapá apresentam percentuais de adesão superiores a 80%, os estados do Maranhão, Rondônia e Amazonas apresentam percentuais abaixo de 50%, sendo que no Maranhão a adesão não chegou a 10% dos municípios.



Ao mesmo tempo, quando comparamos os percentuais de adesão por equipe, percebemos a permanência de uma expressiva variabilidade. No extremo superior encontramos os estados de Santa Catarina, Tocantins, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo, todos com percentuais acima de 60% de Equipes de Saúde da Família participando do programa. No limite inferior encontramos o Maranhão, Acre e Distrito Federal, com percentuais abaixo 30% de equipes que aderiram ao programa.

Tabela 01 – Total de municípios, municípios que aderiram ao PMAQ, percentual de municípios que aderiram ao PMAQ, total de equipes, equipes que aderiram ao PMAQ e percentual de equipes que aderiram ao PMAQ, por UF, Brasil, 2011

UF	Total de Municípios	Municípios que Aderiram ao PMAQ	% de Municípios que Aderiram ao PMAQ	Total de Equipes*	Equipes que Aderiram ao PMAQ	% de Equipes que Aderiram ao PMAQ
AC	22	11	50,0	137	32	23,4
AL	102	67	65,7	758	340	44,9
AM	62	26	41,9	515	173	33,6
AP	16	13	81,3	144	52	36,1
BA	417	372	89,2	2.744	1.564	57,0
CE	184	171	92,9	1.869	920	49,2
DF	1	1	100,0	111	28	25,2
ES	78	51	65,4	576	323	56,1
GO	246	174	70,7	1.151	684	59,4
MA	217	20	9,2	1.782	115	6,5
MG	853	656	76,9	4.337	2.944	67,9
MS	78	51	65,4	449	184	41,0
MT	141	87	61,7	584	227	38,9
PA	143	100	69,9	948	371	39,1
PB	223	173	77,6	1.248	625	50,1
PE	185	132	71,4	1.867	1.025	54,9
PI	224	136	60,7	1.092	371	34,0
PR	399	301	75,4	1.807	1.007	55,7



RJ	92	76	82,6	1.851	1.071	57,9
RN	167	115	68,9	865	411	47,5
RO	52	20	38,5	275	98	35,6
RR	15	8	53,3	91	35	38,5
RS	496	342	69,0	1.246	829	66,5
SC	293	258	88,1	1.393	1.108	79,5
SE	75	63	84,0	554	273	49,3
SP	645	413	64,0	3.532	2.323	65,8
TO	139	98	70,5	411	299	72,7
BR	5.565	3.935	70,7	32.337	17.432	53,9

FONTE – Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. * Competência de Outubro de 2011

A enorme variação encontrada pode estar associada a um conjunto de fatores de contexto que podem servir como elementos de explicação para uma maior ou menor propensão a adesão ao PMAQ. No presente capítulo selecionamos duas variáveis explicativas que, isoladamente ou interagindo entre si, podem nos apontar a existência de características sociais e institucionais capazes de aumentar ou diminuir a probabilidade dos municípios optarem por participar do programa, quais sejam, o grau de desenvolvimento socioeconômico, medido pelo IDH, e o porte populacional dos municípios.

A Tabela 02 mostra que, na medida em que se aumenta o grau de desenvolvimento socioeconômico, medido pelo IDH, maior o percentual relativo de municípios que aderiram ao PMAQ, revelando certa correlação entre as duas variáveis observadas.

Tabela 02 – Total de municípios, municípios que aderiram ao PMAQ e percentual de municípios que aderiram ao PMAQ, por IDH, Brasil, 2011

IDH	Total de Municípios	Municípios que Aderiram ao PMAQ	% de Municípios que Aderiram ao PMAQ
Baixo	2.505	1.747	69,7
Médio	2.427	1.738	71,6
Alto	575	450	78,3



Total	5.565	3.935	70,7
--------------	--------------	--------------	-------------

FONTE – Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica

Da mesma maneira, quando cruzamos o porte populacional com o percentual relativo de municipalidades que aderiram ao PMAQ, notamos uma clara relação entre o tamanho do município e a sua propensão a participar do programa (tabela 03). Essa correlação assume um relevo mais nítido quando observamos que em municípios de pequeno porte a adesão ao PMAQ atingiu 67,6% dos casos, e em municípios de grande porte esse percentual chegou a 84,6%.

Tabela 03 – Total de municípios, municípios que aderiram ao PMAQ e percentual de municípios que aderiram ao PMAQ, por porte populacional, Brasil, 2011

Porte Populacional	Total de Municípios	Municípios que Aderiram ao PMAQ	% de Municípios que Aderiram ao PMAQ
Pequeno Porte	3.914	2.646	67,6
Porte Intermediário	1.294	987	76,3
Grande Porte	3.57	302	84,6
Total	5.565	3.935	70,7

FONTE – Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica

Obviamente, análises posteriores, a partir de uma verificação qualitativa já em curso, poderão nos indicar de maneira mais robusta os fatores que levaram a uma maior ou menor inclinação a participar do PMAQ. Por hora podemos levantar algumas hipóteses.

Em tese os municípios com maior grau de desenvolvimento socioeconômico e maior porte populacional reúnem maior capacidade institucional e melhores condições em dimensões importantes que são objeto de avaliação do PMAQ como infraestrutura, equipamentos, regularidade de insumos, estrutura e organização da gestão municipal e elementos relacionados à gestão da educação e do trabalho.

A expectativa dos gestores dos maiores e mais desenvolvidos municípios de terem melhores condições de participação e avaliação no PMAQ estava tão clara para os membros do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde



(CONASEMS) que foi proposta desse órgão a estratificação dos municípios em grupos, de modo que a avaliação não comparasse os menores e mais pobres com os maiores e mais ricos. Por isso, o programa distribuiu os municípios em seis grupos em função de indicadores relacionados justamente ao grau de desenvolvimento e porte populacional.

Sabemos também que ambos os fatores, embora mais fortemente o percentual de população pobre e extremamente pobre e de população residente em área rural, se correlacionam com a fixação de profissionais e estabilidade das equipes², elementos decisivos para consolidação de um bom processo de trabalho. A dificuldade de fixar, sobretudo os médicos, e de cumprir efetivamente as prerrogativas da ESF prevista na portaria 2.488 pode também ter desestimulado alguns gestores a aderirem ao programa com receio de que irregularidades fossem flagradas quando das visitas de avaliação externa, embora essa não seja uma função do programa.

Tais possibilidades foram antecipadas pelo CONASEMS de modo que, informalmente, fazia-se uma leitura que o aumento equitativo do PAB, que promoveu um aumento maior do valor do repasse per capita para os municípios menores e com piores indicadores socioeconômicos (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012), compensaria uma esperada baixa adesão dos mesmos ao PMAQ, e que, inversamente, o aumento menor no per capita concedido aos municípios maiores e mais ricos seria compensado pelo PMAQ.

Para nós não se trata de “compensação”, pois concordamos com Pinto, Koerner e Silva (2012) e entendemos que o novo desenho de financiamento favorece, ao mesmo tempo, os municípios com maiores necessidades e aqueles que se esforçam e conseguem alcançar melhores resultados, um movimento não sendo oposto ou excludente do outro. Contudo entendemos que foi acertada a proposição do CONASEMS e arriscamos dizer que esta estratificação pode ter estimulado diversos município menores a participarem do programa pois, por mais que seja uma variação estatística considerável, não podemos dizer que 67,6% e 69,7% de adesão são números baixos. Assim, após os resultados da adesão concluímos que

² Conforme estudo, ainda não publicado, realizado pelo DAB/MS, utilizando a base do CNESS, e que gerou uma Nota Técnica que orientou a decisão de tomar esses parâmetros na definição de municípios e áreas prioritárias para o PROVAB e FIES.



a antecipação do problema produziu uma solução que acreditamos que possa ter contribuído para minimizar sua manifestação concreta.

Outro indicador importante da adesão, nesse caso envolvendo além das gestões municipais também as EAB, é a quantidade e percentual de equipes que realizaram o processo de autoavaliação.

Quando verificamos os dados (tabela 04) referentes ao uso da ferramenta autoavaliativa disponibilizada pelo MS, Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), notamos uma significativa utilização do instrumento. Mais de 75% das EAB que aderiram ao PMAQ utilizaram o AMAQ. Os maiores percentuais de utilização do instrumento estão nos estados de Santa Catarina (96,2%), Paraná (88,5%), Minas Gerais (86,7%) e Ceará (86,1%).

Tabela 04 – Total de equipes que aderiram ao PMAQ, equipes que utilizaram o AMAQ e Percentual de equipes que utilizaram o AMAQ, por UF, Brasil, 2011

UF	Total de Equipes que Aderiram ao PMAQ	Equipes que Utilizaram o AMAQ	% de Equipes que Utilizaram o AMAQ
AC	32	15	46,9
AL	340	290	85,3
AM	173	57	32,9
AP	52	27	51,9
BA	1.564	1.297	82,9
CE	920	792	86,1
DF	28	0	0,0
ES	323	198	61,3
GO	684	408	59,6
MA	115	84	73,0
MG	2.944	2.553	86,7
MS	184	81	44,0
MT	227	183	80,6
PA	371	220	59,3
PB	625	494	79,0



PE	1.025	588	57,4
PI	371	229	61,7
PR	1.007	891	88,5
RJ	1.071	539	50,3
RN	411	316	76,9
RO	98	69	70,4
RR	35	19	54,3
RS	829	704	84,9
SC	1.108	1.066	96,2
SE	273	226	82,8
SP	2.323	1.636	70,4
TO	299	136	45,5
Brasil	17.432	13.118	75,3

FONTE – Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica

Esses números ficam mais impressionantes se levamos em conta alguns fatores. Como detalhamos acima, o AMAQ é um instrumento extenso, não é de realização simples e exige importante mobilização e articulação da EAB e apoio da gestão municipal. Outro ponto muito relevante é que o AMQ, instrumento semelhante proposto anteriormente pelo DAB e a partir do qual o AMAQ foi feito, em 6 anos foi utilizado por pouco mais de 2.500 equipes. Ou seja os números do AMAQ são 5 vezes maiores com um tempo 6 vezes mais curto.

A diferença fundamental não está no instrumento, embora existam, mas sim no contexto e na articulação do processo de autoavaliação com toda a estratégia proposta pelo PMAQ e debatida nesse capítulo. Propor a autoavaliação como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança, enriquecê-la com o monitoramento, apoiar o coletivo através da educação permanente e apoio institucional com o objetivo de dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema no processo de autoavaliação e, por fim, reconhecer esse esforço na avaliação externa pode explicar em grande parte as diferenças de uso.



Contudo, em que pese o uso expressivo de uma ferramenta que foi ofertada e cujo uso é voluntário, é importante que se estude por que 25% não usou. Não usaram o AMAQ por que? Usaram outro instrumento? Apostaram em outro processo de constituição de coletivo e movimento? Perguntas a serem pesquisadas e respondidas em tempo para interferir nas próximas etapas do PMAQ.

4.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo procurou descrever as principais características e elementos constituintes do PMAQ, além de avaliar o processo inicial de sua implantação a partir da descrição de dados sobre a adesão dos municípios e das EAB.

Mostramos que o PMAQ se insere e se relaciona com o conjunto de estratégias prioritárias definidas pela PNAB e com outros movimentos mais amplos de reorientação do modo como se organiza o SUS, tais como o Decreto 7.508, de 29 de junho de 2011, a instituição de Redes de Atenção e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

Em seguida, pudemos percorrer, ainda que de maneira panorâmica, pelas quatro fases que organizam a estrutura lógica do programa dando mais ênfase ao seu movimento dinâmico, às estratégias utilizadas para “fazer acontecer” que às às normas que estruturam o desenho de cada uma.

Vimos que a primeira fase, etapa de formalização da adesão ao programa possui como um de seus principais aspectos, o caráter voluntário da adesão, associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em ambientes nos quais os trabalhadores, gestores e usuários sintam-se motivados e se percebam como atores centrais para o seu êxito constituindo para isso espaços de diálogo, negociação e gestão da mudança pactuada em cada contexto.

A segunda fase do PMAQ é compreendida como a etapa central do programa. A etapa de operação da mudança realizada fundamentalmente pelas EAB e gestão municipal. Vimos que o desenho da segunda fase aposta na ampliação da capacidade de análise do coletivo, através das estratégias de autoavaliação e



monitoramento, e no fortalecimento da capacidade de ação do mesmo, através dos suportes proporcionados pela educação permanente e apoio institucional. As quatro estratégias propostas se articulam para ampliar a capacidade de análise e de gestão de um coletivo que deve protagonizar a mudança das condições, relações e práticas.

Por sua vez, vimos que a terceira fase é o momento de realização da Avaliação Externa, na qual, a partir do levantamento de um conjunto de informações sobre as condições de acesso e de qualidade das EAB, se certificará as equipes participantes do programa, reconhecendo e valorizando os esforços e resultados obtidos pelas EAB e gestores municipais no processo de qualificação da AB. No processo de Avaliação Externa, as equipes serão avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da AB; a estrutura e condições de funcionamento das UBS; a valorização dos trabalhadores; o acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e a utilização, participação e satisfação dos usuários.

A quarta fase é aquela em se pretende conectar tudo aquilo que foi desenvolvido durante as fases anteriores e aquelas que virão, a partir de um processo de retroalimentação no qual os avanços e entraves servem como balizadores para a reconstrutualização e seguimento do processo permanente de qualificação da AB.

Finalmente, apresentamos algumas informações relacionadas ao processo de adesão e implantação do programa, a partir do uso da ferramenta autoavaliativa ofertada pelo MS. Quanto a adesão, mostramos que, mesmo tendo menos de sessenta dias para a adesão, mais de 70% dos municípios brasileiros ingressaram no PMAQ, revelando uma adesão surpreendente para um programa novo, de adesão voluntária, que exigia uma série de pré-tarefas e de assunção de diversos compromissos para a adesão. Ao mesmo tempo, vimos que mais de 75% das EAB que aderiram ao PMAQ utilizaram o AMAQ, mostrando um expressivo interesse das equipes em utilizar instrumentos que permitam a identificação e o reconhecimento das principais necessidades, assim como dos principais avanços, relacionados ao movimento de ampliação do acesso e da qualidade da AB.

5 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: VÁRIAS FACES DE UMA POLÍTICA INOVADORA³

5.1 INTRODUÇÃO

A Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011f), 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, 2011j). 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 locais.

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;

³Artigo entregue e aceito para publicação na Revista Saúde em Debate. Escrito em coautoria com Allan Nuno Alves de Sousa, Bacharel e Mestre em Ciência Política pela Universidade de Brasília, Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do MS e Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica do MS, e Antônio Alcindo Ferla, Médico, Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, Coordenador Nacional da Rede Unida e Coordenador da Rede Governo UFRGS.



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, 2011f) [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, 2011j; 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.

5.2 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.

5.3 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, 2011f). Lembremos que, até então, o único fator que interferia no financiamento de uma equipe era que modelagem havia entre as previstas na PNAB (BRASIL, 2011h). 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, 2011f; 2011j), 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) (BRASIL, 2014a; 2014b), 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.

5.4 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, 2011j; 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, 2011f; 2011j; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 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. Aderir 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, 2011j). 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, aderir 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 aderir, 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, 2011f).

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.

5.5 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, 2011j; 2011k; 2011l).

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, 2011j).

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, 2011j; 2011k; 2011l). 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, 2011j; 2011k; 2011l).



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, 2011j; 2011k; 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, 2011j; 2011k; 2011l), 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.

5.6 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, 2011j; 2011k), monitoramento de indicadores (BRASIL, 2011j) e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011j; 2011l).

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, 2011j; 2011k; 2011l). É importante lembrar que os padrões foram divulgados antes da realização da avaliação (BRASIL, 2011l), 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, 2011j; 2011k).

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, 2011j). 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, 2011j).

Segundo um documento oficial do programa (BRASIL, 2011j), 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.

5.7 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 o usuários esperam e demandam dos serviços. A avaliação do programa tenta manter canais de escuta tanto dos gestores quanto dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011j).

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, 2011l).

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.

5.8 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).

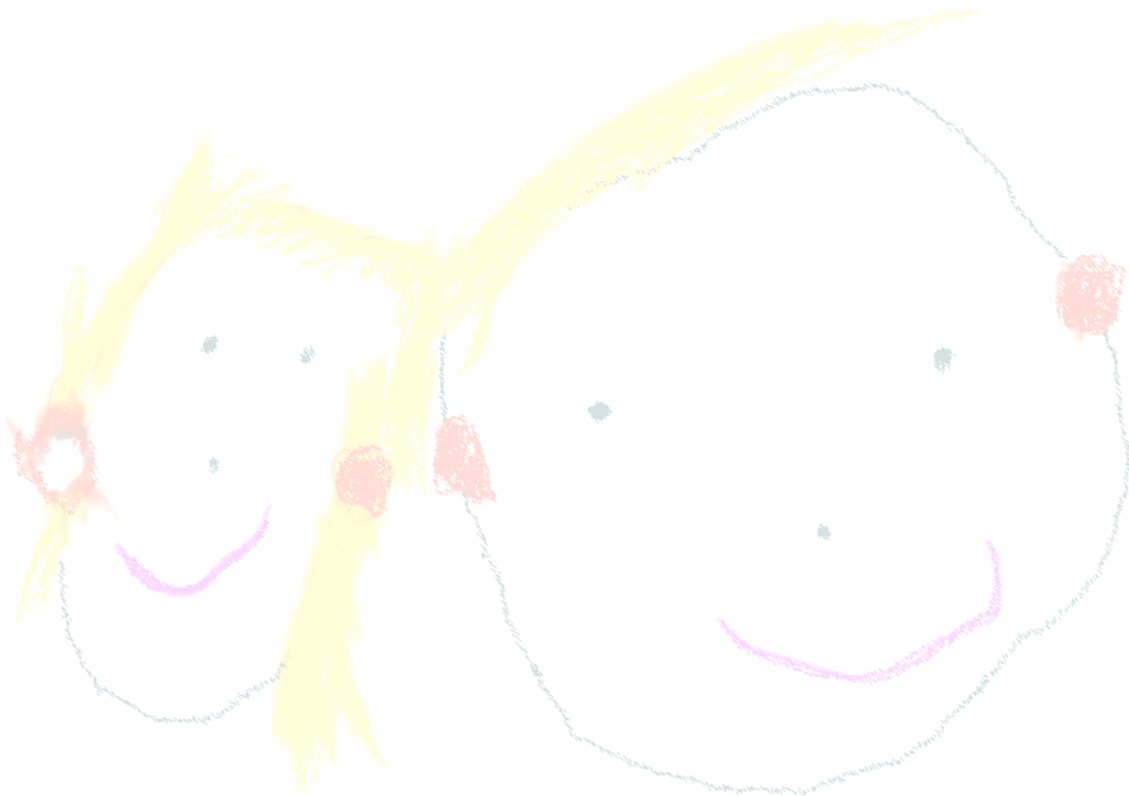
Assim, além de revelar seus objetivos num quadro que permite a construção de uma certa situação desejada – com conteúdos, significados e sentido da mudança –, ainda que em movimento permanente, ele aponta também os atores ‘eleitos’ como portadores de capacidade de mudança, pois o PMAQ aposta fortemente 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 2011f; 2011j).

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 capítulo, foram destacadas como características de um processo de âmbito nacional.



6 EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 1998 A 2014⁴

6.1 APRESENTAÇÃO

Neste capítulo estudaremos principalmente o financiamento federal da AB tanto em termos de valores globais, analisando sua importância no conjunto do recurso geral da saúde no Brasil, quanto identificando frações específicas deste recurso relacionadas a certas finalidades, programas e prioridades. A análise dos períodos será por quadriênios, quando possível, para que observemos prioridades de cada governo. Será ainda feita uma breve comparação entre o montante e proporção de financiamento da união e das esferas municipal e estadual.

Os valores serão analisados considerando fatores como crescimento da população, dos serviços e da cobertura e o impacto da inflação do período de modo a tornar os montantes comparáveis entre um período e outro.

Foram estudadas as portarias relacionadas ao financiamento da AB desde 1998 até 2014, as Leis Orçamentárias deste período, diversas publicações do MS e estudos relacionados ao tema.

6.2 OS COMPONENTES QUE CONSTITUEM O FINANCIAMENTO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A definição do financiamento da AB ocorreu no contexto de construção da Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 1996) e o mesmo se manteve quase sem alterações durante a maior parte destes 20 anos da ESF. Normatizado a partir da modalidade fundo a fundo, o financiamento federal foi desenhado com um

⁴ Capítulo entregue e aceito para compor o livro “20 Anos de Saúde da Família” que será publicado pela editora Fiocruz. Escrito em coautoria com Helvécio Miranda Magalhães Junior, Médico, especialista em epidemiologia, doutor em saúde coletiva, Secretário de Atenção à Saúde do MS até 2014; e Rodolfo Sander Koerner, Bacharel em Sistemas de Informação, ex-Consultor Técnico do Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos/DAB/SAS/MS, Gestor de Projetos no SERPRO.



componente per capita, o PAB Fixo (PABF), e outro, o PAB Variável (PABV), relacionado à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF).

Segundo Merhy (1992), ao estudar a política de saúde pública no estado de São Paulo entre os anos de 1920 a 1948, apontou que a partir dos dados orçamentários é possível buscar entender rumos e significados do projeto institucional de um determinado governo além de acompanhar uma forma de expressão real do percurso de efetivação de sua política governamental.

Considerando esse pressuposto, nos interessa não só estudar os recursos globais destinados à AB como também decompor este financiamento em componentes para analisar em cada período o que é prioridade dentre o conjunto de ações e programas da AB. Este objetivo é particularmente importante quando nos propomos a estudar o financiamento não só da AB, mas também da Saúde da Família (SF).

Propomos assim a ideia de “componentes” para identificar no conjunto de recursos da AB um subconjunto tal que obedecem ao mesmo tempo alguns critérios distintivos: a regra que define qual município e em função do que e o quanto ele receberá o recurso; a origem orçamentária do recurso e a orientação normativa de sua utilização; e, por fim, o papel que cumpre no contexto da PNAB (BRASIL, 2011h; BRASIL, 2012a).

Com efeito, o chamado PABF previa recursos anuais definidos em função da população do município e destinados ao custeio das ações e serviços de AB, independente de implantarem ou não o recém instituídos PACS e PSF.

Em 1998 começou a ser repassado um valor mínimo per capita que foi calculado em função dos valores médios da soma dos recursos que financiavam procedimentos de AB (BRASIL, 1997). Neste capítulo chamaremos este componente do financiamento de “Componente Per Capita” (Comp.PC).

O PABV, de outro lado, buscava induzir a implantação e custear os programas que, em seu conjunto, vieram a ser reconhecidos a partir de 2006 como ESF. Denominaremos este componente de “Componente de Indução da ESF” (Comp.ESF).



Somente em 2009, pelas razões que apresentaremos à frente, é que podemos dizer que surgiu um novo componente com valores proporcionais relevantes que sinalizavam que o governo federal passaria a investir na estruturação da rede física de UBS. Este componente, que chamaremos de “Componente de Estrutura e Modernização” (Comp.Estrutura), foi composto de recursos de investimento dirigidos inicialmente à construção de novas UBS e depois acrescido por ampliações e reformas de UBS, investimento em informatização e compra de equipamentos necessários a seu funcionamento.

A partir de 2011 foram modificados os componentes Per Capita e de Estrutura e Modernização, como veremos à frente, e criados outros dois componentes dentro do PABV. Com a criação do PMAQ (BRASIL, 2011f) foi introduzido um componente que chamaremos de “Componente de Indução da Qualidade” (Comp.Qualidade) e com a criação do Programa Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2013g; 2013h) outro que chamaremos de “Componente de Expansão de Cobertura através do Provimento e Formação de Profissionais” (Comp.Expansão).

Além disso, a partir de 2011 os recursos provenientes das emendas parlamentares ganharam um papel relevante na AB e, em especial, para 2014 com a promulgação da Lei Orçamentária Anual de 2014 (BRASIL, 2013i) que impõe a execução total das emendas. Um conquista do MS foi garantir, na lei, que 50% do recurso das emendas fosse destinado à saúde. Entendemos ser importante destacar os recursos das emendas, porém não consideramos que constituem outro componente, apenas reforçam, com recurso de outra fonte, os componentes de Estrutura e ESF.

6.3 A METODOLOGIA DO ESTUDO

Para calcular os recursos de 1998 até 2013 foram levantadas e estudadas todas as portarias, desde 1996, e todas leis orçamentárias e memórias de execução orçamentária de recursos da AB, desde o ano de 1998 até 2013. Para isso foram utilizadas as fontes do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).



Assim como metodologia adotada em estudo recente do IPEA (BRASIL, 2013c; 2013d) optamos por trabalhar com os valores aprovados nas leis orçamentárias por dois motivos: de um lado pela complexidade de análise dos valores empenhados, executados e liquidados e do rastreamento, em seus por menores, dos remanejamentos próprios do processo de execução do orçamento; de outro pela taxa de execução do orçamento do Departamento de Atenção Básica (DAB) ter sido sempre alta e de, nos últimos três anos, ter atingido valores acima de 98%.

Buscaremos, sempre que possível, comparar períodos quadrianuais, em primeiro lugar para que possamos controlar aumentos expressivos restritos a apenas um ano, muitas vezes fenômeno associado a aumentos poucos significativos em anos anteriores ou seguintes. Deste modo conferimos mais estabilidade e menor flutuação à comparação e representamos de maneira mais fidedigna a proposta e esforço de financiamento da AB de um dado período.

A outra razão, que complementa a anterior, está relacionada à possibilidade desta periodização representar ciclos inteiros de governos, permitindo fazer ver como um dado governo tratou e priorizou a política de AB ou componentes da mesma.

Com relação aos recursos orçamentários considerados para a evolução desde 1998 até 2014 contabilizamos aqueles que evoluíram a partir do PABF e PABV. Além deles, analisaremos também aqueles definidos como Comp.Estrutura e os provenientes de emendas parlamentares, somente quando os mesmos passaram a ter alguma expressão no financiamento da AB.

Para o último período, seguindo a metodologia do estudo do IPEA, faremos uma análise especial comparando os recursos do conjunto dos componentes com outros recursos que podem ser também considerados da AB como assistência farmacêutica básica, formação e educação permanente de profissionais da AB e vigilância à saúde (BRASIL, 2013c; 2013d).

6.4 A EVOLUÇÃO DOS COMPONENTES QUE CONSTITUEM O FINANCIAMENTO DA AB



6.4.1 O componente per capita

Embora o PAB Fixo tenha sido criado em 1996, o repasse de recursos per capita para a AB só começou efetivamente em 1998 com os valores repassados a quase todos os municípios variando de R\$ 10,00 a R\$ 12,00 por habitante ao ano (hab./ano), e a maioria expressiva recebendo entre R\$ 10,00 e R\$ 10,50 hab./ano (BRASIL, 1997).

Embora a maioria dos municípios recebesse R\$ 10,00 e R\$ 12,00, metodologicamente, o melhor modo de chegar ao valor real do per capita não é através do valor nominal destinado à maioria dos municípios e sim considerando todo o valor do componente per capita do PABF dividido pela população brasileira daquele ano, chegando assim a um per capita nacional. Este modo de cálculo tem ainda a vantagem de sintetizar o impacto de um aumento que ocorra no decorrer do ano, uma vez que um que ocorre em setembro demanda menos recurso naquele ano que outro que ocorre em abril, por exemplo. Portanto, registraremos os aumentos nominais por município concedidos pelo MS a cada período, mas vamos sintetizar a evolução do gasto através do per capita nacional.

De 1998 a 2002, apesar da inflação acumulada ter atingido 42,2% de acordo com Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), utilizado como indicador oficial de inflação pelo Banco Central do Brasil e disponível em <http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>, o valor nominal destinado a cada um dos municípios não teve aumento. Mesmo sem reajuste no período citado o montante total de recursos do PABF cresceu devido ao aumento do número de municípios que solicitaram habilitação em Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal, combinado com o crescimento da população (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012). O recurso disponível ao PABF alcançou em 2002 o per capita nacional de 10,43 hab./ano.

Entre os anos de 2003 e 2010 não houve mudanças importantes no formato e modo de cálculo do PABF, apenas mudanças em seus valores.

No quadriênio de 2003 a 2006 o piso mínimo teve dois aumentos, passou a R\$ 12,00 hab./ano em 2003 e a R\$ 15,00 hab./ano em 2006. O per capita nacional chegou a R\$ 13,88 hab./ano. Um aumento de quase 5% acima da inflação que não foi o suficiente para corrigir a desvalorização do período anterior. No quadro 2 à



frente compararemos o valor que o per capita deveria ter em cada período caso tomemos como valor inicial os R\$ 10,00 hab./ano de 1998.

No período de 2007 a 2010 tivemos aumentos de R\$ 1,00 hab./ano nos anos de 2008, 2009 e 2010, um aumento total de 20% no valor do piso que chegou a R\$ 18,00 hab./ano alcançando um per capita nacional de R\$ 18,15 hab./ano.

Em 2011, no que veio a ser o início de um processo de mudança do financiamento da AB, foi instituído um fator equitativo no PABF que começou a considerar os municípios distribuídos em quatro grupos conforme indicadores como PIB per capita, população, densidade demográfica e os percentuais de população em extrema pobreza, de beneficiários do Bolsa Família e de pessoas com planos de saúde suplementar (BRASIL, 2011e). As mudanças pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite neste ano voltavam a diferenciar o valor per capita só que em vez de cristalizar a desigualdade na oferta anterior de serviços, como ocorreu em 1997, apontaram para o contrário, a busca da equidade beneficiando o município com piores indicadores e menos recursos para superar sua condição.

A distribuição dos municípios em grupos, conforme os critérios apresentados acima, fez com que 70% dos municípios do país constituíssem o grupo I, com os piores indicadores, os 20% seguintes o grupo II, outros 7% em melhor condição que os anteriores o grupo III e, por fim, o grupo IV foi composto com os 3% com os melhores indicadores.

Os municípios do grupo dos menores e mais pobres obtiveram um aumento acumulado no per capita nominal, de janeiro de 2011 até o fim de 2013 de 55% enquanto que o grupo dos maiores e mais ricos agregaram 28% de aumento, ou seja, aqueles o dobro de aumento destes (BRASIL, 2011e; 2012e; 2013a).

A fim de calcular o per capita nacional em 2014 consideraremos o valor de 4,96 bilhões de reais que é o valor destinado ao pagamento do per capita dentro do montante total orçado no PABF. Como não findou o ano de 2014, utilizaremos a inflação projetada que é de 6,11% segundo a pesquisa Focus do Banco Central (BRASIL, 2014c). Com estes cálculos alcançamos um per capita de R\$ 24,70 hab./ano, um aumento 9,4% acima da inflação do período.



No Quadro 1 esboçamos os valores totais do PAB Fixo nos quadriênios assinalados, o per capita nacional destes anos e a relação do aumento com a inflação do período.

Quadro 1: aumento do per capita de 2002 a 2014, por quadriênio e comparado com a inflação					
Ano	PAB Fixo	Per Capita Nacional	Aumento (A)	Inflação do Período (B)	Acima da Inflação A - B
2002	1,82 bi	10,43	-	-	-
2006	2,58 bi	13,88	33,1%	28,2%	4,9%
2010	3,46 bi	18,15	30,8%	22,2%	8,6%
2014	4,96 bi	24,70	36,0%	26,6%*	9,4%*

Fonte: elaboração própria. *projeções conforme descritas no texto.

Ainda que constatemos aumentos sempre acima da inflação de 2003 a 2014, se considerarmos que o valor definido em 1998 foi de R\$ 10,00 hab./ano e que em 2002 o PAB nacional per capita efetivamente pago era ainda de R\$ 10,43 hab./ano, para uma inflação significativa de 39,9% entre 1998 e 2002, percebemos que o aumento subsequente não foi o suficiente para recuperar a perda de então. Isso pode ser melhor demonstrado ao corrigirmos o valor do PAB conforme a inflação acumula desde 1998 como vemos no Quadro 2.

Quadro 2: per capita nacional de 2002 a 2014 comparado com o corrigido pela inflação de valor de referencia de 1998			
Ano	Per Capita Nacional (A)	Per Capita 98 Corrigido (B)	Razão A/B
1998	10,00	Valor de Referência	
2002	10,43	13,99	0,75
2006	13,88	17,93	0,77
2010	18,15	21,91	0,83
2014	24,70	27,74*	0,89

Fonte: elaboração própria. *projeções conforme descritas no texto

Em suma, após uma desvalorização ocorrida logo na criação do PABF em 1998, a partir de 2003 o per capita foi sendo reajustado acima da inflação, com



importante aceleração deste processo nos últimos 8 anos. Contudo, esse reajuste acima da inflação ainda não foi o suficiente para compensar o período anterior.

Outro fato relevante se refere ao fator de equidade introduzido no per capita em 2011 discriminando positivamente os municípios menores e mais pobres. Para estes que representam 70% dos municípios do Brasil o aumento recente do per capita que o fez chegar a R\$ 28,00 hab./ano garantiu a correção da inflação de 1998 a 2014 do per capita (razão 1,01).

Como veremos à frente, desde a criação da ESF, os maiores aumentos de recurso da AB estiveram presentes nos componentes que integram o chamado PABV num claro privilégio deste sobre o Comp.PC.

6.4.2 Evolução e comparação entre os PAB Fixo e Variável

Desde a criação dos programas de ACS e de SF no anos 90 até hoje a ESF é compreendida como a estratégia prioritária de “expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2011h).

O MS induziu os municípios brasileiros a adotarem esta estratégia através do seu financiamento diferenciado com o PABV, que até 2010 era integralmente constituído pelo que chamamos neste capítulo de Comp.ESF. Diferentemente do PABF, que nunca exigiu ou induziu nenhum modelo de atenção nem modelagem de equipe a priori, o PABV só poderia ser recebido se o município implantasse as equipes conforme as diretrizes e normas nacionais.

Como o financiamento do PABF não era o suficiente para custear os gastos municipais com a AB, por convicção ou por necessidade, houve um movimento progressivo dos municípios de adesão à ESF. Ao fim de 1998 já eram 1.134 municípios com equipes de saúde da família (eSF), em 2002 chegou a 4.161 municípios e ao fim de 2013 apenas 218 municípios (4%) de um total de 5.570 não tinham eSF.



Esta prioridade do MS pode ser demonstrada na comparação entre o volume de recursos destinado ao PABF comparado com aquele destinado ao PABV conforme mostra o Quadro 3 a seguir.

Quadro 3: PAB total e PAB Fixo e Variável em valores absolutos e percentuais nos quadriênios a partir de 1998 até 2014					
Ano	PAB Fixo (A)	PAB Fixo %	PAB Variável (B)	PAB Variável %	PAB (A +B)
1998	1,17 bi	89,1%	0,14 bi	10,9%	1,32 bi
2002	1,82 bi	59,0%	1,27 bi	41,0%	3,09 bi
2006	2,58 bi	43,8%	3,30 bi	56,2%	5,88 bi
2010	3,46 bi	36,9%	5,92 bi	63,1%	9,38 bi
2014	4,96 bi*	30,8%	11,17 bi	69,2%	16,13 bi

Fonte: elaboração própria. * apenas o componente per capita.

Como vemos pari passo à implantação das equipes e expansão da ESF no Brasil o PABV foi ficando proporcionalmente maior que o PABF chegando ao momento atual daquele ser mais que o dobro deste. Mais à frente analisaremos o aumento do PABV considerando o que se deveu ao aumento de equipes e o que foi reajuste no valor dos incentivos, fato é que as informações já apresentadas demonstram o interesse maior do MS em financiar a implantação de um certo modelo de AB em vez de custear a execução de outro modelo qualquer.

6.4.3 Mudança e diferenciação no PAB Variável acompanhando a PNAB

Em 1998 este PABV custeava a implantação e funcionamento das eSF e dos ACS. A partir de 2001 passou a custear também as equipes de saúde bucal (eSB). A partir de 2007 agregou-se a este financiamento os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em 2010 as equipes ribeirinhas e UBS Fluviais.

A partir de 2011 ocorreram quatro mudanças importantes no PABV e na indução do modo de organizar a AB do país que apontaram, ao mesmo tempo, para: maior capacidade de adequação da ESF à diversidade nacional e às especificidades de certos grupos populacionais que precisavam ser atendidos; ampliação



proporcional de profissionais que não compõem a chamada “equipe mínima”; possibilidade de financiar equipes da ESF ou não contanto que se pautassem pelos princípios e diretrizes da nova PNAB e demonstrassem atingir determinados padrões de acesso, funcionamento e qualidade; e um modo de pagamento direto do MS para prover e formar profissionais para áreas mais vulneráveis e sem cobertura ou com atendimento intermitente e crítico.

A primeira mudança referida foi a ampliação do universo de modelagens de equipes reconhecidas como ESF e, portanto, financiadas pelo PABV (BRASIL, 2011h). Além de começar a financiar os Consultórios na Rua, equipes de AB específicas para atenção à população em situação de rua, e de promover mudanças importantes no formato e financiamento das Equipes Ribeirinhas e UBS Fluviais, as eSF passaram a ter uma diversidade maior de composições e modos concretos de lidar com as diferentes cargas horárias que os gestores municipais conseguiam contratar e cobrar dos profissionais médicos num contexto de enormes problemas na quantidade e distribuição destes profissionais no país e, em especial, na AB. Também foram criadas as equipes de Atenção Domiciliar que estão no encontro da AB, atenção hospitalar e rede de urgências e que representaram em 2013, em termos orçamentários, quase 2% do valor total do PABV.

Outra mudança importante foi o aumento da presença das diversas profissões na AB, matriciando as eSF, através da redução significativa do número de eSF por NASF, da possibilidade de 96% dos municípios, que têm ao menos uma eSF, poderem implantar um NASF e destes atuarem também nas Academias da Saúde criadas em 2011. Movimentos decisivos na consolidação da composição multiprofissional da AB brasileira e para a ampliação e adensamento de seu escopo.

6.4.4 A criação dos Componente de Qualidade e de Expansão

A terceira mudança se refere à criação do PMAQ que instituiu o “Componente de Qualidade” no PABV (BRASIL, 2011f). Ele introduziu um modo diferente de financiar no PABV, pois, em vez de financiar uma modelagem de equipe a priori, estimulou que equipes de diferentes modelagens aderissem voluntariamente ao programa, promoveu a contratualização de compromissos e resultados, a implantação de diretrizes e padrões de acesso e qualidade e, conforme avaliação de



cada equipe efetuou o repasse de recursos em função dos resultados dessa avaliação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ inovou o modo de financiar e colocou o tema da qualidade no centro da agenda de gestores e trabalhadores. Passou a repercutir no financiamento elementos do funcionamento das equipes e resultados verificados de seu processo de trabalho e não apenas seu formato. Pela primeira vez mesmo equipes de AB que não são consideradas parte da ESF puderam ter um financiamento específico amenizando parte da crítica de que o financiamento federal se prendia no “a priori” da forma e discriminava, negativamente, os municípios e equipes que optavam pelo mesmo modelo de AB, mas outras modelagens de equipes. Contudo, passados três anos de funcionamento do programa, do total de equipes que participam do PMAQ apenas 203 delas (0,7%), em 82 municípios, não são equipes da ESF. Número inexpressivo que merece estudos para compreender os motivos desta baixa adesão e o quanto estas outras modelagens se pautam, de fato, pelo modelo de AB orientado pela PNAB.

No 1º ciclo, nos anos de 2011 e 2012, o PMAQ teve a adesão de 17.482 equipes de AB em 3.972 municípios e alcançou 0,7 bilhões de reais, 8,4% do PABV de 2012. No 2º ciclo, nos anos de 2013 e 2014, ampliou sua adesão para 30.522 equipes de AB, sem contar as eSB e NASF, em 5.070 municípios e representa 1,6 bilhões, 14,3% do orçamento do PABV de 2014.

A quarta e última mudança significativa na composição do PABV se refere ao Programa “Mais Médicos para o Brasil” que se destina a prover e formar médicos para atuação nas eSF em áreas mais vulneráveis e desassistidas (BRASIL, 2013g; 2013h). O programa enfrenta um dos maiores condicionantes da estagnação destes últimos anos da expansão da ESF: a disponibilidade de médicos para compor as eSF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009; GIRARDI, 2011).

A despeito do importante aumento do financiamento da AB e do forte investimento em infraestrutura, na construção e ampliação de UBS nos últimos três anos, ambos os temas discutidos neste capítulo, a ampliação e expansão das eSF não mostrou neste período comportamento diferente da estagnação observada nos últimos 7 anos nos quais veio crescendo a uma média anual de 1.141 eSF e cobrindo a cada ano mais 1,5% da população. Se a ESF seguisse nesse ritmo, o



objetivo declarado pelo MS de cobrir 75% da população até 2020 seria alcançado somente em 2026 (PINTO, 2014).

Em abril de 2014 já havia nos municípios do país aproximadamente 14 mil médicos, brasileiros e estrangeiros, do Programa Mais Médicos. Cada um destes profissionais deve necessariamente compor uma eSF. Alcançadas as metas do programa ao fim de 2014, as eSF ultrapassarão a marca das 40 mil equipes, ou seja, em um ano e meio do programa seria observado um crescimento de equipes maior que o crescimento dos últimos 7 anos e alcançada em dezembro uma cobertura de aproximadamente 65% da população. Vale notar que, sem o programa, a projeção de cobertura para 2014 seria de modestos 58% da população.

O programa altera o modo de financiamento da AB porque o MS passa a selecionar os médicos do programa, distribuí-los e custear diretamente a bolsa destes profissionais em formação e atuação nas eSF. Isso faz com que o município, nestas equipes, deixe de contratar e remunerar justamente o profissional de mais difícil recrutamento e com os ganhos mais inflacionados dentre todos aqueles que compõem a ESF.

Os recursos previstos no programa chegam a quase 2,3 bilhões de reais alcançando quase 20% do PABV de 2014. Ou seja, no orçamento de 2014 os novos Componentes de Qualidade e de Expansão representam mais de um terço do recurso total do PABV.

6.4.5 Evolução do PABV e de seus 3 componentes

Para que calculemos os valores repassados aos municípios pelo MS nos 3 componentes que integram o PABV deveremos considerar uma série de fatores.

Em primeiro lugar ao decidir associar o financiamento com à implantação de equipes o MS se comprometeu a expandir os recursos em função do aumento de equipes da ampliação da cobertura da população. Ou seja, mesmo que não haja reajuste nos valores do incentivo às eSF o financiamento seguirá aumentando se ampliar o número de equipes. Como a cobertura só superou 56% em dezembro de 2013, ainda há importante demanda para pressionar o aumento do financiamento nos próximos anos.



O Comp.Qualidade comporta-se de maneira semelhante ao demandar mais recursos conforme a adesão das equipes existentes e a própria ampliação do números destas equipes. Por fim, o Comp.Expansão de outro lado, tende a ir até um determinado teto, que corresponderia ao número de profissionais para eSF que atendem as áreas descobertas ou com dificuldades de provimento. Contudo, no médio prazo, este teto tende a se reduzir na medida em que diversas áreas com dificuldades de provimento se consolidem como áreas de oferta regular e permanente de serviços. Esse movimento seria garantido por uma série de ações em curso tais como os efeitos de iniciativas do Programa Mais Médicos como a maior formação de médicos, a ampliação progressiva de residência em medicina geral de família e comunidade e as diversas ações de interiorização destas formações, os expressivos investimentos em infraestrutura, melhor oferta de equipamentos e medicamentos, informatização da UBS e apoio clínico via telessaúde, etc.

Como mostramos acima o recurso do PABV tem aumentado numa velocidade muito maior que o do PABF. Apontamos que este aumento ocorre com o aumento da cobertura mesmo que não haja ajustes de valores dos incentivos. Mas além da cobertura, os incentivos têm aumentado.

Em 1998 o MS começou a repassar por eSF um incentivo específico que variava de R\$ 1.250,00 a R\$ 1.750,00 e por ACS um valor de R\$ 125,00. Estes valores variam hoje de R\$ 7.130,00 a R\$ 10.695,00 por eSF e R\$ 1.014,00 por ACS. Assim, uma eSF com 6 ACS recebia um recurso que variava de R\$ 2.000,00 a R\$ 2.500,00 e hoje estes valores, considerando apenas estes dois incentivos, chegam a R\$ 13.721,00 e R\$ 17.286,00. Ou seja, esses valores aumentaram quase 6 vezes (586% a 591%) para uma inflação no período que não chegou a 78%.

Contudo pelo fato de 66% das eSF terem hoje os profissionais da saúde bucal e de 90% estarem aderidas ao PMAQ teríamos que considerar estes outros incentivos que elevariam a média de repasse para R\$ 23.206,00 por eSF ao mês, entre 9 e 11 vezes maior que os valores de 1998.

Contudo não é um caminho adequado considerar o valores repassados por eSF ao mês pois teríamos que contabilizar uma série de incentivos que não são passíveis de serem transformados em um certo valor médio de uma equipe padrão,



pois se 90% delas recebem recursos do PMAQ, só 66% têm os profissionais de saúde bucal e menos da metade delas têm um NASF vinculado.

Propomos então dividir o montante total do PABV e dividi-lo tanto pela população do país como pelo número de eSF para considerarmos o “investimento” médio por habitante e por equipe e para acompanhar melhor a evolução do financiamento dos componentes que integram o PABV. No caso da comparação com a população vamos ajustá-la com relação à inflação e à cobertura para observar aumentos que superarem estes dois fatores. No caso do PABV por equipe só tem sentido compara-lo com a inflação. Deste modo, buscamos identificar o que foi efeito da expansão da cobertura e diferenciá-lo do impacto do aumento do incentivo por eSF e do custeio de equipes com mais profissionais e com escopo mais ampliado de ações para uma mesma população coberta.

No quadro 4 apresentamos a evolução do PABV dividido pela população e número de eSF nos quadriênios apresentados a seguir. Três observações são necessárias: o ano de 1998 está assinalado por ter sido o de início do repasse e para servir como referência; em todos os anos se considera a quantidade de eSF em dezembro; como este capítulo foi escrito antes de dezembro de 2014, em vez de completarmos o último quadriênio com este ano, fizemos isto só para os recursos orçamentários por não ser adequado projetar a quantidade de eSF que teríamos em dezembro de 2014.

Quadro 4: PABV per capita e por eSF anuais e relações com inflação e população coberta pela ESF							
Ano	PABV	PABV per capita (A)	Cobertura	A de 1998 corrigido pela inflação e cobertura (B)	A/B	PABV por eSF (C)	Aumento de C acima da inflação
1998	0,14 bi	0,91	6,6%	-	-	46.950,70	-
2002	1,27 bi	7,27	31,8%	6,12	1,19	75.985,95	21,98%
2006	3,30 bi	17,79	46,2%	11,40	1,56	123.477,72	34,34%
2010	5,92 bi	29,31	52,2%	15,75	1,86	176.556,36	20,76%
2013	9,44 bi	46,96	56,4%	20,30	2,31	271.928,56	34,70%
2014	11,17 bi	55,56	-	-	-	-	-



Fonte: elaboração própria.

Percebemos ao analisar o quadro que há um aumento expressivo do valor global do PABV e de seu valor per capita. Vale dizer que seu valor per capita é 60 vezes maior do que quando foi criado sendo que a inflação acumulada desde então não chega a 80%. O fato de 1998 ser o primeiro ano de repasse do PAB e ainda num momento de implantação insipiente prejudica a análise, então tomemos 2002 quando já se passavam quase 5 anos de repasse, havia mais de 70% dos municípios com eSF e quase um terço da população do país era atendido por elas. O per capita de hoje é 7,6 vezes maior que era em 2002 quase 16 vezes a inflação acumulado do período que foi de 40%.

Isto, em parte, reflete o que alertamos no texto que o financiamento do PABV tende a crescer associado à implantação de eSF e ampliação da cobertura da população. Contudo, quando controlamos os valores per capita corrigindo-o pela inflação acumulada e proporcionalizando a cobertura, percebemos que merecem destaque o quadriênio de 1999 a 2002 quando o valor do per capita pouco superou a correção pela inflação e cobertura.

Nos demais períodos o montante total do PABV teve um incremento notável e progressivo observado tanto nos valores absolutos quanto no per capita. Esse valores são muito superiores à inflação porque expressam também a variação do PABV em função da expansão de cobertura. Contudo, ao se controlar essas duas variáveis, inflação e cobertura, se percebe que os períodos de 2003 a 2006 e de 2011 a 2013 tiveram aumentos expressivos. No quadriênio citado o aumento se deu principalmente pelo incremento dos valores dos incentivos por eSF e em menor medida também pela grande expansão de equipes de saúde bucal. O aumento de 2011 a 2013, que já é o maior é ainda mais intenso pois estamos considerando apenas 3 anos. Como há aumento considerável da massa total de recursos de 2013 para 2014, esse período acumulará um aumento ainda maior, reflexo da combinação de criação de novos componentes no PABV - o de qualidade e o de expansão - , implantação de NASF e retomada da expansão de eSF em 2014.



6.4.6 O componente de estrutura e modernização

Até 2009 o repasse de recursos para obras em UBS se dava através de convênios e representavam um valor inexpressivo no financiamento global da AB. Três fatores permitiram a constituição do que denominamos nesse capítulo de Comp.Estrutura.

O primeiro foi a publicação da Portaria nº 204 de 2007 que instituiu o Bloco de Investimento e disciplinou o repasse de recursos de investimento fundo a fundo descomplicando significativamente o repasse e a execução do recurso (BRASIL, 2007). O segundo ocorreu em 2010 quando a construção de UBS passou a compor o elenco de obras financiadas pelo PAC 2. O terceiro foi a criação em 2011 através da Portaria nº 2.206 de 14/09/2011 do Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) que tem o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, com base na construção de novas e mais amplas UBS, por meio da recuperação e ampliação das estruturas físicas das UBS existentes e de investimento em informatização das UBS para implantação do Telessaúde Redes, Cartão SUS e do eSUS-AB (BRASIL, 2011g).

O efeito se percebe no progressivo aumento dos valores destinados a este componente: um recurso que foi em 2010 de 220 milhões de reais saltou para 987 milhões em 2011, alcançou 2 bilhão e 204 milhões em 2013 e foi orçado em 3,79 bilhões de reais em 2014.

A título de comparação vale registrar que de 2004 a 2010 foram aprovados recursos, por convênio, para a reforma de 158 UBS e ampliações de outras 528 UBS e, a partir de 2009, quando começou o repasse fundo a fundo para as construções, foi destinado recurso para construir 1.615 UBS. Com o Requalifica UBS, de 2011 a 2014, esses números saltaram para a reforma de 8.349 UBS, a ampliação de outras 8.500, e a construção de 8.506 novas UBS somando e um total de 25.361 obras e comprometendo 5,5 bilhões de reais, sem considerar recursos de emendas parlamentares.



Neste componente são aportados recursos chamados de programa e de emenda. Os primeiros estão programados no orçamento e qualquer município pode cadastrar propostas de obras no Requalifica UBS e sua solicitação será analisada de acordo com necessidade conforme os parâmetros da portaria de regulamentação do programa (BRASIL, 2013e; 2013f). Os recursos de emenda dependem da escolha discricionária, por um deputado federal ou senador, de um município e do objeto em que será executada a emenda parlamentar.

A partir de 2011 foi automatizada no DAB a forma de execução das emendas proporcionando dois efeitos: de um lado as emendas eram executadas conforme as prioridades e possibilidades de aplicação de recurso da PNAB, pois os critérios de prioridade e autorização foram internalizados no sistema (BRASIL, 2014a); de outro, a agilidade de avaliação e aprovação que essa medida proporcionou elevou a execução das emendas priorizadas de 32% em 2010 para 90% em 2011 e mais de 97% em 2013. Os resultados se fizeram notar na priorização dos congressistas em destinar emendas parlamentares para a AB: em 2010 73 milhões de reais em emendas foram destinados à AB, em 2013 esse valor chegou a expressivos 504 milhões, e em 2014, com a lei das emendas impositivas alcançou 1,8 bilhões de reais, um aumento de mais de 20 vezes em 4 anos (BRASIL, 2013i).

Atualmente esses recursos podem ser destinados para todas as obras previstas no Programa de Requalificação das UBS e também para a construção de Academias da Saúde e aquisição de equipamentos para as UBS, tanto os médico-hospitalares, quanto os mobiliários e os de informática necessários à implantação do eSUS e do telessaúde (BRASIL, 2013j).

6.5 O FINANCIAMENTO GLOBAL DA UNIÃO E A RELAÇÃO ENTRE AS TRÊS ESFERAS

Para que se perceba a evolução do montante global do financiamento da AB pela união, somando todos os componentes discutidos no capítulo, sintetizaremos os dados no Quadro 5 relacionando com a inflação do período e com o orçamento total do MS naquele ano. Utilizaremos como base o ano de 2002 uma vez que não é adequado comparar com 1998 pelo fato de ser um momento muito insipiente do



repassse com uma cobertura de menos de 7% e um per capita nacional ainda abaixo de R\$ 9,00 hab/ano. Qualquer valor comparado com 1998 ganharia proporções exageradas. Para o último quadriênio utilizaremos tanto 2013 quanto 2014 para ficar com uma referência de valor já executado e outro ainda sem execução.

Quadro 5 – Comparativo dos valores globais do financiamento da AB pela União, 2005 a 2014.

Ano	Total AB (Bilhões)	Per Capita (A)	Aumento de A acima inflação	Per capita 2002 corrigido pela inflação (B)	A/B	% AB no Geral MS
2002	3,091	17,70	-	17,70	1,00	10,8%
2006	5,876	31,67	50,75	22,68	1,40	13,3%
2010	9,272	48,61	31,29	27,73	1,75	13,9%
2013	16,624	82,69	50,78	33,09	2,50	16,7%
2014	20,077	99,87	78,83	35,11	2,84	18,9%

Fonte: elaboração própria.

Mais uma vez fica evidente o aumento permanente do financiamento com destaque para dois períodos de aceleração: quadriênio 2003-2006 e 2011-2014. Neste primeiro período vimos que o aumento do componentes per capita e, principalmente, do Comp.ESF alimentaram o aumento de 50,75% acima da inflação com relação ao ano de 2002. Observamos também a proporção do recurso da AB no recurso total do MS sai de 10,8% para 13,3%, o segundo maior aumento de nossa série.

O quadriênio de 2007 a 2010 também apresentou aumento, contudo menos pronunciado que no anterior e, como vemos, praticamente estabilizou a proporção de recursos AB no conjunto total do MS.

A aceleração mais pronunciada é a do último quadriênio. Em apenas três anos, de 2011 a 2013, o aumento já equiparou ao aumento dos quatro anos de 2003-2006. Quando se considera 2014, o último ano do quadriênio 2011-2014, este aumento chega a robustos 78,83% acima da inflação fazendo o financiamento per capita chegar em quase R\$ 100,00/hab./ano. Podemos observar que, mesmo corrigido pela inflação, o per capita global de hoje é quase 3 vezes o que era em



2002. Além disso o fato do recurso da AB nesse quadriênio ter tido um aumento de 78% acima da inflação e o recurso total do MS 32% acima da inflação, fez com que a participação da AB no recurso global saltasse de 14% para 19%.

Este aumento no último quadriênio, como assinalamos acima, foi alimentado principalmente pelos componentes per capita, de qualidade, de expansão e de estruturação. O de indução da eSF apresentou um comportamento estável pela estagnação do crescimento das eSF nos últimos 7 anos, mas se cumpridas as metas do Programa Mais Médicos para o Brasil, o número de eSF poderá crescer em um ano o que cresceu nos 7 anos anteriores fazendo este componente se destacar no aumento global.

Um última relação é importante estabelecer: a comparação dos gastos com AB nas três esferas de governo. Utilizaremos o estudo do IPEA (BRASIL, 2013c; 2013d), desenvolvido em parceria com o MS, CONASS e CONASEMS, que analisou o gasto das três esferas considerando, no caso do governo federal, não só os recursos dos componentes citados neste capítulo, mas incluindo também recursos da vigilância sanitária, da assistência farmacêutica básica e de educação permanente e formação dos profissionais da AB. Contudo, este estudo foi só até 2011, justamente o primeiro ano do mais forte quadriênio de aumento de recurso da AB, portanto, não captou os efeitos deste aumento na proporção de gastos tripartites. A síntese é a que segue:

Quadro 6 – Comparativo da participação das três esferas de governo no financiamento da AB

	Valor em bilhões	Porcentual
Município	29,25	57%
União	17,31	34%
Estados	4,43	9%
Total	50,99	100%

Fonte: elaboração própria.

Observamos que a maior responsabilidade pelo financiamento recai sobre o município, justamente o ente mais mal posicionado no pacto federativo em termos de distribuição de recursos. De outro lado, vale notar a reduzidíssima participação dos estados no cofinanciamento da AB.



Em 2011 em reuniões da Comissão Intergestores foi destacada a importância de equilibrar estas proporções aumentando a participação do financiamento federal e estadual e reduzindo a participação municipal, sem contudo, reduzir os valores absolutos dos recursos empregados pelos municípios. Foi citado como um horizonte a ser buscado uma participação de 50% da união, 25% dos estados e 25% dos municípios.

Passados 3 anos daquelas discussões vimos neste capítulo um efetivo esforço do governo federal de recompor o financiamento da AB, contudo, com notáveis exceções como a do estado do Rio Grande do Sul, que assim como o governo federal dobrou seu financiamento na AB nestes último 3 anos, a imensa maioria manteve o mesmo padrão de financiamento.

No evento de divulgação da pesquisa do IPEA o DAB apresentou um estudo preliminar que já considerava o crescimento do investimento federal em AB, com os mesmo parâmetro do estudo do IPEA, e assinalava que o mesmo, com a LOA 2014, saltaria dos 17,31 bilhões de 2011 para 28,97 bilhões (67% de aumento). O mesmo estudo apontava uma distribuição do gasto entre as três esferas em 2014 de 50,4% para os municípios, 42% para a união e 7,6% para os estados (BRASIL, 2013c; 2013d).

Ou seja, é pronunciado o aumento do recurso na esfera federal, mas mesmo assim a responsabilidade dos municípios é ainda muito grande. A união aproxima mais de seu horizonte que é financiar 50% dos gastos em AB, os municípios custeiam o dobro do que “deveriam” e os estados arcam com menos da terça parte dos almejados 25% de financiamento.

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento da AB cresceu progressivamente desde sua criação com destaque para o quadriênio de 2003 a 2006 e, mais intensamente ainda para o de 2011 a 2014.

O modo de financiar, com o grande poder de indução que tem, revela determinadas opções e prioridades dos governos que o desenham e valorizam. A opção clara pela valorização do componente de indução da ESF em relação ao



componente per capita mostra a prioridade dada a este modo de organizar a AB no país e, de fato, resultou na adoção da ESF para quase 95% dos municípios do país. As mudanças recentes no mesmo permitiram que ele ficasse mais compreensivo e incluísse mais modelagens de equipes no financiamento federal.

A mudança do componente per capita com recuperação de seu valor superior à inflação acumulada desde 1998 para 70% dos municípios do país, justamente os menores e mais pobres, colocou um novo papel para este componente, qual seja, o de promoção da equidade.

Os demais componentes criados trazem um foco de indução mais específico e se propõem a avançar em desafios bem delimitados que têm condicionado o desenvolvimento e a expansão da AB. O componente de qualidade inaugurou um novo modo de financiar a AB promovendo uma mobilização de gestores e trabalhadores em prol da implantação de padrões de acesso e qualidade e ampliando a especificidade que alcança a indução do financiamento federal.

Na mesma linha o componente de estrutura e modernização foi criado com objetivo de fazer com que o padrão estrutural das UBS tenha convergência com o grau de acesso, acolhimento, conforto e resolubilidade que a PNAB propõe para as UBS. E o componente de expansão com a meta clara de fazer a cobertura expandir e o atendimento se tornar regular nas áreas com maior dificuldade de acesso.

Isso mostra um duplo movimento do MS que relaciona quantidade e qualidade de financiamento sob a perspectiva federal: de um lado há o maior aumento absoluto e proporcional já realizado para o financiamento da AB, de outro, este aumento veio dirigido a enfrentar nós críticos da AB no país.

Contudo, como mostrou o capítulo, o aumento federal por mais expressivo que tenha sido aliviou, mas não alterou o fato do peso maior do financiamento recair sobre os municípios, justamente o ente com menor receita e mais dificuldades de garantir um financiamento estável. Assim, tão importante quanto afirmar, ativa e concretamente, a AB como agenda prioritária e estruturante, é garantir a ela um financiamento tripartite e sustentável.

A participação dos estados é heterogênea, irregular, excessivamente discricionária e pequena em seu conjunto. Nem todos financiam. O financiamento

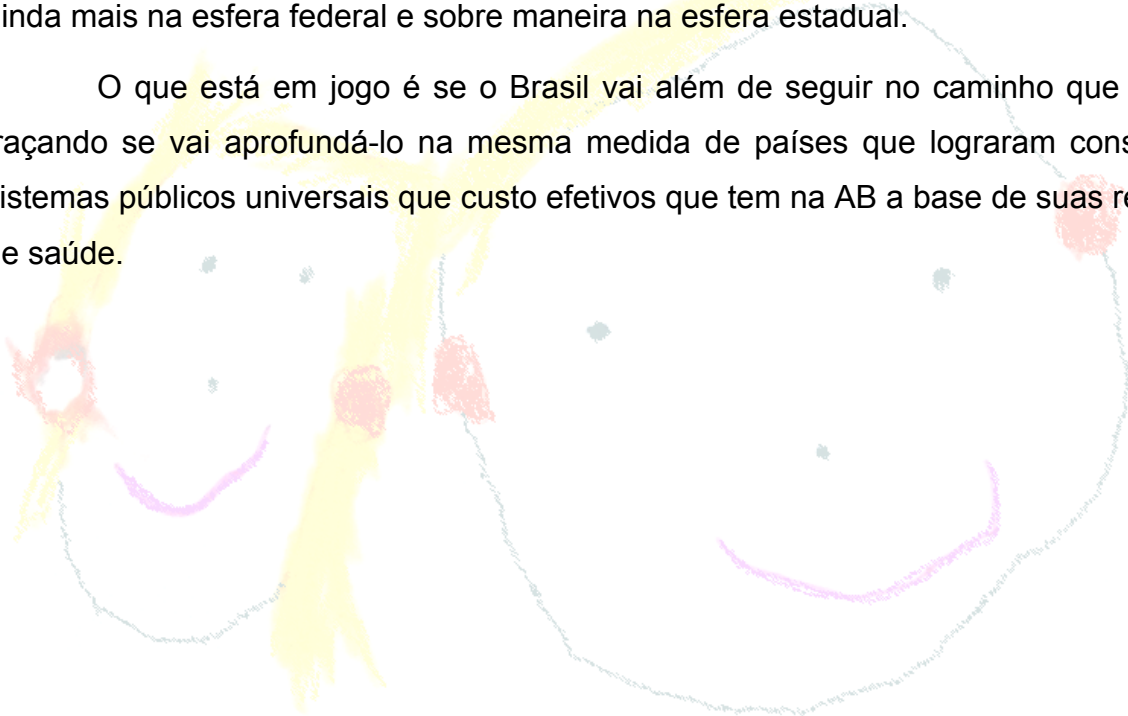


ocorre muitas vezes sem periodicidade definida. Abusa-se de mecanismos convenientes. E, em conjunto, não chegam a 10% do financiamento nacional.

Se, de um lado, o financiamento federal deve seguir crescendo, de outro, o financiamento estadual da AB deve se estruturar de modo a assumir quantitativos mínimos e formato regular, fundo a fundo e com regras claras e estabelecidas em instrumentos legais estáveis.

Essa necessidade é ainda mais premente se levarmos em conta que uma AB mais acessível, efetivamente principal porta de entrada do sistema, resolutiva e com escopo mais ampliado de ações, exigirá um financiamento em proporções maiores que os atuais. Se de fato parte do que é feito nos serviços de urgência e de apoio diagnóstico e terapêutico se consolidar como escopo dos serviços de AB o percentual de recursos da AB no conjunto dos recursos da Saúde deverá crescer ainda mais na esfera federal e sobre maneira na esfera estadual.

O que está em jogo é se o Brasil vai além de seguir no caminho que vem traçando se vai aprofundá-lo na mesma medida de países que lograram construir sistemas públicos universais que custo efetivos que tem na AB a base de suas redes de saúde.



7 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A OUVIDORIA ATIVA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO CUIDADO E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL⁵

7.1 INTRODUÇÃO

A reorganização da atenção em saúde, alicerçada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização e controle social, constitui um desafio cotidiano para todos os atores que militam no Campo da Saúde Coletiva (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2008). Justificam-se esses esforços, na medida em que, a complexidade de apreender a diversidade de condições e situações que permeiam o adoecer e o ser saudável, tornam a tarefa de ofertar modelos de cuidados efetivos, uma ação constante e necessária para a consolidação do acesso e da qualidade a saúde para todos os brasileiros.

Na trajetória do SUS, diversas propostas têm sido implementadas, em especial, no âmbito municipal, no qual a partir da metade da década de 90, vem se mobilizando esforços em prol da reorganização da AB. Por contemplar um conjunto de ações que vão desde a promoção de práticas saudáveis até tratamentos e medidas de reabilitação, esse modelo de atenção apresenta potencial significativo no cuidar de indivíduos, famílias e comunidades, sendo alvo de múltiplas estratégias, entre elas, a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que define a AB como porta de entrada e ordenadora do acesso universal e igualitário aos serviços da RAS (BRASIL, 2011h).

O reconhecimento das potencialidades e a oferta de mecanismos que possibilitem melhor gestão do cuidado no âmbito da AB apresentam-se como estratégias factíveis e robustas, que ganham contornos especiais quando

⁵Artigo escrito em coautoria com Alcindo Antônio Ferla, Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, Coordenador Nacional da Rede Unida e Coordenador da Rede Governo Colaborativo em Saúde- UFRGS; Andreia Burille, Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição, assistente e pesquisadora da Rede Colaborativo em Saúde- UFRGS, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e Mirceli Goulart Barbosa; Educadora física e nutricionista, coordenadora técnica do PMAQ/Rede Governo Colaborativo em Saúde – UFRGS, Mestranda em Saúde Coletiva UFRGS.



contemplam práticas avaliativas na perspectiva de usuários. Sobre isso, Silva Junior e Mascarenhas (2008), pontuam que o acompanhamento dessas experiências vem se dando por meio de taxas de cobertura e indicadores epidemiológicos, que se mostram insuficientes para perceber os movimentos de mudança na qualidade de atenção, principalmente no que se refere ao processo de trabalho das equipes, na relação com a população adscrita e a integralidade da atenção à saúde.

Corriqueiramente, observa-se nas práticas avaliativas a não centralidade no usuário a partir do que ele pensa e vive, mas a partir de como esse serviço o vê. Está presente a lógica do serviço, que leva em conta indicadores de desempenho, sem considerar as dimensões subjetivas, o que por sua vez dificilmente irão dar conta da complexidade da vida cotidiana e das suas repercussões na saúde (GERHARDT et al. 2009).

Os estudos relacionados à satisfação dos usuários, de acordo com Esperidião (2006), iniciaram na década de 1970, influenciados pelo paradigma do consumismo e pela cultura da qualidade em países como Inglaterra e Estados Unidos. No Brasil, essa inspiração surgiu na década de 90, devido ao fortalecimento da participação social no âmbito do SUS. Nesse contexto, as avaliações na perspectiva do usuário, estavam vinculadas aos conselhos de saúde, que em diferentes esferas de gestão, representavam um *locus*, nos quais diferentes atores poderiam expressar suas inquietações e posicionamentos.

Esses espaços, nos quais os usuários assumem protagonismo no “fazer saúde” têm se mostrado importantes vetores para melhoria do acesso e da qualidade de atenção. Nesse sentido, várias apostas vêm sendo realizadas nas Ouvidorias em Saúde, que representam dispositivos capazes de viabilizar a participação dos usuários. Todavia, há que se destacar que não basta criar apenas canais de acesso para manifestações, é preciso uma ouvidoria ativa, pela qual se produz estratégias de escuta do usuário através da busca ativa de informações (BOLZAN, 2012).

O movimento de ouvidoria ativa, além de viabilizar a consolidação do princípio da participação social, consegue apreender como os usuários experienciam, representam ou constroem imaginários sobre os serviços de saúde no nível micro e no macro, sobre o SUS. Assim, considerando o cenário aqui elucidado, esse manuscrito propõe-se a refletir sobre os dados divulgados pelo “Relatório de



Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS”, elencados pelo dispositivo de Ouvidoria Ativa em Saúde.

7.2 METODOLOGIA

Apresenta-se uma análise crítica-reflexiva de dados referentes a AB publicados⁶ no “Relatório de Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção a saúde⁷”, realizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (BRASIL, 2012b), com 26.662 participantes, distribuídos em todo território nacional, nos períodos de junho a julho de 2011 e novembro de 2011 a janeiro de 2012.

Os dados supracitados foram gerados por meio de contato telefônico assistido por computador, a partir de bases de dados fornecidas por empresas de telefonia. Após serem informados sobre o objetivo da pesquisa e o órgão executor, 18.673 usuários que mencionaram que utilizaram o SUS nos últimos 12 meses antes da entrevista, responderam um questionário de 41 perguntas divididas em quatro partes: atenção básica; atenção odontológica; urgência e emergência; perfil. Para quem não possuía histórico de utilização do SUS no período citado (7.989 usuários), além do perfil, os demais questionamentos visaram identificar a opinião quanto ao SUS e acesso a outras formas de assistência à saúde.

As análises expressas nesse manuscrito foram geradas após leitura do relatório de pesquisa. Com essa etapa concluída, os dados relacionados ao perfil dos entrevistados e satisfação com o SUS foram recortados, agrupados⁸ e agregados em dois grupos: usuários e não usuários do SUS. Os dados referentes à avaliação da AB, gerados pelos entrevistados que referiram utilizar os serviços do SUS, também sofreram recortes e foram agrupados de acordo com os questionamentos. Após essa etapa elencou-se três eixos de apresentação: 1) quem são os usuários do SUS?; 2) Atenção Básica-referência de Cuidado; e 3) Satisfação com o SUS.

⁶ Dados Secundários.

⁷ Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_pesquisa_de_satisfacao.pdf.

⁸ No relatório os dados encontram-se separados por regiões.



Com relação aos aspectos éticos, a discussão apresentada integra o projeto de pesquisa “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, no que se refere ao objetivo de discutir e avaliar o acesso e a qualidade da AB em diferentes contextos, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob protocolo nº 21904.

7.3 RESULTADOS

7.3.1 Eixo 1- Quem são os usuários do SUS?

Num primeiro momento, antes de problematizar e traçar o perfil dos usuários do SUS é importante destacar que entre os 26.692 ouvidos pela pesquisa, 70% (18.673) mencionaram a utilização do SUS, em contrapartida a 30% (7.989) que não utilizaram os serviços em busca de consultas, exames, vacinação, atendimento de urgência, internação ou medicamentos, no recorte temporal de 12 meses.

Seguido desse primeiro recorte, podem-se constatar algumas diferenças entre os dois grupos:

Quadro 1- Diferenças entre os grupos entrevistados

	Utilizaram o SUS	Não utilizaram o SUS
Não têm Plano de Saúde	77%	49%
Sexo Feminino	67%	55%
Declaram-se Brancos	41%	45%
Declaram-se Negros	12%	11%
Declaram-se Pardos	43%	40%
Têm Nível Médio de Escolaridade Completo	43%	44%
Têm Nível Superior de Escolaridade Completo	10%	19%
Renda familiar maior que 2 salários mínimos entre os que declararam	30%	47%
Renda familiar maior que 10 salários mínimos entre os que declararam	1,3%	4,7%



Fonte: Relatório de Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção a saúde - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES, 2012).

Em relação ao perfil dos entrevistados, evidencia-se no grupo que referiu ter utilizado nos últimos 12 meses o serviço de AB ou de urgência do SUS que 77% das pessoas entrevistadas não possuem plano de saúde. Observa-se também neste grupo, um maior percentual de mulheres e pessoas de cor parda. Além da maior utilização dos serviços por parte das mulheres, é possível observar fatores que marcam diferenças socioeconômicas importantes nesses dois grupos. Já no grupo que referiu não utilizar o SUS, evidencia-se os dados referentes à renda familiar, pois neste grupo 47% recebe mais de dois salários mínimos, a escolaridade, tendo em vista que 19% possuem nível superior de escolaridade completo.

Cabe ainda destacar que entre os entrevistados que responderam que têm plano de saúde, 52% utilizaram os mencionados serviços do SUS. Ou seja, parecem fazer opções que combinam a assistência do plano com o uso do sistema.

7.3.2 Eixo 2- A Atenção Básica como referência de cuidado

Não passa de uma década, o discurso e, conseqüentemente as ações em saúde, apontam para o entendimento de uma AB acessível, responsável pelo acolhimento e primeiro contato dos usuários, com amplo leque de ofertas de ações de saúde, resolutiva e com capacidade de agregar as tecnologias necessárias para atender à maior parte possível das necessidades de saúde dos usuários perto de onde eles vivem (BRASIL, 2006). Portanto, entender como a população compreende o SUS é importante. A proposta de trabalhar a Ouvidoria em Saúde, como espaço potencial de avaliação dos serviços na perspectiva do usuário é fundamental para atingir este objetivo.

Dentre os entrevistados que responderam ter utilizado algum serviço do SUS (70%), 85% deles haviam sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para esses usuários questionou-se também o nível de satisfação com os profissionais de enfermagem, médicos, ACS e cirurgiões dentistas. O Quadro 2, apresenta os dados referentes à satisfação dos usuários, quanto a satisfação com o cuidado ofertado por estes profissionais.

**Quadro 2-** Satisfação dos usuários com os profissionais

Profissionais	Muito Bom + Bom	Regular	Ruim + Muito Ruim
Enfermeiros	63%	26%	10%
Médicos	72%	17%	10%
Agentes Com. Saúde	73%	20%	6%
Cirurgiões Dentistas	80%	12%	8%

Nota: Os percentuais acima não totalizam 100% devido ao fato de uma parcela dos usuários não ter respondido à pergunta. Fonte: Relatório de Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção a saúde- Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES, 2012).

Com relação à satisfação, entendida como expressão do “contentamento de um indivíduo com uma situação, serviço ou até outros indivíduos” (BRASIL, 2012b, p.5) pode-se evidenciar que 63% dos entrevistados avaliaram o atendimento de enfermagem como muito bom ou bom, e 72% verbalizaram esta percepção para os profissionais médicos. Sobre os ACS, o questionamento foi realizado para 42% dos usuários, que disseram ter recebido a visita destes profissionais, sendo o percentual de satisfação em torno de 73%. A avaliação dos cirurgiões dentistas foi realizada por 18% dos usuários que disseram ter buscado atenção odontológica nos últimos 12 meses, e as respostas satisfatórias foram mencionadas por 80% dos entrevistados. Assim, considerando que as avaliações positivas variaram de 63% a 80% para os quatro profissionais avaliados e os números de ruim e muito ruim não passaram de 10%, pode-se afirmar, com estes e com os achados que seguem, que o grau de satisfação com os profissionais de AB é muito bom e inferir que as Unidades de Básicas de Saúde têm conseguido acolher os usuários e na medida do possível lhes ofertar certa resolubilidade.

O vínculo com eSF foi mencionado por 55% dos usuários que referiram ter buscado cuidado em Unidades Básicas de Saúde, sendo que 42% destes receberam algum profissional de saúde em domicílio, pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Importante destacar que os percentuais mencionados



convergem para a estimativa de cobertura populacional pela ESF (54%), gerados pelo Departamento de Atenção Básica do MS, no período pesquisado.

Com relação à distribuição das unidades básicas no território, o estudo apontou que 87% dos entrevistados responderam que demoram menos de 30 minutos para chegar a UBS mais próxima de casa. Esse dado, do ponto de vista da acessibilidade e das dimensões do território de referência, está de acordo com a nova PtPNAB, publicada em 2011, que recomenda 3 mil pessoas para cada ESF e o máximo de 12 mil pessoas por UBS orientada por esta estratégia. Para UBS que não são orientadas pela ESF e que estão em áreas de grande concentração populacional recomenda-se o teto de até 18 mil pessoas (BRASIL, 2011h).

Perguntados se para serem atendidos precisaram agendar suas consultas previamente, 51% dos usuários responderam que conseguem agendamento no mesmo dia, 34% referiu um período de uma semana a um mês e 13% mencionou mais de um mês. Já com relação ao tempo de espera na UBS, os dados apontam que 54% dos usuários aguardam menos de uma hora, em contrapartida, a 23% que mencionaram obter atendimento entre uma e quatro horas e 13% que referiram ter aguardado mais de quatro horas ou não ter conseguido atendimento.

Ainda os entrevistados que utilizaram UBSs responderam questões sobre demandas levadas, recomendação e avaliação do serviço (**Quadro 3**):

Quadro 3- Recomendação, avaliação e atendimento das demandas na UBS

Entrevistados	UBS
Recomendaria	74%
Não Recomendaria	25%
Avalia o serviço como Muito bom/Bom	38%
Avalia como Regular	35%
Avalia como Ruim/Muito Ruim	28%
Teve demanda atendida	60%
Parcialmente atendida	25%
Não teve demanda atendida	14%



Nota: Os percentuais acima que não totalizam 100% devem-se ao fato de uma parcela dos usuários não ter respondido à pergunta. Fonte: Relatório de Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção a saúde- Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES, 2012).

Interessante notar que, embora a pesquisa tivesse como premissa associar satisfação com atendimento da demanda do usuário, os números revelam que ter a demanda atendida não significa necessariamente avaliar positivamente o serviço. O número de pessoas que tiveram a demanda atendida é de 60% e o número de pessoas que avaliam o serviços como bom e muito bom é de 38%.

Os encaminhamentos para outros procedimentos no SUS, também foram elencados, sendo que 49% dos usuários das UBSs informaram terem sido encaminhados. Destes, 60% conseguiram realizar exames, 56% consultaram com especialista, 76% tiveram que ser internados e 73% acessaram o serviço de urgência.

Quanto ao acesso aos medicamentos prescritos, 57% dos entrevistados os obteve na própria UBS, para 7% foram disponibilizados gratuitamente em outros serviços no SUS, para outros 7% os medicamentos foram disponibilizados pela farmácia popular, 19% comprou na rede privada e 10% não conseguiu a medicação, o que merece três considerações: é expressivo o número de usuários que conseguem a medicação necessária na própria UBS sem precisar se deslocar; também é importante o número de usuários (71%) que adquirem o medicamentos gratuitos ou subsidiados; mas não é desprezível o percentual (29%) de usuários que ficaram sem o medicamento prescrito ou tiveram que compra-lo.

7.3.3 Eixo 3- Avaliação geral do SUS

Para compor esse último eixo, agregaram-se os dados dos que utilizaram os serviços do SUS nos últimos 12 meses e os que referiam não ter buscado. Entre aqueles que buscaram algum serviço, 36% atribuíram o conceito de muito bom ou bom, 34% de regular, seguido de 29% que consideraram como ruim ou muito ruim. No segundo, composto por entrevistados que não acessaram nenhum serviço do SUS nos últimos 12 meses os percentuais ficaram em 25% com avaliação muito boa ou boa, 30% como regular e 45% como ruim ou muito ruim.



Os dados expressam uma diferenciação na avaliação entre os dois grupos, à medida que a proporção de opiniões de que os serviços do SUS são muito bons ou bons foi maior (36%) entre os que utilizaram, do que entre o outro grupo (25%). E um outro achado interessante é de que a proporção de opiniões de que os serviços prestados pelo SUS são ruins ou muito ruins foi maior entre os entrevistados que não tiveram experiência com algum dos serviços pesquisados (45%), em comparação com aqueles que tiveram (29%).

7.4 ALGUMAS REFLEXÕES

Um primeiro efeito da pesquisa é colocar interrogações sobre quem são os usuários do SUS. Mais que uma provocação, a forma de agrupar quem utilizou algum serviço de saúde do SUS, no recorte de 12 meses, vem problematizar que o imaginário coletivo reconhece “inadequadamente” como usuários do sistema, apenas aqueles que não possuem plano de saúde privado. Considerando o escopo de ações e serviços ofertados pelo SUS, pode-se afirmar que todas as pessoas são usuárias do sistema, pois suas ações vão além das assistenciais, abarcam entre outras, oferta de medicamentos, ações de vigilância à saúde, normatização e fiscalização das condições sanitárias de produção, armazenamento e distribuição dos alimentos e dos estabelecimentos comerciais e produtivos.

Sobre isso, Cohn (2009), ao fazer um balanço dos 20 anos da Reforma Sanitária, reflete que houve, durante um período, um deslocamento dos temas das produções técnicas e acadêmicas, visto que no início eram mais voltadas para questões mais abrangentes como democracia e papel do estado. Neste deslocamento, houve muitas confusões entre termos e significados e por outro lado, a criação de termos novos, muitos deles para contrapor o ideário da Reforma Sanitária, a exemplo do termo SUS - dependente. Nesse sentido, concorda-se com a autora de que este termo “remete exatamente à exclusão social, uma vez que se refere àqueles sujeitos sociais que não tem acesso à atenção a saúde que não seja por meio dos serviços públicos de saúde” (COHN, 2009, p. 1615).

Os dados revelaram que existem desigualdades socioeconômicas importantes entre os dois grupos, sendo os que referiram utilizar os serviços do SUS, menos favorecidos. No entanto, é preciso considerar que existe uma parcela



significativa de usuários com planos de saúde que buscaram o atendimento no SUS. Tal achado permite presumir que muitos usuários, inclusive de planos de saúde, estão encontrando no SUS serviços capazes de lhes ofertar cuidado de qualidade e que por isso os acionam.

Outro ponto que merece ser discutido no eixo “quem são os usuários do SUS?” é o maior percentual de mulheres que referiram utilizar os serviços de saúde. Ao investigar as razões para a não procura masculina, estudos evidenciaram justificativas que estão implicadas com a forma de organização dos serviços, por exemplo, horário de atendimento coincidir com o trabalho, e com as barreiras socioculturais que atribuem ao homem à falsa premissa que “são invulneráveis” (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2008).

Pode-se acrescentar que o SUS vem investindo fortemente em políticas direcionadas a grupos específicos, considerando as particularidades e especificidades de cada um. Como exemplos, podem-se citar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (BRASIL, 2008) e a previsão das Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Equipes de Saúde Ribeirinha e Consultórios na Rua na PNPAB (BRASIL, 2011h) como EAB que deve buscar e ofertar atenção integral à estas populações que reconhecem o potencial da AB no cuidado e reforçam a ideia de um sistema de saúde público e de qualidade para todos os brasileiros.

Os dados apresentados no eixo “A Atenção Básica como referência de cuidado” confirmam que as Unidades Básicas de Saúde são, com larga vantagem, os serviços mais acessíveis e acessados do SUS. A pesquisa mostra que as pessoas usam o serviço, que ele está localizado próximo de suas casas e que os profissionais chegam até a população em seu próprio domicílio. Também permitem inferir que quem é coberto de fato está usando o serviço e que as pessoas sabem cada vez mais identificar quando uma UBS se organiza pela ESF.

Com relação a satisfação com os profissionais da AB faz-se alguns apontamentos, como por exemplo, que é incorreto deduzir que a qualidade do atendimento dos ACS é melhor que a dos enfermeiros, embora esteja claro que as pessoas estão mais satisfeitas com os primeiros do que com os últimos. Neste contexto, é preciso considerar que talvez a satisfação esteja mais relacionada com o acesso àquilo que se buscou, e com a realização ou não de algumas das



expectativas que o usuário levou para esse atendimento, do que com a própria qualidade de cuidado ofertado.

Parece razoável supor que pesou na avaliação da enfermagem a impossibilidade de ofertar certos procedimentos que motivaram a maioria das buscas pelos serviços. Por exemplo, 79% dos usuários disseram ter buscado no SUS uma consulta médica, 53% medicamentos e 49% exames, ações que dependem, na maioria dos casos, diretamente do profissional médico. Outro grupo representado por 45% dos entrevistados buscou vacinações, curativos e orientações. Talvez um estudo que identificasse a existência de diferenças entre esses grupos quanto à avaliação de enfermagem traria mais subsídios para a discussão, pois é preciso considerar que a enfermagem teve mais governabilidade de ofertar ações que atenderam à demanda para o segundo grupo do que para o primeiro.

Gerhardt et al. (2009) salienta que ter acesso (entrar nos serviços de saúde) não garante que as necessidades serão satisfeitas, e mais, coloca que acessibilidade refere-se às facilidades e dificuldades em buscar/receber cuidado (interação entre quem busca e quem oferece cuidado). Assim, define acessibilidade como uma prática não normativa, de inter-relação e intersubjetividades, portanto uma prática que significa não apenas o acesso dos usuários aos serviços de saúde, mas também a resolução das suas demandas e necessidades de saúde. Todavia, assinala-se que, muitas vezes, o usuário pode não ter acesso ao que “foi buscar”, seja por ter mudado a compreensão sobre essa necessidade, seja por não haver disponibilidade no serviço naquela ocasião e, mesmo assim, sair satisfeito com os profissionais por ter se sentido acolhido e cuidado.

Ao comentar os achados referentes ao agendamento de consulta e tempo de espera na unidade é importante enfatizar que não se quer estabelecer parâmetros únicos para realidades diferentes e complexas. Pode-se dizer que de um modo geral, é expressivo o número de usuários que conseguem atendimento em tempo oportuno, o que mostra as unidades de saúde mais preparadas para serem de fato uma porta de entrada que se molda em função da necessidade dos usuários. De outro lado, aguardar três ou quatro semanas para marcar uma consulta, independente da necessidade de saúde em questão, é um tempo muito grande. Também não é razoável esperar mais do que 2 horas numa UBS para um



atendimento. Nesse sentido, os dados reforçam que a AB ainda apresenta aspectos importantes a serem melhorados, além disso, apontam lacunas nas redes de atenção com relação ao fluxo de encaminhamentos. Cabe destacar que este tempo de espera pode ser reduzido com o uso de dispositivos de organização de agenda como marcação por hora e poderia ser aproveitado para ações de orientação, educação em saúde e intersetoriais, o que raramente acontece.

As ofertas de cuidados programados e prioritários na AB, como gestantes, crianças até dois anos, pessoas em condições crônicas, muitas vezes, são questionamentos realizados pelos usuários e acabam gerando desconforto nas equipes, pois aqueles que nesses grupos se encaixam conseguem acesso relativamente fácil. Em contrapartida, outros que não se “encaixam” em nenhum “grupo”, mesmo estando em situações de sofrimento e apresentando um problema agudo, podem encontrar muita dificuldade para serem atendidos, exigindo incursões de madrugada em busca de uma das poucas fichas disponibilizadas “para o dia”.

De outro lado, sabe-se que uma UBS pouco acessível e que não acolhe as pessoas nas situações agudas e de urgência, justamente na hora que se sentem mais aflitas e desamparadas, não é legitimada pela população e faz com que muitas pessoas busquem serviços de pronto atendimento com necessidades de saúde que seriam melhor acolhidas, cuidadas e acompanhadas nas UBS. Contudo, essa pressão pode exigir de uma UBS um volume de ações que extrapole a capacidade de oferta frente a uma demanda comprimida no tempo por diversos motivos que vão desde a insegurança do usuário (que se traduz num “não deixar pra amanhã, pois, amanhã não sei se terei oportunidade”) à reprodução mais geral do consumismo e da instantaneidade da sociedade atual no conjunto das relações.

No que corresponde o eixo “Avaliação geral do SUS” reforça-se a ideia de que as pessoas que usam o SUS o avaliam a partir de suas vivências e experiências com os serviços do Sistema, ao passo que e as pessoas que não usam tendem a reproduzir uma opinião muito influenciada pela representação social dominante, continuamente reiterada pelos meios de comunicação comerciais e de massa.

Sobre isso, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ao divulgar os resultados da pesquisa Sistema de Indicadores de Percepção Social apontou que os elementos negativos sobre o SUS é que ganha visibilidade na grande imprensa comercial. De fato, matérias que relatam os sofrimentos dos cidadãos no uso do



SUS são mais atrativas e têm mais audiência, elemento central para uma mídia comercial que além de vender anúncios muitas vezes funciona como caixa de reverberação de interesses comerciais, econômicos e políticos colocados no campo do debate e disputa do público e do privado, do mercado da saúde no Brasil e das relações entre saúde e sociedade.

7.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Os estudos constroem-se sobre outros estudos, não no sentido de que retornam onde outros deixaram, mas porque melhor informados e melhor conceituados, eles mergulham mais profundamente nas mesmas coisas (GEERTZ, 1989, p.18).

Com as considerações de Geertz (1989), pontua-se que os dados compartilhados são resultantes de uma primeira aproximação e que novos inquéritos mostram-se necessários para qualificação do cuidado e fortalecimento da participação social. Desse modo, entende-se que a pesquisa não se esgota aqui.

O panorama elucidado mostra avanços significativos em relação ao SUS, e em especial, ao que corresponde a AB. Os dados mostram que o perfil dos usuários que buscam o SUS está se modificando, à medida que mais da metade dos entrevistados com plano de saúde referiu buscar atendimento no SUS. Nesse sentido, pode-se apostar na desconstrução do ideário do SUS como alternativa para pobres, tendo em vista a maior divulgação do escopo de ações e de experiências positivas no Sistema. Talvez um caminho seja trabalhar mais o lema “todos usam o SUS”.

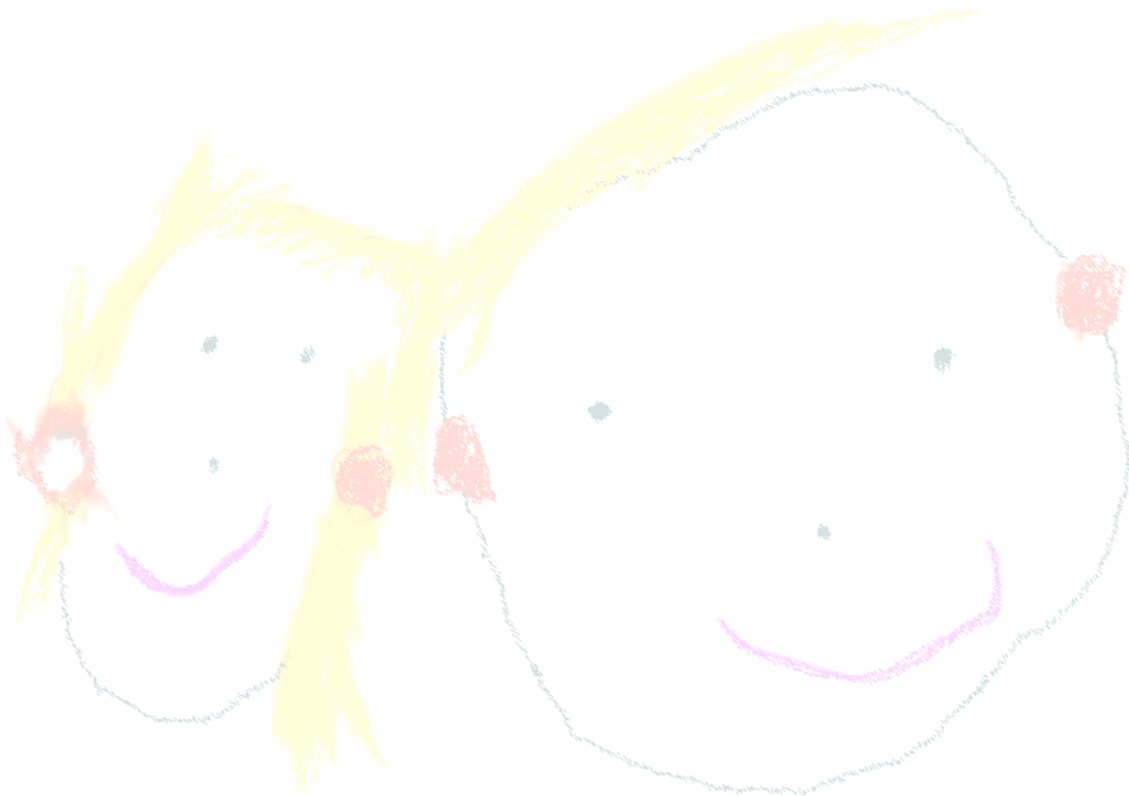
Partindo para avaliação na perspectiva dos usuários, elencam-se como pontos positivos a utilização da AB, a satisfação com os profissionais que ali atuam e a distribuição das unidades no território. De outro lado, há pontos a serem considerados como passíveis de melhoria, inclusive levando-se em conta as condições que já estão dadas, como o tempo de espera para agendamento de consultas, de espera na unidade e o percentual de usuários que não conseguiu obter medicação gratuita na unidade ou na rede.

Outra questão abordada no estudo que merece um destaque é a diferença de avaliação do SUS entre quem utilizou e quem não o utilizou. Será que as pesquisas de avaliação ao não separarem estes dois grupos não estão produzindo



fenômenos diferentes e apresentando como um todo? Não seria interessante questionar o que leva estes usuários que não usaram o SUS a avaliarem-no como ruim ou muito ruim? Questões como essas merecem ser exploradas, assim como, abordagens qualitativas são bem vindas, na medida em que poderiam contribuir para a melhoria processos avaliativos.

Por fim, cabe destacar a potência da Ouvidoria ativa no fortalecimento do SUS e na operacionalização dos seus princípios, diretrizes e serviços.



8 ATENÇÃO BÁSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CENÁRIO APONTADO PELO PMAQ⁹

8.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo analisa questões relativas à Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano da atenção básica, a partir dos dados coletados na etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), lançado em 2011, cujo primeiro ciclo de coleta de dados em campo ocorreu a partir de março de 2012.

A EPS consta como estrutura da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento, para o Sistema Único de Saúde (SUS), introduzida em 2003 e vigente desde 2004, por meio de portarias e outros instrumentos de gestão que propõem articular aprendizagem e trabalho, desenvolvimento profissional e desenvolvimento institucional do trabalho, educação para o conhecimento e educação para o trabalho, construção do saber e invenção de práticas no trabalho, colocando o cotidiano da saúde como parte relevante do ensino-aprendizagem da mesma. A avaliação externa do PMAQ constituiu um primeiro esforço de reconhecimento da instauração dessa política no cotidiano da atenção básica, um esforço também de aquilatar a tradução da proposta na materialidade dos serviços de atenção básica e, portanto, permitir a indicação de caminhos à qualidade do acesso e à ampliação da resolubilidade da atenção básica.

O PMAQ tem, na educação permanente em saúde, um aspecto de

⁹Artigo entregue e aceito para publicação pela Revista Saúde em Debate. Escrito em coautoria com: Alcindo Antônio Ferla, Médico, Doutor em Saúde Coletiva pela UFRGS, Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, Coordenador Nacional da Rede Unida e Coordenador da Rede Governo UFRGS; Ricardo Burg Ceccim, Doutor em Psicologia pela PUC-SP, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS; Alexandre Ramos Florêncio, Mestre em Saúde Coletiva pela UFBA, Diretor Adjunto do Departamento de Atenção Básica do MS; Izabella Barison Matos, Assistente Social, Doutora em Saúde Pública pela Fiocruz, Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS; Mirceli Goulart Barbosa, Educadora física e nutricionista, coordenadora técnica do PMAQ/Rede Governo Colaborativo em Saúde – UFRGS, mestranda em Saúde Coletiva UFRGS; Nilva Lucia Rech Stédile, Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UNIFESP, Professora do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Ciências Ambientais da UCS; Angelo Zortea, especializando em avaliação de serviços de saúde na UFRGS, Economista, bolsista da Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS.



investigação e é uma de suas principais apostas, tanto para a produção de movimentos locais quanto na singularização, suporte, qualificação e reinvenção desse movimento de mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Ou seja, ao mesmo tempo em que busca investigar questões relativas a esse tema, também procura induzir a integração de iniciativas institucionais para apoiar os processos formativos intraequipe, considerados como dispositivos para a qualificação da atenção e a implementação de mudanças apontadas pelo programa.

Para a análise, consideramos a educação permanente em saúde como política e como prática de ensino-aprendizagem, tomando o referencial conceitual de Ceccim e Ferla (2008), e algumas ofertas nacionais estruturadas do SUS que o instrumento de coleta do PMAQ teve capacidade para avaliar, em particular, os recursos do Telessaúde e a adesão às Comunidades de Práticas do Departamento de Atenção Básica (DAB), viabilizadas pelo Ministério da Saúde. Os dados sobre a educação permanente em saúde coletados pelo PMAQ no Brasil são apresentados e analisados segundo a distribuição nacional e regional, compondo um desenho descritivo do cenário encontrado na avaliação externa, em 2012.

A análise apresentada neste capítulo compõe o programa de pesquisas *Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários*, cadastrado junto ao sistema de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como investigação vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, sob o protocolo nº 21904/2012.

8.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMPOSTA NOS E PELOS TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Conforme Ceccim e Ferla (2008), a educação permanente em saúde pode, ao mesmo tempo, apresentar-se como uma política de educação na saúde e uma prática de ensino-aprendizagem, em favor de um conhecimento de alta densidade e do desenvolvimento institucional resultante da problematização de modelos e



metodologias, quando o cotidiano e a efetividade dos saberes profissionais estão em causa.

A Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS *Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* resultou de um percurso avaliativo institucional dos vários programas de treinamento, capacitação e educação continuada sustentados pelo Governo Federal em saúde, nos anos 1999-2002 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), envolvendo debates em diversos segmentos da sociedade, negociação junto às instâncias de controle social e pactuação entre os gestores e comissões intergestores até a sua formalização. A formulação da política considerou a crítica às estratégias de formação, que se modelavam pela transmissão do conhecimento e acumulação de cursos pelos trabalhadores sem que as práticas fossem reencetadas por seus operadores sociais ou ensejadas como potência protagonista dos processos abertos pela reforma sanitária brasileira, principalmente no que se refere à gestão do trabalho e da educação na saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

A EPS foi debatida e aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde (2003), constando nas deliberações da mesma e no Conselho Nacional de Saúde, onde gerou a Resolução nº 353/2003. Após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi instituída como política do SUS por meio da Portaria MS/GM nº 198/2004 (BRASIL, 2004). Essa Portaria foi modificada após o Pacto pela Saúde de 2006, assinalando seus princípios, mas modificando sua abrangência de toda a política nacional relativa à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para um componente dentre outros programas e linhas de financiamento destinadas a públicos e objetos específicos, gerando a Portaria MS/GM nº 1.996/2006.

Como política do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, a educação permanente reflete uma singularidade relativa aos desafios da implementação dos princípios e diretrizes do SUS, em especial, a construção da integralidade sob participação popular e a gestão participativa, ascendentes dos cotidianos locais e materialmente experimentadas por trabalhadores e usuários, até as esferas federativas e interfederativas que constituem instâncias de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas.

A complexidade das práticas no dia a dia de serviços, redes e sistemas,



mais que sedentas da absorção de evidências da ciência para a instrução de práticas com maior rigor e objetividade, apresenta-nos interrogantes quanto à consistência e à eficácia dos modelos de serviços, redes e sistemas adotados, particularmente, para satisfação das necessidades sociais em saúde, ensejamento de projetos terapêuticos singulares e invenção de linhas rizomáticas de cuidado e acesso à informação. Não se trata, a EPS, de uma ferramenta para implementar um modelo, mas de dispositivo para engendrar remodelagens. Além de recursos e serviços serem articulados, há toda uma dimensão pedagógica das práticas relativa à instauração de métodos, processos e técnicas que definem parâmetros de acesso e qualidade não discutidos em sua microgênese e manutenção molecular das lógicas disciplinares, biorreducionistas e hipertecnificadas.

Quem tem o mais profundo acesso às distintas relações que se estabelecem entre os diferentes atores do cotidiano, e aos distintos usos dos recursos da política de saúde e demais políticas públicas, se não os atores locais das práticas? A complexidade do local é o destaque à operação da política, considerando que o engendramento de recursos de diferentes naturezas, inclusive cognitivos, é ação capaz de produzir mudanças no cotidiano. Esse engendramento inclui o reconhecimento das necessidades do cotidiano do trabalho e a escolha de abordagens capazes de potencializar avanços no sistema local por meio do fortalecimento das práticas de trabalho. Os processos de qualificação do pessoal da saúde “deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho”, justamente para que o trabalho alcance a potência de mobilização de saberes e práticas coletivas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50).

No texto de exposição da política original de EPS, aparece: “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2004; 2014a).

As principais características dessa política são:

- 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de formação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em



cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade (CECCIM; FERLA, 2008, p. 164).

Essas características resumizam a imagem do “quadrilátero da formação”, proposta à EPS pela articulação entre ensino da saúde, gestão setorial, práticas de atenção e participação social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Essa articulação, mais do que a associação de conceitos ou perspectivas de atuação, supõe um plano à educação de estar sempre ‘entre’: ensinar e mudar práticas; mudar práticas e aprender com o controle social; aprender com a participação da população e com o controle social, e transformar a gestão; transformar a gestão e formar para o trabalho; formar para o trabalho e mudar práticas.

Destacamos a tensão núcleo/campo de conhecimentos e práticas que essa concepção agudiza quando enfocamos a formação profissional – anterior e atual – na medida em que recoloca a capacidade profissional por sua exposição às quatro dimensões do quadrilátero. Diante da construção da eficácia, desaparece o predomínio do núcleo especializado da profissão ou da especialidade; emergem colateralidades, buscando vigência na definição do conhecimento útil e oportuno, que pode se expressar no trabalho, na sua organização e na qualidade das respostas que o trabalhador e a equipe oferecem, buscando qualificar a atenção à saúde em função das necessidades singulares dos usuários. No desenvolvimento individual e institucional é necessário que o cotidiano se expresse em sua complexidade, desarranjando conhecimentos já sintetizados e fomentando novos arranjos de saberes para fortalecer as práticas. Há uma “pedagogia que se produz em ato”, que opera nas ações por meio da educação permanente em saúde (CECCIM; FERLA, 2008). Parte dessas dimensões foi investigada pelo PMAQ.

Há movimentos que precisam ser gerados no cotidiano da atenção básica para gerar novos patamares de acesso e qualidade (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Essa ênfase dá destaque às “rodas” como dispositivo de educação permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pois é no encontro entre os diferentes atores para a discussão sobre os problemas e as potencialidades do trabalho presentes no cotidiano que se produz ‘aprendizagem significativa’ (conhecimento que *afecta* o corpo); que se mobiliza diferentes recursos e forças para o agenciamento das práticas; que se pode decidir formas de interação com



apoios externos à equipe; e que se atravessa fronteiras (disciplinares, setoriais, pessoais) na produção de ações de gestão, atenção, formação e participação. É no contato, no plano das relações, que se materializa uma dimensão micropolítica importante: a expressão das tecnologias leves, que são a própria “alma” do trabalho em saúde, na formulação de Merhy (2002).

8.3 OFERTAS DE APOIO À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO LOCAL

A Política Nacional de Atenção Básica organizou ofertas, desde a gestão, que intencionavam, objetivamente, a aprendizagem, a busca e o uso de informação, a construção cooperativa de saberes ou o desenvolvimento coletivo do conhecimento, a constituição de comunidades de aprendizagem e rodas de debate ou estudo-ação. O desenvolvimento de tecnologias da informação e comunicação, e sua introdução nos ambientes de educação e de trabalho têm crescido ao longo dos últimos anos e a tendência é manterem-se em ascensão em todo o mundo. Após a experiência e suas múltiplas frustrações, os processos de ensino-aprendizagem utilizados em ambientes ‘virtuais’ mudaram de formais e dirigidos para interativos, abertos e participativos. Como educação permanente em saúde, os recursos tecnológicos disponíveis têm possibilitado a aproximação de profissionais interessados em aumentar a resolubilidade dos serviços de saúde. Verifica-se, no âmbito da atenção básica, a introdução de sistemas de telessaúde e comunidades de práticas.

Nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Alemanha, por exemplo, o uso de recursos denominados ‘telemedicina’ (*telemedicine*, *telehealth*) tem ocorrido de forma sistemática e constante, especialmente mediante a organização de redes de serviços especializados para telediagnóstico e definição de medidas terapêuticas para casos específicos de patologias. Além disso, também são realizadas algumas experiências com a utilização das tecnologias para o contato direto do médico com os pacientes, em domicílio, visando à longitudinalidade dos cuidados domiciliares. Christensen, Grossman e Hwang (2009) identificaram a telemedicina como uma potencialidade de *disruptive innovation*, que poderia mudar a prática médica. Assim,



por meio da discussão de casos e das possibilidades terapêuticas ou apenas da troca de experiências, constituem-se rodas de conversação, passíveis, inclusive, de interação entre pessoas de várias partes do mundo.

No Brasil, a fim de facilitar esta interação, o Ministério da Saúde, por meio do DAB/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), instituiu o Telessaúde Brasil – Redes na Atenção Básica, normatizado pela Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011i). Este programa busca desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente em saúde das equipes de atenção básica. Por meio dessa estratégia, visa “à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho” (BRASIL, 2011i).

Resumidamente, o Telessaúde consiste em uma rede de serviços parceiros, com a criação de projetos intermunicipais ou regionais, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino e serviços de saúde. Essa rede foi criada para disponibilizar ao trabalhador que presta assistência um apoio permanente ao exercício profissional. Objetiva também ampliar os diálogos, ainda que virtuais, entre equipes de trabalhadores que atuam em diferentes pontos de atenção, apostando que esses encontros produzam, além de aprendizagens, pactos e compromissos que fortaleçam a responsabilização e a capacidade de cuidado longitudinal e integral nas linhas de cuidado que atravessam vários serviços da rede.

O profissional pode acessar a rede por meio de teleconferências, diretamente ao telefone ou por texto publicado no portal em local especificamente criado para este fim. Assim, profissionais de várias partes do País podem sanar dúvidas, buscar informações ou soluções para os problemas emergentes, de forma a aumentar a qualidade e a resolubilidade das ações e, por consequência, a satisfação da população com os serviços a ela oferecidos.

Seu pleno funcionamento depende, por um lado, da informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a instalação de equipamentos de informática e a garantia de conectividade e, de outro, da qualificação dos profissionais para seu uso como recurso potente no apoio à condução dos projetos terapêuticos singulares que emergem nos contextos de trabalho cotidianamente.



Sistemas telessaúde comportam iniciativas como: informação bibliográfica; indicação das bibliotecas virtuais de acesso pela internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências (reuniões, palestras, treinamentos para participações individuais ou em grupo via internet).

A segunda opinião formativa configura consultoria com caráter educacional, tendo em vista o apoio assistencial. É embasada nas evidências científicas disponíveis, entretanto, nasce na demanda local e deve ser ajustada pelo demandante local, mediante adequação à realidade e seguindo os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde em apoio à Atenção Básica. Pode envolver discussão de caso clínico, 'pacientes'/'casos' de grande complexidade, situações ou circunstâncias que envolvem o grupo familiar, comunidade ou grupos sociais, temáticas da equipe multiprofissional ou do trabalho na Unidade Básica de Saúde.

A teleconsultoria gera compartilhamento de responsabilidade, assemelhando-se à supervisão no ensino prático. A comunicação pode se dar por vídeo, voz e chat. Se o usuário/paciente estiver em atendimento durante a consultoria, trata-se de uma teleconsulta mediada por profissional. As webconferências representam ambiente colaborativo via internet para reuniões, palestras e treinamentos aos quais se pode aderir como indivíduo ou em grupos.

Na teleducação, as novas tecnologias de informação e comunicação permitem aulas em ambiente virtual de aprendizagem, ensejando a aprendizagem social e colaborativa das equipes de saúde de vários locais, independentemente de região ou distância. A biblioteca virtual é a disponibilização de acervo online para acesso gratuito ou base de endereços eletrônicos de periódicos. O acervo sempre completa as outras modalidades quando a profundidade ou revisão se faz necessária.

Pesquisas desenvolvidas no Brasil e no mundo apontam para a efetividade dessa rede. Santos *et al.* (2014), por exemplo, ao examinarem estudos desenvolvidos no mundo sobre o uso da telerreabilitação para a recuperação e melhora de crianças e adolescentes com doenças, agravos ou deficiências, apontam que esta é uma possível, efetiva e segura estratégia para o tratamento de doenças comuns de pessoas destas faixas etárias, como uma modalidade terapêutica possível de ser incorporada às práticas tradicionais. No que diz respeito ao



Telessaúde especificamente, Godoy, Guimarães e Assis (2014), ao examinarem a telenfermagem (um programa ligado ao Telessaúde Nacional) em Minas Gerais, demonstram resultados que têm se constituído em uma estratégia de ensino-aprendizagem em saúde com recursos tecnológicos de informação que contribuem para a formação permanente dos profissionais de enfermagem, proporcionando melhor prestação do cuidado.

Sobre a questão da educação permanente em saúde na atenção básica, o PMAQ investigou: 1) se foram utilizadas ações de educação permanente em saúde pela equipe no último ano; 2) se, dentre as ações realizadas, a equipe participou de atividades do Telessaúde, de teleducação (educação à distância, em especial, as formações oferecidas por meio da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), da RUTE, de cursos presenciais, de atividades de troca de experiências, de atividades de tutoria/preceptoria e atividades de educação permanente em saúde, de maneira ampla; 3) se, utilizando as ações de telessaúde, a equipe faz uso da segunda opinião formativa, do telediagnóstico, da teleconsultoria ou apoios similares; e 4) se as ações de educação permanente realizadas contemplavam as demandas e necessidades da equipe.

8.4 RESULTADOS

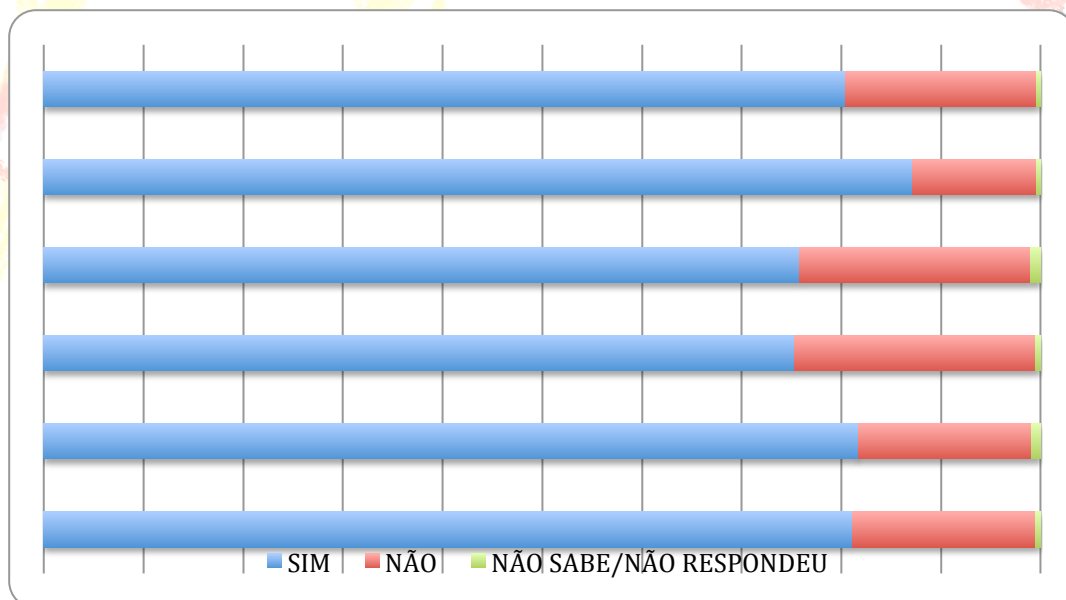
Este capítulo utiliza dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ no seu primeiro ciclo, cujo trabalho de campo foi realizado entre os meses de março e agosto de 2012. A base de dados utilizada foi condensada pelo Ministério da Saúde e enviada às Instituições de Ensino Superior em setembro de 2013. A análise que se faz neste capítulo é descritiva, com os dados tratados segundo sua frequência simples e percentuais de distribuição nos diferentes quesitos de resposta. Os dados foram coletados diretamente nas Unidades Básicas de Saúde por pesquisadores de campo vinculados às universidades que compuseram a rede de pesquisa associada ao PMAQ. No final do trabalho de campo, 17.202 Equipes de Saúde da Família foram pesquisadas, sendo 1.045 (6,1%) nos estados da Região Norte; 1.109 (6,4%) da Região Centro-Oeste; 2.919 (17%) da Região Sul; 5.559 (32,3%) da Região Nordeste; e 6.570 (38,2%) da Região



Sudeste. A adesão ao PMAQ no primeiro ciclo foi de aproximadamente 70,7% dos municípios e de 53,9% das equipes existentes no período. (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

No instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ, as equipes foram questionadas sobre a existência de ações de educação permanente em saúde envolvendo trabalhadores da atenção básica. Conforme se verifica no Gráfico 1, no Brasil como um todo, aproximadamente 81,1% das equipes responderam afirmativamente à questão; 18,3%, negativamente; e 0,5% não souberam responder ou não responderam essa questão. Houve variação entre as regiões brasileiras, sendo que os extremos foram a Região Sudeste, com 87,1% das equipes com respostas afirmativas, e a Região Nordeste, com 75,3% das respostas afirmativas. O percentual de respostas 'não sabe/não respondeu' oscilou em torno de 0,6%, com variação de 0,4% na Região Sul e 1% na Região Norte.

Gráfico 1 – Distribuição percentual de respostas sobre acesso das Equipes de Saúde da Família a atividades de educação permanente em saúde. Brasil e Regiões, 2012.



Fonte: Dados do PMAQ, tratados pelos autores.

Em relação às modalidades de atividades de educação permanente em saúde informadas pelas equipes que responderam afirmativamente à questão da existência dessas atividades, cuja síntese compõe a Tabela 1, o Telessaúde obteve



o maior percentual de respostas positivas, com 4.072 equipes, equivalentes a 29,32% do total. A variação entre as regiões oscilou entre 40,68% na Região Sudeste e 10,81% na Região Nordeste. A segunda modalidade mais frequente foi a de cursos presenciais, com 3.219 (79%) das equipes afirmando terem acesso aos mesmos, com uma variação regional oscilando de 75,8% na Região Norte a 83,8% na Região Centro-Oeste. A terceira modalidade mais frequente foi a da troca de experiências, com 2.757 (67,71%) equipes que têm acesso a atividades de educação permanente no Brasil afirmando fazerem uso desse tipo de atividade, com uma frequência oscilando entre 58% na Região Norte e 71,5% na Região Nordeste. Na sequência, as atividades de educação à distância foram indicadas por 1.236 (30,4%) das equipes no Brasil, com variação de 11,5% na Região Norte a 38,5% na Região Sul. A tutoria foi uma modalidade de atividade educativa informada por 914 (22,5%) das equipes do País, variando de 16,6% na Região Norte a 26,5% na Região Nordeste. A Rede Universitária de Telemedicina foi acessada por 418 (10,27%) das equipes no Brasil, com variação de 7,67% na Região Sudeste a 18,45% na Região Sul. E, em sétima posição em termos de frequência, outras modalidades de atividades foram indicadas por 436 (10,7%) das equipes, variando de 5% da Região Centro-Oeste a 12,2% na Região Sul.

Tabela 1 – Atividades de educação permanente em saúde utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família. Brasil e Regiões, 2012.

REGIÕES	RESPOSTAS	Nº DE EQUIPES	PORCENTAGEM (%)
Participação em ações de Telessaúde			
Brasil	Sim	4.072	29,32%
	Não	9.814	70,68%
Centro-Oeste	Sim	283	31,48%
	Não	616	68,52%
Norte	Sim	157	19,92%
	Não	631	80,08%
Nordeste	Sim	449	10,81%
	Não	3.705	89,19%
Sudeste	Sim	2.321	40,68%



Sul	Não	3.385	59,32%
	Sim	862	36,85%
	Não	1.477	63,15%

Participação em ações de EAD/UNASUS

Brasil	Sim	1.236	30,35%
	Não	2.836	69,65%
Centro-Oeste	Sim	84	29,68%
	Não	199	70,32%
Norte	Sim	18	11,46%
	Não	139	88,54%
Nordeste	Sim	99	22,05%
	Não	350	77,95%
Sudeste	Sim	703	30,29%
	Não	1.618	69,71%
Sul	Sim	332	38,52%
	Não	530	61,48%

Participação em atividades da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)

Brasil	Sim	418	10,27%
	Não	3.654	89,73%
Centro-Oeste	Sim	30	10,60%
	Não	253	89,40%
Norte	Sim	16	10,19%
	Não	141	89,81%
Nordeste	Sim	35	7,80%
	Não	414	92,20%
Sudeste	Sim	178	7,67%
	Não	2.143	92,33%
	Sim	159	18,45%



Sul	Não	703	81,55%
-----	-----	-----	--------

Participação em Cursos Presenciais

	Sim	3.219	79,05%
Brasil	Não	853	20,95%
	Sim	237	83,75%
Centro-Oeste	Não	46	16,25%
	Sim	119	75,80%
Norte	Não	38	24,20%
	Sim	369	82,18%
Nordeste	Não	80	17,82%
	Sim	1.802	77,64%
Sudeste	Não	519	22,36%
	Sim	692	80,28%
Sul	Não	170	19,72%

Participação em atividades de Troca de Experiências

	Sim	2.757	67,71%
Brasil	Não	1.315	32,29%
	Sim	193	68,20%
Centro-Oeste	Não	90	31,80%
	Sim	91	57,96%
Norte	Não	66	42,04%
	Sim	321	71,49%
Nordeste	Não	128	28,51%
	Sim	1.539	66,31%
Sudeste	Não	782	33,69%
	Sim	613	71,11%
Sul	Não	249	28,89%

Participação em atividades de Tutoria/Preceptoria



	Sim	914	22,45%
Brasil	Não	3.158	77,55%
	Sim	60	21,20%
Centro-Oeste	Não	223	78,80%
	Sim	26	16,56%
Norte	Não	131	83,44%
	Sim	119	26,50%
Nordeste	Não	330	73,50%
	Sim	557	24,00%
Sudeste	Não	1.764	76,00%
	Sim	152	17,63%
Sul	Não	710	82,37%
Participação em outras atividades de educação permanente			
	Sim	436	10,71%
Brasil	Não	3.636	89,29%
	Sim	14	4,95%
Centro-Oeste	Não	269	95,05%
	Sim	14	8,92%
Norte	Não	143	91,08%
	Sim	36	8,02%
Nordeste	Não	413	91,98%
	Sim	267	11,50%
Sudeste	Não	2.054	88,50%
	Sim	105	12,18%
Sul	Não	757	87,82%

Fonte: Dados do PMAQ, tratados pelos autores.

As respostas positivas ao acesso a recursos do Telessaúde foram abertas para a identificação de funcionalidades com maior utilização pelas equipes. A Tabela



2 sintetiza os resultados. Como se verifica, a teleconsultoria foi a funcionalidade mais utilizada, com 2.111 (51,8%) equipes no Brasil com resposta positiva, variando de 35% na Região Nordeste para 60,7% na Região Sul. A segunda opinião formativa foi acessada por 2.103 (51,6%) equipes no Brasil, com variação de 38,6% na Região Nordeste a 54,4% na Região Sul. O telediagnóstico foi informado por 1.453 (35,7%) equipes no País, variando de 30,29% na Região Nordeste a 38,8% na Região Sul. Outras funcionalidades do Telessaúde foram utilizadas por 854 (21%) equipes no País, com oscilação de 10,2% na Região Sul a 37,2% na Região Nordeste.

Tabela 2 – Funcionalidades de Telessaúde utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família. Brasil e Regiões, 2012.

REGIÕES	RESPOSTAS	Nº DE EQUIPES	PORCENTAGEM (%)
Uso do Telessaúde para segunda opinião formativa			
Brasil	Sim	2.103	51,65%
	Não	1.969	48,35%
Centro-Oeste	Sim	153	54,06%
	Não	130	45,94%
Norte	Sim	77	49,04%
	Não	80	50,96%
Nordeste	Sim	173	38,53%
	Não	276	61,47%
Sudeste	Sim	1.231	53,04%
	Não	1.090	46,96%
Sul	Sim	469	54,41%
	Não	393	45,59%
Uso do Telessaúde para Telediagnóstico			
Brasil	Sim	1.453	35,68%
	Não	2.619	64,32%
Centro-Oeste	Sim	87	30,74%



Norte	Não	196	69,26%
	Sim	58	36,94%
Nordeste	Não	99	63,06%
	Sim	136	30,29%
Sudeste	Não	313	69,71%
	Sim	838	36,11%
Sul	Não	1.483	63,89%
	Sim	334	38,75%
	Não	528	61,25%

Uso do Telessaúde para Teleconsultoria

Brasil	Sim	2.111	51,84%
	Não	1.961	48,16%
Centro-Oeste	Sim	132	46,64%
	Não	151	53,36%
Norte	Sim	57	36,31%
	Não	100	63,69%
Nordeste	Sim	157	34,97%
	Não	292	65,03%
Sudeste	Sim	1.242	53,51%
	Não	1.079	46,49%
Sul	Sim	523	60,67%
	Não	339	39,33%

Uso do Telessaúde para Outras Demandas

Brasil	Sim	854	20,97%
	Não	3.218	79,03%
Centro-Oeste	Sim	69	24,38%
	Não	214	75,62%
Norte	Sim	41	26,11%
	Não	116	73,89%

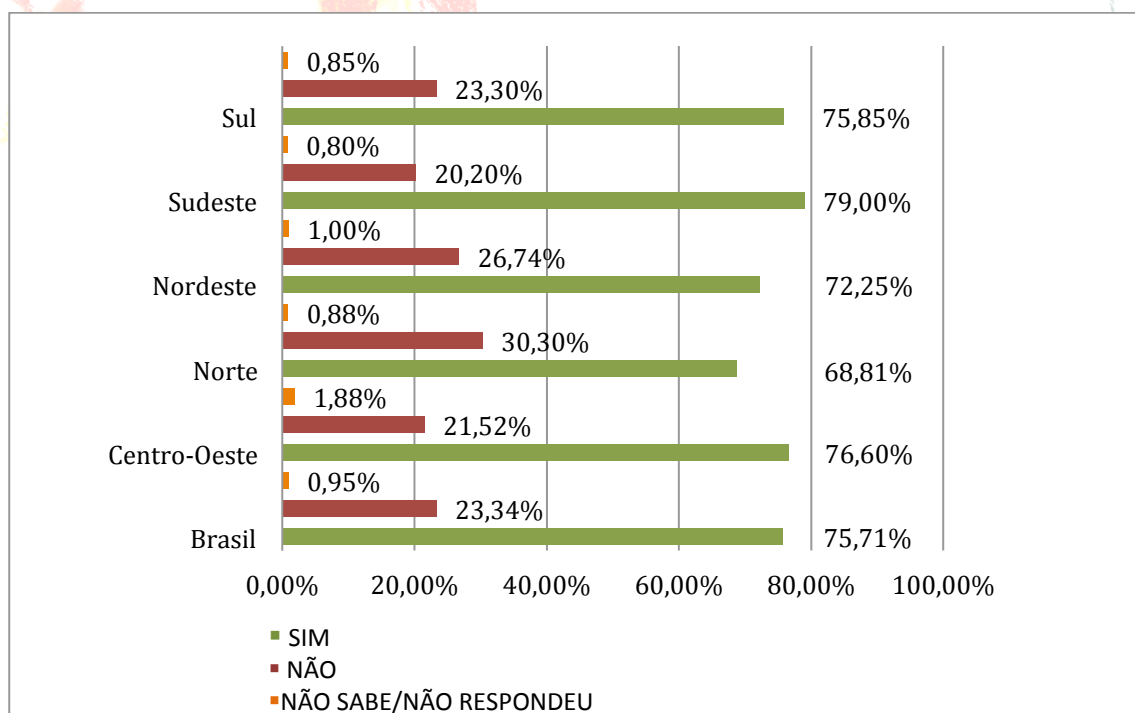


Nordeste	Sim	167	37,19%
	Não	282	62,81%
Sudeste	Sim	489	21,07%
	Não	1.832	78,93%
Sul	Sim	88	10,21%
	Não	774	89,79%

Fonte: Dados do PMAQ, tratados pelos autores.

Por fim, o instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ coletou a opinião das equipes sobre a capacidade das atividades de educação permanente em saúde utilizadas para suprir as demandas e necessidades das mesmas. O Gráfico 2 sintetiza as respostas obtidas no Brasil e nas regiões. No País como um todo, 75,7% das equipes que realizam essas atividades avaliam como suficiente o que foi utilizado no âmbito da educação permanente em saúde. As variações regionais extremas são as equipes da Região Norte, com 68,8% de respostas positivas, e a Região Sudeste, com 79% das respostas positivas.

Gráfico 2 – Satisfação das Equipes de Saúde da Família acerca das atividades de educação permanente em saúde desenvolvidas.



Fonte: Dados do PMAQ, tratados pelos autores.



Os dados apresentados sistematizam as questões relativas às atividades de educação permanente realizadas pelas equipes de Saúde da Família que participaram da avaliação externa do chamado primeiro ciclo do PMAQ, cujo trabalho de campo se realizou a partir do mês de março de 2012.

8.5 DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Os dados apresentados pelo PMAQ no que se refere à educação permanente em saúde mostram, inicialmente, que essa política do SUS se implementou de uma forma expressiva na atenção básica em oito anos de existência. Os estudos contemporâneos da ciência política alertam para a complexidade da etapa de implementação, no ciclo de uma política, pelo fato de que diferentes atores e interesses se põem em jogo também nessa etapa (MENICUCCI, 2006). De fato, no período de 2004, quando foi publicada, até o momento atual, um conjunto de discontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento, de reconhecimento e de expectativas se fazem verificar.

O PMAQ identificou em aproximadamente 14 mil equipes, (mais de 80% das participantes), a realização de alguma atividade educativa no ano anterior à pesquisa em campo. Esse indicador poderia ser problematizado em relação à compreensão mais fina da educação permanente e outros erros não amostrais, além de possíveis vieses no universo de equipes que aderiram em relação ao total de equipes existentes. Todavia, o dado encontrado é marcador significativo de uma abrangência e uma apropriação no território nacional dos princípios e do reconhecimento das dimensões da EPS. Também a avaliação positiva pelas equipes é sugestiva de que há associação entre educação permanente em saúde e atenção básica, operadora do cotidiano do SUS e do contato capilarizado com a população. Esse marcador de sentido aponta para a importância da continuidade e do incremento de ações no escopo de uma política nacional de educação permanente em saúde.



Também a incorporação das ofertas de apoio à formação pela Política Nacional de Atenção Básica colabora com o trabalho local e tem um resultado positivo importante, demonstrado pelos dados coletados pelo PMAQ. A participação em atividades de telessaúde, cursos presenciais, troca de experiências, atividades de educação à distância, tutoria/preceptorial, Rede RUTE e outras atividades têm frequência relevante no cenário brasileiro como um todo. Parte das variações regionais ainda pode ser explicada por questões de infraestrutura, como é o caso do acesso às tecnologias de informação e comunicação nas Regiões Norte e Nordeste, em particular, nos municípios com menor concentração populacional. Estudos posteriores, analisando os resultados ao nível dos municípios, permitirão detalhar essa explicação, mas esse cenário é sugestivo da necessidade de incremento nos esforços institucionais do Ministério, das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais da Saúde, bem como das instituições de ensino e demais setores das políticas públicas para expandir o acesso com qualidade às ofertas em Tecnologias de Informação e Comunicação.

A análise mais detalhada dos cursos presenciais e à distância que vêm sendo ofertados às equipes de atenção básica no País poderá agregar mais evidências à afirmação, mas a frequência com que estão presentes nas respostas obtidas pode ser sugestiva de que ainda esteja presente e forte uma certa concepção de educação como absorção de conhecimentos, conforme modelo e paradigma presente na história da saúde pública e da clínica como um todo. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 45), essas ofertas, comumente limitadas a produzir “mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde” costumam manter a “lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas”. Não há recursos para análise mais aprofundada do papel das equipes na identificação, a partir do cotidiano, da necessidade desses cursos que estão sendo utilizados, mas é razoável supor que, nas equipes onde a troca de experiências, rodas de conversa e outras dinâmicas de mobilização a partir do trabalho estejam em operação, mesmo recursos mais instrumentais façam parte da gestão da aprendizagem operada no coletivo. Estudos em maior profundidade, analisando essas ofertas, poderão esclarecer esses aspectos.



De toda forma, o desafio de implementar a Saúde da Família e a produção de redes como inovações nas práticas hegemônicas, requer a proposição de atividades educativas e formativas com uma potência de “atravessamento de fronteiras” (CECCIM; FERLA, 2008). Nunca é demais lembrar que Madel Luz (2014), no seu clássico estudo sobre as políticas de saúde no Brasil, constituiu a expressão “instituições médicas” para designar uma continuidade de discurso e um modelo de práticas que atravessava as entidades profissionais e se reproduzia nas instâncias de formulação e gestão de políticas, tendo a formação profissional como um dispositivo forte de produção de identidades.

Por outro lado, o apoio ao trabalho das equipes com recursos do telessaúde permite identificar mais fortemente o matriciamento com o trabalho das mesmas, por meio das funcionalidades mais acessadas, como a segunda opinião, o telediagnóstico e a teleconsultoria. É provável que a ampliação de ofertas, com mais capacidade de diálogo com outros núcleos profissionais das equipes da atenção básica, amplie a abrangência e a influência desse recurso no trabalho local.

Vale ainda destacar que o PMAQ propõe que a educação permanente seja vista como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças na micropolítica do cotidiano dos serviços. Sugere que o saber e o fazer em educação permanente sejam encarnados na prática concreta dos serviços, pois a mudança do modelo de atenção imporia a necessidade de mudanças no processo de trabalho em saúde, que exigiria de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que pudessem contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras (BRASIL, 2011j; PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

Contudo, se a educação permanente aparece nesse lugar estratégico do PMAQ, visto em sua dimensão de estratégia da política nacional de atenção básica (PNAB) de mobilização de atores locais para a qualificação da atenção básica, essa riqueza não é acompanhada pelos instrumentos de avaliação externa (BRASIL, 2011i). O PMAQ, em sua dimensão de avaliação de padrões de qualidade e da implantação de diversos programas caros à PNAB, prioriza, na avaliação externa, no que diz respeito à educação permanente, apenas algumas ofertas, mais estruturadas, objetivas e passíveis de verificação, que o próprio Ministério da Saúde



faz aos municípios e equipes. Daí, a série de padrões que buscam verificar o grau de implantação e de uso de uma estratégia como o Telessaúde.

Isso mostra claro limite do PMAQ em acompanhar e ‘verificar’ o quanto o ‘saber’ e diversos ‘fazeres’ da educação permanente estão encarnados nas práticas cotidianas das equipes. Contudo, é interessante notar que outros padrões não diretamente relacionados à educação permanente parecem mostrar com contundência o quanto ela foi uma prática desenvolvida nos territórios para alimentar o processo de mobilização para a mudança que o programa buscou todo o tempo provocar.

O PMAQ, em seu documento base, propõe uma articulação entre os processos de EPS e as estratégias de apoio institucional. Sugere que a EPS seja um modo de agir do apoio para fortalecer as equipes no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, na superação dos padrões que as equipes, no contexto do programa, elencaram como objeto de problematização e mudança a partir de sua situação e demanda concreta (BRASIL, 2011j).

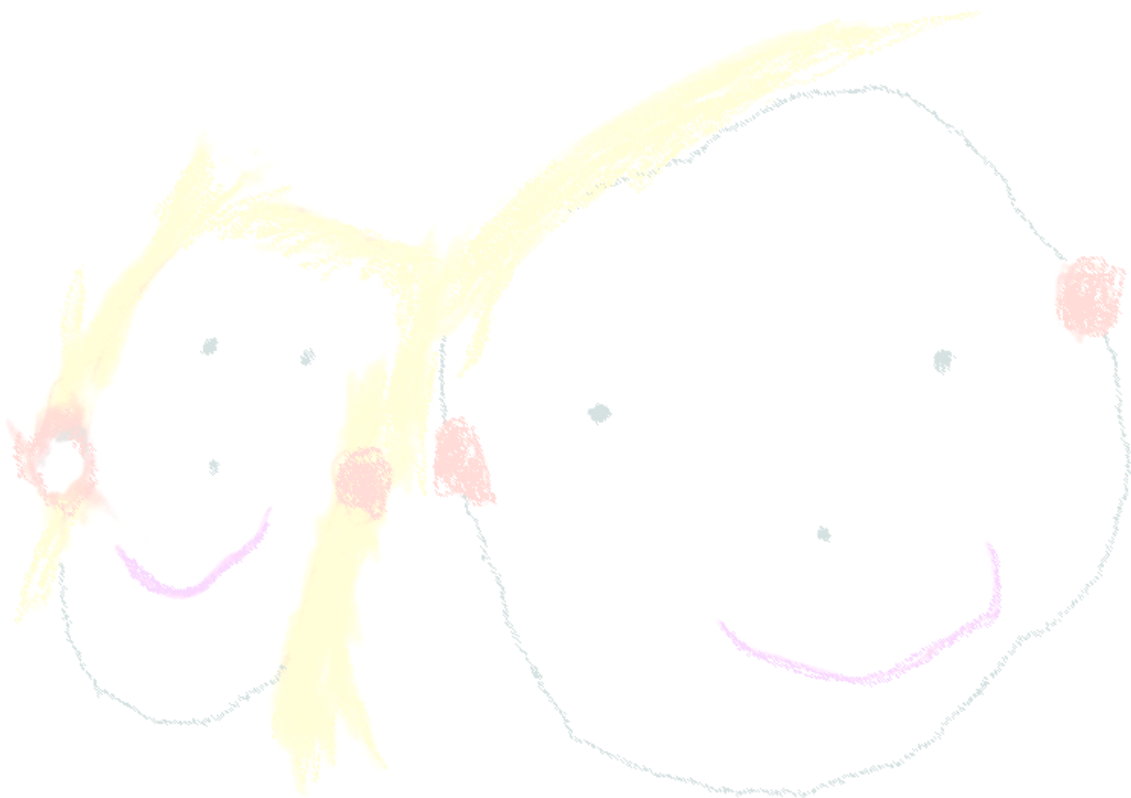
Segundo Pinto, Ferla e Sousa (2014), nos resultados da avaliação externa, 77,9% das equipes refeririam receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde. Dessas, 76% avaliaram como muito boa ou boa a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas. Os autores sugerem que ocorreu uma prática de educação permanente, associada ao apoio institucional, muito mais próxima da concepção defendida neste capítulo do que aquelas que, com questões genéricas e inespecíficas, o PMAQ permitiu identificar.

Por isso tudo, entendemos que outros estudos devem ser utilizados para aprofundar esta questão, até mesmo porque existem questões abertas sobre necessidades e práticas desenvolvidas de educação permanente tanto no chamado módulo online do programa, aplicado aos gestores, quanto em questões dirigidas aos trabalhadores pelos avaliadores do programa. Tratando estes dados teríamos informações sobre ofertas mais singulares e moleculares de práticas de educação permanente e da avaliação que os profissionais fazem delas.

Finalizando, é preciso registrar a importância de que as informações coletadas, analisadas e sistematizadas tenham utilidade para as equipes. O esforço



de análise do PMAQ sobre as questões de educação permanente em saúde e atenção básica, sem dúvida, pode ser uma contribuição para a busca de maior potencial de transformação, não apenas a colocação em agenda de uma tal questão para o programa ou a identificação do cenário atual.



9 ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO ORDENADORA DA REDE E COORDENADORA DO CUIDADO: AINDA UMA UTOPIA?¹⁰

9.1 INTRODUÇÃO

A partir de 2011, em um processo de aprofundamento e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o MS realizou uma série de medidas que, pode-se afirmar, reposicionaram o papel e a importância da AB no conjunto das políticas do Governo Federal.

Duas importantes evidências disso podem ser percebidas no aumento expressivo do financiamento federal da AB repassado aos municípios (mais de 100%, de 2010 a 2014) e no inédito investimento na ampliação e na qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o lançamento, em 2011, do Requalifica UBS (PINTO; MAGALHÃES JR.; KOERNER, no prelo).

A criação, também em 2011, do PMAQ (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) e a formulação e regulamentação legal, em 2013, do Programa Mais Médicos (PINTO *et. al.*, neste número), mobilizaram os mais variados recursos para enfrentar os nós críticos que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da AB no País (PINTO; SOUSA; FERLA, neste número).

Por fim, uma série de atos normativos, tanto da Presidência quanto do MS, afirmaram o papel e o lugar da AB no conjunto das redes de saúde e no SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabeleceu que a AB deva ser um elemento essencial e indispensável da região de saúde. Definiu ainda a AB como 'porta de entrada' do sistema e ordenadora do acesso 'universal e igualitário' às ações e aos serviços de saúde da rede. O conjunto das portarias que instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), posteriores ao decreto, reconheceram este papel da AB, de porta de entrada e de primeiro contato preferencial do sistema (PINTO; SOUSA;

¹⁰ Artigo entregue e aceito para publicação pela Revista Saúde em Debate. Escrito em coautoria com Helvécio Miranda Magalhães Junior, Médico, especialista em epidemiologia, doutor em saúde coletiva, Secretário de Atenção à Saúde do MS.



FLORÊNCIO, 2012).

A nova PNAB (BRASIL, 2011h), pactuada e publicada em 2011, define a AB como um conjunto de ações de saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que melhore a situação de saúde das pessoas, amplie a autonomia dos usuários e enfrente os determinantes de saúde das coletividades. Deve articular práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais deve assumir a responsabilidade sanitária e utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas, que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Prevê que seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, e reafirma os princípios e atributos de 'contato preferencial dos usuários', principal 'porta de entrada' e 'centro de comunicação' da RAS. Aponta ainda que, para efetivar a integralidade, deve realizar 'gestão do cuidado' do usuário 'coordenando o cuidado' do mesmo no conjunto da RAS, mesmo quando ele necessita ser cuidado em outros Pontos de Atenção (PPAA).

Ante todas essas questões, cabe formular as seguintes perguntas: O que significa ser a AB ordenadora da rede e coordenadora do cuidado? O quanto a AB, na realidade, cumpre ou não este papel? Que políticas públicas nacionais foram desenvolvidas para fazê-la avançar nessa direção? Problematizaremos estas questões neste capítulo.

9.2 O QUE É ORDENAR A REDE E COORDENAR O CUIDADO? ISSO É UM PAPEL DA AB?

Chueiri (2013) entendeu que a ordenação do cuidado a partir da AB pressupõe que o planejamento dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado e organizado levando-se em conta as necessidades de saúde da população, que, por sua vez, têm na AB seu local privilegiado de identificação. Na AB, além do conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e socioambiental da população, a identificação das necessidades seria realizada através da análise da demanda, do conhecimento do território, da comunidade, do vínculo e da relação



longitudinal com a população.

A coordenação do cuidado é para Chueiri, ao considerar os conceitos de Starfield (2002), McDonald (2010) e da PNAB (BRASIL, 2011h), uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa, com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede, com o objetivo de garantir que o usuário receba o cuidado que necessita. Englobaria assim, parte dos conceitos de acesso e integralidade.

Hartz e Contandriopoulos (2004) formulam conceito semelhante entendendo que se trata da coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), em sua proposta de reorganização dos sistemas nacionais de saúde, é a AB que deve ser pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, pela posição de centralidade que deve ter na constituição das redes de cuidado. Posição reforçada por Starfield (2002), para quem cabe à AB coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde.

Críticos a isso, Cecílio *et al.* (2012) entendem que, apesar de todos os esforços, parece nunca se ter plenamente alcançado a promessa colocada na AB, de funcionar como porta de entrada preferencial para o conjunto dos serviços de saúde. Segundo os estudos do grupo, há uma importante distância entre a idealidade dos modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado.

Já Almeida *et al.* (2010) formulam um conceito que parte da compreensão de que a coordenação do cuidado seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. Porém, reafirmam a importância da adoção de políticas que ampliem progressivamente o papel da AB nesse atributo. Para elas, a coordenação entre níveis assistenciais seria a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção, de forma que, independentemente do local



onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Os conceitos mencionados acima não diferem significativamente entre si, contudo, há uma polêmica sobre se a AB deve e consegue, ou não, ser a ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Entendemos que a AB deva ser a porta de entrada preferencial do sistema, mas não exclusiva, conforme normatiza o próprio Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Para nós, o sistema deve ser ordenado em função das necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população de um território determinado e a AB tem papel destacado na identificação, no manejo e na transformação destas necessidades. E, com Almeida *et al.* (2010), compartilhamos a ideia de que a coordenação do cuidado deve ser um atributo do sistema, tendo a AB papel importante na garantia desse atributo, mas também não exclusivo. Todos os serviços têm que buscar a integralidade e contribuir para que o usuário tenha seu cuidado coordenado de forma sistêmica. Há ainda uma maior responsabilidade naquele serviço que realiza cuidado prolongado, seja UBS, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), maternidade, equipe de Atenção Domiciliar, ambulatório de reumatologia, enfermaria de oncologia etc.

9.3 QUE ELEMENTOS PODEM NOS AJUDAR A ANALISAR O GRAU EM QUE A AB ORDENA A REDE E COORDENA O CUIDADO?

Buscaremos, no presente capítulo, analisar em que grau a AB consegue ordenar a RAS e coordenar o cuidado, e identificaremos ações da Política Nacional de Saúde (PNS) que tentam fazer com que a AB avance nesta direção. Partindo dos conceitos trabalhados na seção anterior, identificamos nos resultados da avaliação do primeiro ciclo do PMAQ evidências de como e quanto a AB cumpre os atributos de ordenação e coordenação.

Para Pinto, Souza e Ferla (neste número), o PMAQ é um amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – que objetiva a promoção de mudanças no processo de trabalho, com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a um processo de autoavaliação e avaliação em várias dimensões, vinculadas ao repasse de recursos em função do desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos



avaliados. Para esses autores, o programa sugere e valora diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e prioridades definidas por cada coletivo local. Cumpre ainda o papel de avaliar o grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e pela PNS.

Conforme Pinto, Souza e Florêncio (2012), o primeiro ciclo do PMAQ, que compreendeu o biênio 2011-2012, teve a participação e a avaliação de 17.202 EAB (cerca de 53% das existentes no período), de aproximadamente 71% dos municípios do País. Foram entrevistados cerca de 65 mil usuários no processo de avaliação realizado por equipes de avaliadores ligados a mais de 40 universidades públicas e à FIOCRUZ e suas unidades descentralizadas. Com efeito, trabalhar os resultados da avaliação do PMAQ talvez seja o melhor modo disponível de compor um quadro transversal de 53% das EAB do País que aponte o grau em que as mesmas buscam ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado. Assim, este capítulo trabalhará com dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ no seu primeiro ciclo, cujo trabalho de campo foi realizado em 2012.

Com relação à amplitude do conceito de ordenação que consideraremos para a identificação de dados no PMAQ, tomaremos a dimensão da ordenação do acesso à RAS, conforme o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que enfatiza a dimensão relacionada ao acesso às UBS e delas, a outros serviços da RAS, dimensão melhor avaliada no programa.

Utilizaremos também o relatório da *Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS: Atenção Básica e Urgência/Emergência* (BRASIL, 2012c), realizada pelo MS na segunda metade de 2011, que ouviu 28.449 cidadãos e avaliou acesso, uso e satisfação dos usuários com os serviços ofertados nas UBS e nas urgências e emergências.

No que diz respeito à coordenação do cuidado, buscamos, na avaliação do PMAQ, elementos relacionados direta ou indiretamente com esse atributo, em especial nas seções denominadas 'Equipe de Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde' e 'Integração da Rede de Atenção à Saúde: Ordenamento e Definição de Fluxos' (BRASIL, 2011I). É nestas seções que o programa busca, ao mesmo tempo, afirmar a importância, induzir que as EAB avancem nessa direção e avaliar como estavam e o quanto avançaram.



Além disso, identificamos na PNS estratégias que buscam fortalecer a AB na perspectiva dos atributos estudados neste capítulo. Para isso, levamos em conta a sistematização de Almeida *et al.* (2010), identificando estratégias utilizadas pelos processos de reforma para potencializar a capacidade dos sistemas de saúde, de melhorar a coordenação entre níveis assistenciais. Almeida *et al.* (2010) destacaram a organização dos fluxos para Atenção Especializada (AE), hospitalar e de urgência/emergência; o estudo sistemático dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da AB; o desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica, como protocolos, inclusive, de acesso à AE; o monitoramento das filas de espera para AE; a garantia de acesso e utilização dos serviços de apoio à diagnose e à terapia e consultas especializadas; a integração de instrumentos de comunicação e referência entre os serviços de saúde; a estrutura e organização do sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados da rede de serviços; e o grau de tomada de decisão na AB e mobilização de decisão compartilhada de recursos a partir dela.

É com base nessas contribuições que vamos identificar ações do MS, após publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e da PNAB, que apontam para ações que enfrentam os problemas e avançam para o fortalecimento da AB nos atributos considerados.

Por fim, utilizaremos também o resultado do questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes entre o primeiro e o segundo ciclo do PMAQ. Respondido por gestores de 2.336 municípios (59% do total de participantes do primeiro ciclo), traz a percepção dos mesmos sobre o que avançou em suas UBS, comparando com o período imediatamente anterior à adesão (SOUZA, 2013).

9.4 O QUANTO A AB CUMPRE OU NÃO OS PAPÉIS DE ORDENAÇÃO E COORDENAÇÃO E QUE ESTRATÉGIAS O MS VEM DESENVOLVENDO PARA FORTALECÊ-LA NESTA DIREÇÃO?

9.4.1 Porta de entrada preferencial da RAS?

Sob o ponto de vista da rede de serviços de AB disponível no País, há



condições desta mesma AB ser, de fato, a 'porta de entrada' da RAS: o PMAQ mostrou que o Brasil tinha quase 40 mil UBS em 2012 (SOUSA, 2013), distribuídas em todos os municípios do País. Mas o serviço mais capilarizado do SUS está geograficamente acessível aos usuários? A pesquisa com os usuários (BRASIL, 2012c) mostrou que sim, quando 87% deles responderam que demoravam até 30 minutos para chegar à UBS mais próxima e apenas 4% gastavam mais de uma hora.

Mas os usuários que buscam, conseguem realmente usar o serviço? A mesma pesquisa mostrou que 85% dos entrevistados foram atendidos, ao menos uma vez nos últimos 12 meses, em uma UBS, enquanto que nos serviços de urgência este número foi de 40%. Outro achado importante da pesquisa se refere ao tempo de espera para ser atendido na UBS após ser escutado e identificar a necessidade da consulta: 51% dos usuários foram atendidos no mesmo dia; para 19%, esse tempo foi de até 1 semana; para outros 15%, entre 1 semana e 1 mês; e, por fim, 13% só conseguiram ser atendidos após 1 mês.

É difícil analisar estes números, tanto pela falta de padrão e linha de base nacional para o tema quanto pelo fato de cada tempo de espera ter que ser avaliado em função de urgência, risco e oportunidade de atendimento da necessidade de saúde que motivou a procura pela consulta. Contudo, podemos fazer três afirmações: o significativo número de consultas no mesmo dia sugere uma UBS com porta aberta e capacidade de ofertar atendimento conforme a necessidade aguda do usuário; por outro lado, mais de 30 dias é um tempo excessivo para se aguardar uma consulta em uma AB que pretende ser porta de entrada preferencial; contudo, é um indicador razoável o fato de que 85% dos usuários tenham conseguido ser atendidos antes desse tempo.

É possível identificar duas ações do MS que impactam nos aspectos tratados até o momento. O Requalifica UBS, criado em 2011, que garantiu recursos para a ampliação da rede de UBS com a construção de 10 mil novas unidades e a ampliação da área física de outras 9 mil (PINTO; MIRANDA JR.; KOELNER, no prelo). O Brasil já tinha uma UBS para cada cinco mil pessoas, e com o programa poderá chegar a uma para cada quatro mil. Outra ação é a implantação do acolhimento (BRASIL, 2011d), que objetiva qualificar o acesso, considerando critérios de risco e vulnerabilidade na definição do tempo e do modo de se atender o



usuário. São ações normativas, como a PNAB (BRASIL, 2011h), passando pela oferta de apoio técnico e institucional à implantação, até o fato de a implantação do acolhimento ser um dos padrões induzidos, avaliados e valorizados pelo PMAQ.

Pinto, Souza e Ferla (neste número) mostraram que o incremento da implantação do acolhimento é um dos mais perceptíveis efeitos do PMAQ: 80% das EAB afirmam ter implantado o acolhimento e 88% dos gestores relataram grande ou moderada redução nos tempos de espera nas UBS das EAB participantes do PMAQ, percentual próximo aos que apontaram ampliação forte ou moderada da quantidade de pessoas atendidas.

Sabemos que um fator fundamental para a legitimidade dos serviços de saúde é sua capacidade de atender de modo oportuno a demanda de um usuário, em especial, acolher os sofrimentos agudos dos usuários que buscam o serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Assim, a implantação do acolhimento, tanto por qualificar o acesso quanto por ampliar a legitimidade da UBS, faz a AB avançar na perspectiva de ser a porta de entrada preferencial da RAS.

9.4.2 A AB coordena o cuidado dos usuários atendidos nas UBS?

O PMAQ buscou analisar tanto a coordenação do cuidado daqueles usuários cujo cuidado é desenvolvido na própria UBS quanto os que precisam, em algum momento, de ações desenvolvidas em outros serviços da RAS. Percebemos que o programa usou como analisador tanto elementos verificáveis da organização do atendimento de usuários que precisavam de cuidado continuado – fossem gestantes, crianças com menos de 2 anos de idade ou pessoas com doenças crônicas – quanto entrevistas com usuários que se encaixavam nessas condições (BRASIL, 2011i).

Identificar, na análise do cuidado aos usuários com problemas crônicos, potências e deficiências na coordenação do cuidado e na ordenação do acesso à rede é uma percepção e opção metodológica presente também, de modos diferentes, nos estudos tanto de Giovanella (2011) quanto de Cecílio *et al.* (2012). Para Giovanella, os agravos crônicos têm prevalência crescente e são pouco responsivos à atenção médica contemporânea, caracterizada como fragmentada,



excessivamente especializada e organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico. Para responder melhor aos agravos crônicos, é necessário que os serviços de saúde sejam mais integrados e coordenem melhor o cuidado. Para Giovanella, é justamente nesta tentativa que, em todo o mundo, têm se desenvolvido estratégias de coordenação do cuidado e de regulação do acesso aos demais PPAA da RAS. Já Cecílio *et al.* (2012) optaram metodologicamente por entrevistar e reconstruir as trajetórias de cuidado de usuários 'grandes utilizadores' dos serviços de saúde, o que recaiu, na maioria das vezes, em usuários com condições crônicas.

O PMAQ interrogou em que medida as EAB conheciam, acompanhavam, estratificavam risco e programavam suas ações para os usuários e grupos que precisam de cuidado continuado. Identificou-se que 61% das EAB tinham registro das gestantes de alto risco no território e 77% programavam as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em função da estratificação de risco dos usuários, mas só 48% mostraram ter registro das pessoas com HAS com maior risco e gravidade. Esses números se mostraram semelhantes para as pessoas com *diabetes mellitus* (DM), sendo, respectivamente, 77% e 52%. Quando foram interrogados se já saíam da consulta com a próxima marcada, 58% dos usuários com HAS e 55% dos com DM responderam negativamente.

O acompanhamento desses usuários piora quando é necessário realizar ações em outros PPAA. Apenas 38% das EAB disseram, e conseguiram comprovar, que mantêm registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros PPAA. Tratando-se de um grupo mais clássico de programação e mais 'protocolável', como é o caso da prevenção, controle e tratamento do câncer de colo, 77% das EAB conseguiram mostrar que possuem registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e 62% mostraram que realizavam o seguimento dessas usuárias após a realização do tratamento em outro PPAA.

Os resultados mostram que há clara deficiência na coordenação do cuidado e também na gestão clínica de casos que necessitam de cuidado continuado. Embora essas ações sejam, há muito tempo, pauta dos processos formativos e também de protocolos, o que percebemos é que há uma diferença importante entre 'o que deveria ser' e 'o como ocorre de fato'.

Há, no MS, uma aposta na organização do cuidado às doenças crônicas não



só pela prevalência e pela importância, mas por ela demandar outro tipo de cuidado com mais vínculo, mais investimento na autonomia do usuário, com maior fortalecimento da dimensão pedagógica, maiores níveis de integralidade e maior coordenação do cuidado e articulação entre os serviços – um potencial importante para integrar a AB à AE sob uma nova perspectiva (MAGALHÃES JR *et al.*, 2013). Portanto, uma atenção que interroga a prática de cuidado e exige mais da clínica, da organização da atenção e gestão do cuidado, aconteça ela na AB ou num serviço da AE.

O PMAQ já é uma iniciativa que busca avançar nessas dimensões, mas, além dos padrões que ele induz à implantação, existe uma série de iniciativas que envolvem desde estratégias de comunicação entre profissionais de diferentes PPAA, passando pela educação permanente dos profissionais, até a implantação de novos dispositivos de regulação do acesso. Veremos isso nas próximas seções.

9.4.3 A capacidade da AB de ordenar o acesso à RAS

Utilizando o PMAQ para avaliar como têm acontecido, nos serviços de AB, algumas das estratégias pró-coordenação do cuidado sistematizadas por Almeida *et al.* (2010), identificamos que apenas 56% das EAB possuíam documentos que normatizavam referências e fluxos entre AB e AE para os atendimentos de usuários. Buscando induzir a prática de orientação dos encaminhamentos com base na pactuação de fluxos e critérios entre serviços da RAS, o PMAQ identificou que apenas 43% das EAB possuíam documento cujo objeto era a orientação sobre a priorização de casos a serem encaminhados. Perguntadas se coordenavam a fila de espera e acompanhavam os usuários com HAS e DM que necessitavam de consultas e exames na AE, o pequeno número de 28% e 21% das EAB, respectivamente, respondeu positivamente à questão e conseguiu demonstrar isso aos avaliadores.

Nas entrevistas do PMAQ realizadas com os usuários, encontramos que 69% dos entrevistados que precisaram acessar outros serviços disseram que a UBS ‘sempre’ consegue marcar a consulta necessária com outros profissionais ou especialistas; outros 19% responderam que ‘algumas vezes’; e apenas 13%, que ‘nunca’. Perguntados, em sequência, sobre o modo de obter esse acesso, 14% dos



usuários disseram ter saído da UBS com a consulta já agendada; para outros 49%, a consulta foi marcada pela UBS e eles foram informados disso posteriormente; e para 37%, a consulta teve que ser marcada pelo próprio usuário em outro serviço, em uma central ou de outro modo.

Os dados mostram importante acesso a ações de diagnóstico e tratamento na AE dos usuários com problemas que exigem cuidado continuado. Contudo, o modo como acontece este acesso e a insuficiência de construções normativas que orientem o acesso e o trânsito dos usuários na rede, parecem revelar uma AB que, na maior parte dos casos, não está organizada para ordenar o acesso aos demais PPAA da RAS.

A implantação desses dispositivos é mais do que a formulação ou implantação de documentos e procedimentos técnicos, que poderiam ser adaptados de outros municípios. Exige a construção e a pactuação real de fluxos, critérios e normas de comunicação, acesso e cuidado entre serviços e profissionais (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003). Além disso, para que a ordenação do cuidado seja feita a partir da AB, é necessário empoderar os profissionais e gerentes das unidades básicas de saúde para que possam tomar decisões que resultem na garantia de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis em outros pontos de atenção da rede (ALMEIDA *et al.*, 2010). Esses e outros achados apresentados à frente, a princípio, mostram que tal empoderamento é minoritário. Por hora, assim como observaram Cecílio *et al.* (2012), parece que predomina a opção de depositar em outro local do sistema, que não a AB, a decisão de 'como' e 'quem' segue a linha do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2002).

9.4.4 Coordenação do cuidado, comunicação e troca de saberes na RAS

Chueiri (2012) defendeu que, além de fluxos organizados, é necessário acesso à informação e diálogo entre profissionais e serviços para dar condições às EAB de se responsabilizarem pelo cuidado do usuário no seu caminhar pela RAS. Também Almeida *et al.* (2010) destacaram que diversos estudos mostram que as condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para a organização e gestão do cuidado. Para elas, o investimento em Tecnologias de



Informação e Comunicação (TIC), como a informatização dos prontuários e outras medidas que garantam a continuidade informacional, são iniciativas pró-coordenação importantes em diversas experiências. Apontam que o desafio parece ser integrar esse investimento à AE e aos demais prestadores, tanto privados como de outras esferas de governo.

Considerando essas contribuições e compreendendo a importância de se combinar estratégias e dispositivos para avançar nos atributos debatidos neste capítulo, selecionamos mais uma vez nos resultados do PMAQ elementos que mostram como está a AB hoje, segundo esta perspectiva. Os dados da avaliação mostram uma AB pouquíssimo informatizada – apenas 14% das EAB mostraram ter prontuário eletrônico. De outro lado, dos locais informatizados, 79% estavam integrados a outros serviços da RAS, o que possibilita troca de informações entre profissionais e serviços, úteis à coordenação do cuidado.

A pouca informatização se reflete na falta de informação, por exemplo, sobre usuários de maior risco encaminhados para outros PPAA. Apenas 38% das EAB mostraram manter registro desses usuários, o que reforça que, uma vez que o usuário foi encaminhado à AE, tem-se dificuldade de coordenar o cuidado do mesmo e até de acompanhar a situação deste usuário para saber se conseguiu realizar a consulta, procedimento ou tratamento necessário.

Contudo, sabemos que mesmo sem prontuário eletrônico e sem registro sistemático, podemos ter situações em que este cuidado é coordenado, ou ao menos acompanhado, através de múltiplas formas de diálogo entre os profissionais de diferentes serviços. Nesta linha, o PMAQ também perguntou sobre a frequência do contato que os profissionais da AB mantinham com os da AE para troca de informações relacionadas ao cuidado. Apenas 15% disseram que faziam isso 'sempre'. Outros 52% responderam 'algumas vezes' e expressivos 33% responderam 'nunca'. Quando a pergunta a esse mesmo profissional foi invertida, ou seja, qual a frequência que os profissionais da AE comunicavam com eles, os números pioraram: o 'sempre' caiu para apenas 6%; 'algumas vezes' chegou a 42%; e 'nunca' atingiu expressivos 52%. Os três modos mais frequentes que foram relatados através dos quais esta comunicação era realizada foram: o instrumento de referência e contrarreferência (em 83% das EAB), a discussão de casos (35%) e a realização de reuniões técnicas com especialistas da rede (26%).



Assim, se antes vimos a insuficiência de bases normativas para que a coordenação e a troca acontecessem, agora identificamos também a insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre os profissionais dos diferentes PPAA para que se efetivem lógicas de coordenação do cuidado, ou ainda, cuidado compartilhado ou, pelo menos, acompanhamento do cuidado.

Os dados do PMAQ mostram que os usuários também percebem a insuficiente continuidade das informações. Mesmo quando atendidos na mesma UBS, 32% disseram que os profissionais nunca lembram os acontecimentos da última consulta. Por outro lado, 48% disseram que 'sempre' lembram e outros 16%, que lembram só 'às vezes'. Quando se perguntou aos usuários se quando foram atendidos por outros profissionais fora da sua UBS, sua EAB conversou com eles sobre o atendimento, 47% disseram que não; 13% disseram que só algumas vezes; e 40% responderam que todas as vezes.

O PMAQ focou ainda nos casos mais complexos, tentando revelar os modos como os profissionais de diferentes serviços dialogam, trocam saberes, compartilham decisões, buscando a qualificação da atenção e a coordenação do cuidado. Assim, quando perguntou se, para resolver os casos mais complexos, os profissionais da AB recebiam apoio de outros profissionais, 89% das EAB responderam que sim. Quando interrogados sobre quem realizava esse apoio, 64% das EAB disseram que o recebiam de profissionais dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional prevista na PNAB cuja função é realizar apoio matricial às EAB através de discussão de casos, realização de interconsulta, cuidado compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos e realização de atividades de educação permanente, e apoio à organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014f). Dentre as EAB, 48% apontaram que já haviam recebido apoio dos CAPS, o terceiro mais citado. Mas, a maioria (76%), afirmou ter recebido apoio de especialistas da rede, estivessem eles na própria UBS, em outra, ou em serviços especializados ou só com esta atribuição designada pela gestão.

O PMAQ buscou saber também quais eram os profissionais desses serviços que apoiavam as EAB. Dentre os profissionais do NASF, se destacaram: psicólogo (54% das EAB referiram ser apoiadas por eles), fisioterapeuta e nutricionistas (ambos com 50%) e assistente social (42%). No CAPS, o destaque foi para: psicólogo (20% das EAB), psiquiatra (19%) e assistente social (16%). Por fim, entre



os especialistas da RAS, chama a atenção o apoio do: ginecologista (62% das EAB), pediatra (54%), fisioterapeuta (50%), psicólogo e assistente social (ambos citados por 49% das EAB).

Nos casos do NASF e do CAPS, podemos imaginar que parte significativa destes profissionais realiza o apoio matricial previsto como diretriz destes serviços (BRASIL, 2014f). Já no caso dos especialistas da rede, seria necessário um aprofundamento sobre o quanto desse 'apoio' ocorre nos moldes do apoio matricial e o quanto se deve ao simples apoio para atender usuários encaminhados ou mesmo à discussão de alguma conduta. Fato é que a AB se mostrou muito mais multiprofissional e com presença bem maior de médicos das especialidades básicas do que um olhar apenas sobre as equipes de saúde da família faria crer.

Com o intuito de identificar ações da PNS que buscam enfrentar essas dificuldades, em primeiro lugar, é perceptível o esforço do MS para a informatização das UBS (BRASIL, 2011i) e na implantação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2013b). A partir de 2011, foram disponibilizados recursos, fundo a fundo, para investimento na informatização. Em 2013, foi disponibilizado, gratuitamente, um prontuário eletrônico público, o eSUS AB. E em 2014, está prevista a ligação de 14 mil UBS, com banda larga, custeada pelo MS (SOUSA, 2013). Essas ações, além de facilitarem a educação permanente, a pesquisa e a comunicação com outros profissionais e serviços da RAS, buscarão viabilizar o uso do eSUS, que foi desenvolvido com uma série de funcionalidades dirigidas justamente à gestão do cuidado, do cuidado compartilhado, da coordenação do cuidado e até da microrregulação, a partir da AB (SOUSA, 2013).

Outra estratégia que mobiliza esforços importantes do MS, por todo o papel esperado apontado acima na qualificação do cuidado e na educação permanente e no diálogo dos profissionais, é a indução à implantação dos NASF. Além do reforço à implantação, da ampliação do escopo e do aumento do custeio – que fez com que se saísse de aproximadamente 1,7 mil NASF, em dezembro de 2010, para mais de 3 mil, três anos depois (PINTO; MAGALHÃES JR.; KOELNER, no prelo) –, foi realizado importante investimento na orientação técnica e na oferta de cursos de formação para os profissionais do NASF.

Além disso, o MS vem estimulando e expandido também o Telessaúde como estratégia importante para o desenvolvimento de ações de apoio matricial,



formação e educação permanente, apoio clínico e a teleconsultoria, propriamente dita, visando à melhoria da qualidade do atendimento, à ampliação da resolubilidade e do escopo de ações ofertadas pelas EAB, e à mudança das práticas de atenção e organização do processo de trabalho (BRASIL, 2011i). Aposta em uma estratégia que busca dar mais porosidade à relação da AB e da AE, circulando saberes em vez de usuários, de modo que se favoreça o aprendizado, amplie a resolubilidade, desenvolva o cuidado compartilhado mediado por TIC e evite cada vez mais encaminhamentos à AE.

Os resultados dessa estratégia já são perceptíveis. Pinto *et al.* (neste número), trabalhando os dados do PMAQ relacionados à educação permanente (EP), identificaram que 29% das EAB que responderam realizar ou participar de alguma atividade de EP, disseram usar o Telessaúde. Foi a atividade de EP mais citada pelas EAB e com uma avaliação muito positiva dos resultados.

9.5 CONCLUSÃO

Os dados trabalhados neste capítulo nos mostram uma AB, em 2012, com UBS distribuídas em todo o território nacional, conhecidas pelas pessoas, perto de suas casas e que são, de fato, as portas de entrada mais acessadas dentre os serviços do SUS. Há uma facilitação crescente do acesso ao serviço e seus tempos de espera, já razoáveis, apresentam redução, tanto pelo grande investimento na ampliação da oferta quanto pela indução da implantação de dispositivos organizacionais de qualificação do acesso, como o acolhimento. Portanto, as estratégias em desenvolvimento reforçam ainda mais o papel da AB como porta de entrada preferencial do SUS.

Outro fator importante para que um usuário busque uma UBS é justamente a expectativa de que seu problema seja resolvido na própria, ou que a mesma possa ajudá-lo a acessar o serviço que supostamente resolveria seu problema, portanto, ela deve ser também resolutiva e porta de entrada para outros serviços do sistema. A pesquisa realizada com os usuários (BRASIL, 2012b) mostrou que 60% dos que foram atendidos na UBS consideraram que sua demanda foi resolvida. Outros 25%, que ela foi resolvida parcialmente e, para apenas 14%, ela não foi resolvida.



Expressivos 74% dos usuários recomendariam a UBS em que são atendidos para um familiar ou amigo, sendo que 38% avaliam o serviço como bom e muito bom; 35% como regular; e 28% como ruim ou muito ruim. Essa avaliação positiva da UBS se repete também nas entrevistas do PMAQ quanto à aprovação do serviço, que ultrapassa 80% entre os usuários.

Entretanto, isso não pode esconder problemas importantes, que precisam ser enfrentados para que a AB avance mais nos atributos discutidos neste capítulo. Há, ainda, um escopo de ações ofertado pelas UBS que precisa ser ampliado. O PMAQ mostrou que, além das consultas básicas que todas oferecem, uma média entre 80% e 100% das UBS oferta ações de imunização, dispensa medicamentos, entrega exames de análises clínicas solicitados por ela mesma, desenvolve ações dos clássicos programas de saúde do adulto, da mulher, da gestante e da criança e, agora, já atende também aos casos agudos. Vale destacar que 90% dos usuários entrevistados afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para HAS ou DM gratuitamente, sendo 69% desses retirados na própria UBS, e apenas 19% dos usuários apontaram dificuldades em receber e saber na UBS sobre os resultados dos exames realizados.

Por outro lado, uma série de procedimentos importantes, relativamente comuns e que poderiam ser oferecidos nas UBS eram oferecidos por menos da metade delas, fazendo com que muitos usuários fossem obrigados a buscar um serviço de urgência. Foram os casos de lavagens de ouvido e drenagens de feridas e abscessos (realizadas por apenas 35% das UBS), suturas de ferimentos (31%) e retiradas de unhas (25%).

Apresentamos, no capítulo, ações do MS que tentam enfrentar essas limitações e fomentar a ampliação do escopo de ações da AB, tais como o próprio PMAQ e o Requalifica UBS, que financiou a construção de salas de procedimentos/observação em UBS já existentes e definiu este tipo de ambiente como padrão nas novas financiadas pelos MS (SOUSA, 2013). No questionário aplicado aos gestores, vimos que para 90% deles houve ampliação dos procedimentos ofertados nas UBS em que havia equipes participantes do PMAQ. Porém, será necessário comparar as mudanças ocorridas nas UBS nos quase dois anos que separam a avaliação do primeiro e do segundo ciclos para que se possa fazer afirmações mais conclusivas.



Os resultados mostram também condições evidentemente insuficientes para a realização da coordenação do cuidado dos casos que demandam cuidado continuado, mesmo quando seu tratamento ocorre somente na UBS. Esse é um resultado preocupante, quando percebemos que é justamente esse tipo de cuidado que será cada vez mais demandado com o envelhecimento da população, com o aumento da carga de doenças crônicas, com a progressão da obesidade e do sedentarismo e com o aumento da prevalência das doenças mentais e do uso abusivo de drogas.

A situação piora quando a AB é exigida no seu papel de ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado ao longo da linha deste cuidado. Apesar de toda intenção e discurso, os dados revelaram que as AB, de modo geral, ainda não estão organizadas nem empoderadas para estes dois papéis: pouco informatizadas e sem informação suficiente para acompanhar o usuário; têm poucos instrumentos e modos de comunicação com outros profissionais e serviços; não dispõem de normas, fluxos e mecanismos que lhes permitam gerir e decidir o encaminhamento do usuário; têm insuficiência de instrumentos de acompanhamento do usuário quando ele é encaminhado para outro ponto de atenção, e muito menos de acompanhamento da coordenação do cuidado.

Em compensação, a AB é cada vez mais multiprofissional, a informatização é crescente, o uso das TIC para o diálogo já é relevante e cada vez há mais facilidade para utilizar estratégias de comunicação e compartilhamento de decisões com estratégias como o apoio matricial e a educação permanente, através, em especial, de dispositivos como os NASF e o Telessaúde.

Além disso, com tudo o que foi discutido neste capítulo, fica evidente que há, por parte da PNS, um diagnóstico cada vez mais preciso e abrangente produzido por uma série de iniciativas de avaliação e pesquisa sistemáticas, desenvolvidas a partir de 2011. Mostramos também que, para cada elemento identificado como nó crítico, há tanto ações de qualificação do diagnóstico como estratégias, em desenvolvimento e implantação, que visam ao enfrentamento do problema e cujos impactos deverão ser avaliados nos próximos anos.

Vale fazer por fim, quatro observações: em primeiro lugar, vimos que, de um lado, a AB é a principal porta de entrada do sistema, mas, de outro, ela precisa ainda ser organizada, preparada e empoderada para se tornar a principal

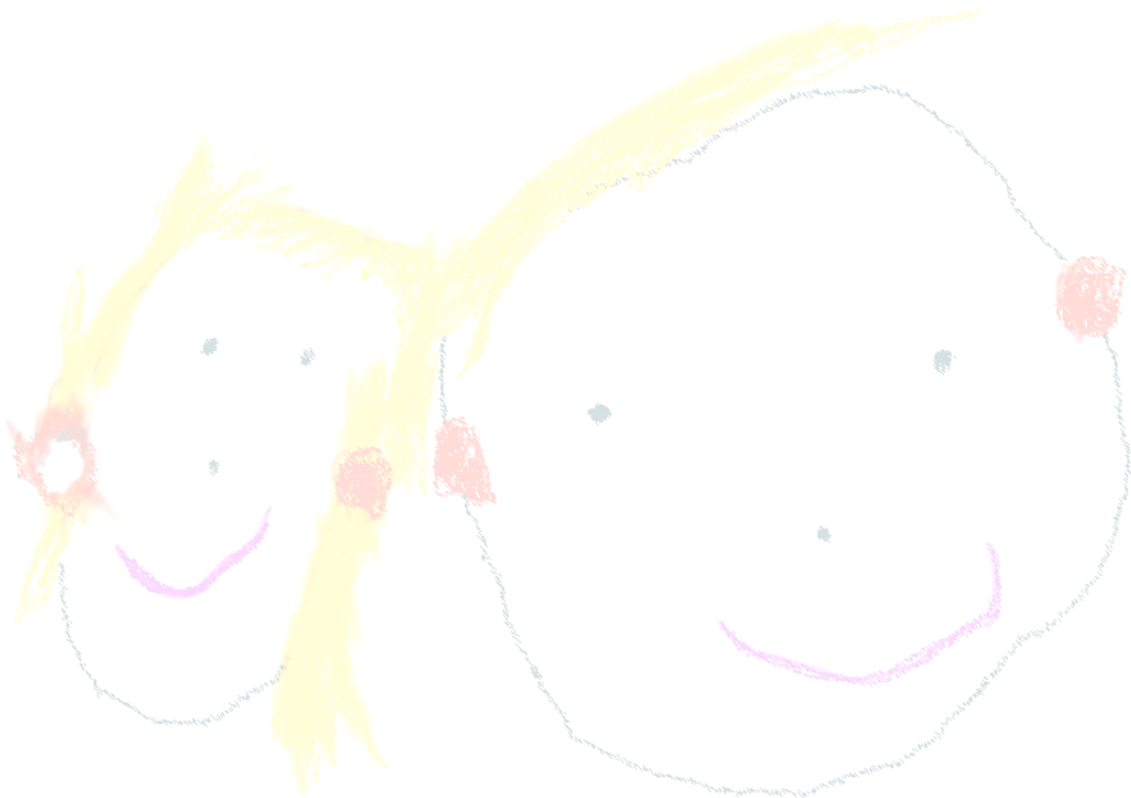


ordenadora do acesso à RAS e para ter condições, tanto de gerir o cuidado do usuário atendido exclusivamente por ela quanto de assumir papel mais importante na coordenação do cuidado quando o usuário percorre a RAS. Reforçamos que nossa compreensão de que o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário exige que cada serviço deva se organizar e se articular para isto, ainda que o papel da AB, neste contexto, deva ser destacado conforme o debatido acima. Em segundo lugar, em decorrência da observação anterior, é necessário que a política de AE seja qualificada não só em termos de ampliação e otimização de oferta, mas também no que diz respeito ao seu modelo de cuidado e de relação em rede. É fundamental que sejam implantados dispositivos, tais como: territorialização e regionalização; referência e apoio matricial às UBS vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a AB de fluxos, critérios e modos de cuidar; comunicação, informação e regulação compartilhada; equipes incumbidas de analisar, monitorar e gerir o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado na AE – em especial, de usuários com alto risco e necessidade de cuidado continuado –, com atribuição de transferir o vínculo para as EAB sempre que for possível e melhor para o usuário. Em terceiro, é importante destacar que, por utilizar dados majoritariamente do PMAQ, este capítulo captou macro e meso processos na maioria das vezes relacionados à organização do processo de trabalho, aos modos como esse se cristaliza e pode ser percebido e interrogado em uma avaliação da natureza do PMAQ. Isso não faz com que os autores desconheçam ou relevem a necessidade de que, para a AB avançar nos atributos necessários, é preciso, além de contar com tudo o que foi dito, ter EAB mobilizadas, motivadas, com capacidade de realizar e gerir esses processos na micropolítica (MERHY, 2002) cotidiana do processo de trabalho de cada um desses serviços.

Por fim, não são poucos os estudos que percebem e reforçam o papel cada vez mais importante dos usuários que vêm se responsabilizando e tentando coordenar o seu próprio cuidado, fazendo escolhas entre serviços, construindo pactos e compartilhando informações com diferentes profissionais, mudando fluxos e desenhando caminhos nas redes. Assim, pensar em coordenação do cuidado cada vez mais significa investir na autonomia dos usuários; ter equipes que tenham, no diálogo, no fazer pedagógico e na corresponsabilização pelo processo de cuidado, elementos centrais de sua atuação; e, isso tudo, sem perder o compromisso de que



cada equipe, serviço e sistema tem que buscar ser o mais responsável possível pela coordenação do cuidado do usuário, mesmo que se invista em sua autonomia e que essa coordenação seja compartilhada entre equipes, serviços e usuários/profissionais.



10 CONSIDERAÇÕES SOBRE O JÁ FEITO E PROSPECÇÕES SOBRE O QUE VIRÁ

10.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ é parte de um contexto de importantes mudanças iniciadas na PNS a partir de 2011. Foi possível relacionar essas mudanças com uma nova agenda política (MENICUCCI; BRASIL, 2010) e um grau maior de prioridade dado ao tema da saúde por um novo grupo dirigente à frente do governo brasileiro e também à frente do MS, ainda que parte de um governo de continuidade de um bloco no poder (SINGER, 2012) que completa este ano 12 anos na direção do executivo nacional.

É possível observar elementos comuns ao PMAQ e a outros movimentos mais amplos, também iniciados a partir de 2011, de reorientação do modo como se governa, organiza, avalia e financia o SUS, tais como: o Decreto 7.508 (BRASIL, 2011c); a instituição das RAS; a criação do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2011b); e um processo de valorização da AB composto por um conjunto de elementos, sendo os mais evidentes a valorização normativa da mesma em diversos dispositivos legais, do MS e da Presidência, e o aumento expressivo e inédito dos recursos federais destinados à AB.

Estes movimentos guardam coerência e sinergia e são fruto de uma mesma agenda política além de compartilharem elementos que buscam instituir um novo modelo de gestão, governança e financiamento do sistema. Com o Decreto, o PMAQ compartilha o fato de ser um dispositivo que tenta instituir e reforçar instrumentos de planejamento estratégico, diagnóstico situacional e contratualização, todos tentando combinar regras gerais e especificidades locais, diretrizes nacionais e negociação e pactuação loco-regional. Além da tomada de decisão e instituição de novos modos de repasse de recurso baseado tanto na necessidade quanto no planejado e alcançado.

Junto com a Avaliação para Qualificação do SUS e outros instrumentos de avaliação criados nos últimos três anos, o PMAQ reforça a posição de um governo



que almeja a implantação de um modelo de gestão que valoriza cada vez mais a avaliação e a utiliza para o planejamento, qualificação e financiamento de suas ações.

Do mesmo modo, o desenho de organização do sistema passa pela lógicas das RAS, definidas em geral no Decreto, e normalizadas e operacionalizadas em nível federal nas diversas Portarias das RAS tais como Rede Cegonha, de Atenção Psicossocial, de Crônicas, de Prevenção e Tratamento do Câncer, de Urgências etc.

Com efeito, o PMAQ, em convergência com todos esses movimentos, busca reforçar o papel da AB no SUS, tal como define o Decreto, e induz a implantação de mudanças coerentes com o que é normalizado pelas RAS, utilizando métodos que são, em grande parte, compartilhados tanto com o Decreto quanto com a política de Avaliação para Qualificação do SUS.

Mas, se de um lado, é possível perceber a relação e coerência do PMAQ com estes movimentos mais gerais de governança, organização e avaliação do sistema, de outro, é ainda mais evidente os diversos papéis que cumpre na implementação concreta da PNAB. Os documentos do MS apontam com clareza que o PMAQ pretende ser a principal estratégia indutora de mudanças na AB do país e de implantação da nova PNAB, chamada de “Saúde Mais Perto de Você” (BRASIL, 2011j). O programa tem ousados objetivos finalísticos como induzir 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.

Mostramos que o programa foi criado logo no início do novo governo e formulado com base em diretrizes para a uma Nova PNAB apontadas pelo CNS (BRASIL, 2011a), órgão maior de controle social do SUS, e mirando cada um dos nós críticos que condicionavam o desenvolvimento da AB no país, segundo quadro construído pelo governo federal e processado em espaços tripartites de gestão do SUS. Essas mesmas diretrizes e quadro de nós críticos foram base para a construção de várias estratégias e ações da PNAB que, tendo no PMAQ um indutor e avaliador da implantação e desenvolvimento da mesma, determinaram o programa naquilo que, objetivamente, ele cumpre a função de induzir.



Por tudo o que foi dito, pelos papéis que cumpre na PNAB e pelo que permite avaliar da AB que realmente acontece no cotidiano dos serviços e atuação de trabalhadores, gestores e usuários, o PMAQ é para nós uma síntese da nova PNAB. É também sinérgico com as demais ações PNAB é, por ser síntese, sinérgico e avaliador da mesma, um revelador da PNAB: de suas prioridades; dos modos como seus princípios e diretrizes se traduzem em objetivos, dispositivos e resultados concretos; de seus avanços, dificuldades, sucessos e fracassos. É principalmente por este motivo que optamos nesta dissertação por estudá-lo em diversas dimensões como programa em si e como revelador tanto da nova PNAB quanto daquilo que ela tem priorizado e conseguido mudar no cotidiano dos serviços de AB e em sua relação com a RAS.

Mostramos também que o PMAQ desempenha alguns papéis absolutamente estratégicos para a implementação da PNAB e de vários objetivos da PNS, a saber: (a) o PMAQ é parte importante na mudança qualitativa e quantitativa do financiamento da AB; (b) é 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) é um processo de indução que oferta ao movimento de mudança diferentes sentidos e significados; (d) é um instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto na PNS; além de (e) ser um dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política.

Com relação ao papel do PMAQ na mudança quantitativa e qualitativa do financiamento da AB, vale lembrar o apontamento de Merhy (1992) para quem um dos modos de se perceber a prioridade concreta de uma política para um determinado governo é identificar o quanto representa no orçamento do mesmo. Neste aspecto, o financiamento federal para a AB teve um aumento no orçamento de 2014 comparado ao de 2010 de mais de 100% em valores nominais e de 79% acima da inflação do período. Deflacionando e corrigindo este aumento pela população, os valores de 2014 chegam a R\$ 100,00 por habitante ao ano e resulta no mais robusto aumento realizado no mesmo período de tempo desde a criação do PAB em 1996. Quando comparamos esse aumento com o aumento global da saúde



no período, o resultado também é significativo. O recurso total do financiamento federal da saúde aumentou em 32% acima da inflação de 2010 a 2014, ou seja, o da AB teve um aumento mais que duas vezes maior, o que fez com que a participação da AB no recurso global saltasse de 14% para 19%.

Mas a mudança não foi só quantitativa, o modo de financiar a AB mudou a partir de 2011. Desenvolvemos o conceito de “componentes” de financiamento para melhor identificar no conjunto de recursos da AB, subconjuntos que obedecem, ao mesmo tempo, alguns critérios distintivos: a regra que define qual município e em função do que e o quanto ele receberá o recurso; a origem orçamentária do recurso e a orientação normativa de sua utilização; e, por fim, o papel que cumpre no contexto da PNAB.

De um modo geral, houve mudanças importantes no Componente Per Capita que, de um lado, passou a ser um fator de equidade e, de outro, pela primeira vez, superou a inflação acumulada, desde sua criação até os dias de hoje, para 70% dos municípios do país, justamente os menores e mais pobres. Foi criado também um Componente de Estrutura e Modernização responsável pelo maior investimento e programa de informatização, recuperação, ampliação e construção de unidades de saúde do SUS. Mas, as maiores mudanças ocorreram nos componentes que integram o PAB Variável.

O Componente de Indução da ESF passou a ser mais compreensivo com a diversidade nacional e mais abrangente ao estimular novas modalidades de equipes, todas multiprofissionais. Passou a reconhecer e financiar um conjunto de formas de organização da AB desenvolvidas no país, seja para cuidar de populações específicas, como as pessoas em situação de rua e os povos da floresta, seja para compreender as diferentes formas de organização da AB no país ou mesmo para estimular novas equipes como as de Atenção Domiciliar. Além disso, quase triplicou o montante de recursos destinados às equipes multiprofissionais de apoio às eSF, os NASF, tanto por ter aumentado o valor do incentivo quanto por ter mais que dobrado o número total de NASF, dando um passo decisivo para uma AB efetivamente multiprofissional e interdisciplinar.

Contudo, as duas mudanças mais significativas, tanto em termos de valores quanto de lógica de financiamento, foram a criação do Componente de Expansão de Cobertura através do Provimento e Formação de Profissionais, com a Lei do



Programa Mais Médicos (PINTO et al., 2014b) e do Componente de Indução da Qualidade, responsável por repassar os recursos do PMAQ. Juntos, nestes 4 anos, representaram um aumento de mais de 63% no PAB Variável. Além disso, o PMAQ, em especial, trouxe mudanças qualitativas importantes para o financiamento da AB. O componente de qualidade inaugurou um novo modo de financiar a AB associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que esses alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ, promovendo uma mobilização de gestores e trabalhadores em prol da implantação de padrões de acesso e qualidade e ampliando a especificidade que alcança a indução do financiamento federal. Lembremos que até então o único fator que interferia no financiamento de uma equipe era qual modelagem tinha dentre as previstas na PNAB, com o PMAQ o “o que faz”, “como faz” e “que resultados alcança”, do município e da equipe, passaram a ser decisivos no financiamento.

Podemos dizer que isso mostrou um importante movimento do MS na mudança quantitativa e qualitativa do financiamento federal da AB: o maior aumento absoluto e proporcional já realizado para o financiamento da AB, o que marca claramente a prioridade dada à mesma, acompanhado de um novo modo de financiar que dirige este esforço ao enfrentamento dos nós críticos da AB no país, aquele mesmo que orienta os objetivos específicos de indução do PMAQ.

Chamamos a atenção também, com a ajuda do IPEA, para a composição do financiamento nacional da AB analisando qual ente assume qual percentual do gasto (BRASIL, 2013c). O MS vinha financiado um terço do gasto nacional com AB e, com o importante aumento dos últimos 4 anos, aproxima mais de conseguir custear a metade do gasto nacional. Os estados financiavam menos que a décima parte e este percentual caiu ainda mais. Já os municípios, justamente o ente que recebe a menor fatia da distribuição tributária, ainda é obrigado a financiar a metade do gasto, embora esse percentual tenha diminuído dos quase 60% que se encontrava antes do aumento do gasto federal nos últimos 4 anos. Daí que, para termos um financiamento e custeio sustentável e equânime, isto é, ajustando as contribuições proporcionais, mas sem reduzir os montantes absolutos, seria necessário que os municípios mantivessem o financiamento atual da AB; o MS aumentasse o seu em 133%, ou seja, mantivesse o ritmo de crescimento atual do orçamento ainda nos



próximos 6 anos; e que todos os estados instituíssem mecanismos estáveis, proporcionais e regulares de repasse de recursos para AB aos municípios sendo que o valor que, juntos, investem atualmente teria que ser 7 vezes maior. Com isso, o governo federal passaria a ser responsável por 50% do gasto e os estados e municípios com 25% do gasto, cada um. Desafio importante e necessário para construir a AB que queremos.

Também vimos que o PMAQ é uma estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da AB brasileira que integra várias ações, novas e outras previamente existentes, e aposta na produção local de uma dinâmica de construção de pactos, priorização de problemas, ação permanente de mudança num processo de indução que oferta ao movimento de mudança diferentes sentidos e significados.

Um dos modos de se estudar o programa seria através da análise de seus instrumentos e descrição de suas fases, qual sejam: a de contratualização de objetivos e ações; de 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 co-gestão (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. Procedemos esta análise, mas buscamos mostrar também que o melhor modo de perceber a potência do PMAQ é analisa-lo em sua dimensão dinâmica, em seu movimento, no modo como a política tenta produzir acumulações e fluxos (MATUS, 1993), tenta fomentar subjetivações (DELEUZE; GUATTARI, 2003) interessadas, desejantes e comprometidas com a mudança permanente.

Foi mostrado que o programa busca fazer isso provocando importante mobilização dos diversos atores implicados com a AB em um 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 nas condições, saberes e práticas de atenção, gestão e participação na realidade concreta da AB com impactos no acesso e na qualidade dos serviços. Mas além de mobilizar, o programa busca ofertar a esta mobilização sentidos, ofertas de situações desejadas possíveis. Assim, 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. Tem, por isso mesmo, uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, do cuidado e de gestão do cuidado, e aponta um conjunto de elementos que deveriam ser objeto de análise e de intervenção de mudança, tanto por parte de gestores, quanto por parte de profissionais.

Ao olhar o PMAQ nessa multiplicidade - forma e movimento, estrutura-registro e produção, movimento e sentido deste movimento - identificamos apostas estratégicas do programa e buscamos avaliar o desempenho das mesmas neste momento inicial de implantação do programa que correspondeu à conclusão de seu primeiro ciclo e início do segundo. A análise mostrou que o PMAQ, de fato, produziu uma grande mobilização, evidenciada em gestores e EAB. Adesão de municípios e equipes apresentou números que iniciaram em 70% das equipes e municípios no primeiro ciclo e chegaram a mais de 90% no segundo. Quando os gestores municipais foram indagados se perceberam “maior mobilização e trabalho em conjunto da equipes do PMAQ para melhoria do processo de trabalho e implantação dos padrões de qualidade”, 89% responderam afirmativamente.

Com relação a algumas das apostas estratégicas do PMAQ para induzir a mobilização, empoderamento e apoio aos sujeitos na produção e gestão da mudança, destacamos 5 delas para a avaliação: a realização pelas EAB da autoavaliação e do planejamento das ações de mudança; a realização pela gestão municipal de apoio institucional às EAB; a implantação no serviço do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e as atividades de EPS desenvolvidas.

A indução do processo de autoavaliação foi uma aposta do programa para provocar e iniciar o início do movimento de mudança. Com ele as EAB analisariam as dimensões positivas e problemáticas do processo de trabalho e priorizariam o que mudar, podendo fazer isso junto ou não, com apoio ou não da gestão municipal. Embora o MS tenha facultado às EAB utilizarem qualquer instrumento de autoavaliação, ele ofereceu a “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)” e permitiu que os resultados da realização desta ou de qualquer outra autoavaliação pudessem ser registrados em sistema *on line*



especificamente criado para este fim. Por todas estas razões, a realização da autoavaliação é um bom indicador de ações que as EAB fizeram provocadas pelo PMAQ e em função dele. E, de fato, concluído o 1º Ciclo, quase 80% das EAB participantes realizaram a autoavaliação e colocaram seus resultados no sistema de avaliação. Número que mostrou uma mobilização que avançou para além da adesão ao programa e mostrou ações e processos realizados pelas EAB.

Este número apresentado no AMAQ é próximo da ação que se esperava que seguisse à realização da autoavaliação: o Planejamento das ações de mudança daquilo que foi priorizado a partir da avaliação do AMAQ. Na avaliação externa do 1º ciclo, à pergunta “nos últimos 12 meses a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?” 87% das EAB responderam que sim, sendo que 63% do total de EAB mostrou o documento que continha o plano formulado e 75% referiram ter recebido apoio da gestão local para a atividade. Este último percentual é importante na medida em que evidencia um esforço combinado entre EAB e gestão municipal e mostra a implantação de outra aposta estratégica do programa: o apoio institucional.

O PMAQ estimulou a implantação do apoio institucional como uma “função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer gestão em saúde” (BRASIL, 2011c). Apostou no potencial desse dispositivo de gestão: de aproximar o pessoal da gestão do dia a dia das EAB e envolve-los na solução dos problemas concretos identificados; 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; de fomentar e dar suporte à construção de espaços coletivos produtores de autonomia e emancipação dos atores envolvidos e nos quais as EAB pudessem desenvolver ações de qualificação do processo de trabalho.

Mostramos que 92% das EAB 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 78% refeririam receber “apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde”. A avaliação das EAB foi majoritariamente (76%) positiva sobre a “contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas”. Isso, somado a outros resultados trabalhados na



dissertação, mostram, a princípio, um sucesso na implantação do dispositivo de gestão e uma boa aceitação inicial das EAB que são beneficiárias de sua ação.

Elegemos também para ser avaliado um resultado/padrão esperado na mudança do processo de trabalho das EAB e de funcionamento do serviço. Pela prioridade dada no PMAQ e pela importância que tem na qualificação e humanização do acesso e na indução da mudança do modelo de atenção e na construção de outras relações entre a equipe, escolhemos a implantação do acolhimento, com avaliação de risco e vulnerabilidade, como elemento a ser avaliado. Além disso, a implantação desse dispositivo no serviços exigiria análise, autoavaliação, planejamento, apoio, EPS e suporte para lograr êxito. Portanto, seria um elemento que, indiretamente, buscava avaliar a potência das demais apostas estratégicas tratadas acima.

Mostramos que 80% das EAB disseram ter implantado o acolhimento passando a fazer a escuta e avaliação de toda a demanda, contudo o número de EAB que mostram instrumentos concretos de suporte a esta ação foi menor: 74% do total de EAB mostraram reserva de vagas de consultas na agenda para garantir retaguarda aos casos agudos e só 38% de todas EAB avaliadas apresentaram protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar essa atuação. Os dados coletados junto aos gestores mostram evidências da implantação do acolhimento e de alguns de seus resultados quando 88% relataram redução nos tempos de espera dos usuários nas UBS participantes do PMAQ, 87% ampliação das pessoas atendidas por estas EAB e 91% identificaram melhoras no acesso e humanização do atendimento aos usuários.

Outra grande aposta estratégica do PMAQ foi a indução de ações de EPS como ação de gestão com grande potencial provocador de mudanças na micropolítica do cotidiano dos serviços. O PMAQ sugeriu que o saber e o fazer em EPS fosse encarnado na prática concreta dos serviços, uma vez que a mudança do modelo de atenção imporia a necessidade de mudanças no processo de trabalho em saúde que, por sua vez, exigiria de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que pudessem contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras. O programa estimulou a potente articulação entre as ações de EPS e de apoio institucional para motivar, fortalecer, dar suporte às equipes para a realização da mudança e aumentar as alternativas



para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2011j).

Os dados apresentados pelo PMAQ mostraram que a Política de EPS se implementou de uma forma expressiva na AB com 76% das EAB participantes tendo relatado a existência de ações de EPS envolvendo as mesmas e três quartos destas tendo avaliado que as atividades respondiam às suas necessidades.

As atividades mais citadas e com frequência relevante no cenário brasileiro como um todo foram: o Telessaúde, cursos presenciais, troca de experiências, atividades de educação a distância, tutoria/preceptoria, Rede Rute e “outras atividades”. Não há informações para análise mais aprofundada do papel das EAB na identificação, a partir do cotidiano, da necessidade desses cursos que estão sendo utilizados, mas é razoável supor que, nas EAB nas quais foram também citadas “troca de experiências”, “rodas de conversa” e outras dinâmicas de mobilização a partir do trabalho, mesmo recursos mais instrumentais façam parte da gestão da aprendizagem operada no coletivo. Seria necessário estudos em maior profundidade, analisando essas ofertas, para esclarecer esses aspectos. Merece destaque também a atividade com o maior número de citações, o Telessaúde, programa estratégico da PNAB orientado para cumprir um forte papel de matriciamento do trabalho das EAB e apoio clínico com o objetivo de qualificar o processo de trabalho, ampliar o escopo, aumentar a resolubilidade e evitar encaminhamentos desnecessários.

Contudo, ao analisar os dados que o PMAQ nos oferece, percebemos uma defasagem entre o papel estratégico da EPS na proposta do programa e sua presença nos instrumentos de avaliação externa (BRASIL, 2011i) uma vez que dentre os padrões de qualidade avaliados temos apenas algumas atividades de EPS mais estruturadas, objetivas, passíveis de verificação e ofertadas pelo próprio MS aos municípios e EAB. Isso mostra claro limite do PMAQ em acompanhar e perceber o quanto o “saber” e diversos “fazeres” da EPS estão encarnados nas práticas cotidianas das EAB. Contudo, é interessante notar que outros padrões, não diretamente relacionados à EPS, parecem mostrar com contundência o quanto ela foi uma prática desenvolvida nos territórios para alimentar o processo de mobilização para a mudança que o programa buscou todo o tempo provocar.



Como mostramos acima o PMAQ propôs a articulação entre os processos de EPS e as estratégias de apoio institucional e sugeriu que a EPS fosse o modo de agir do apoio para fortalecer as EAB no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores na superação dos problemas que, no contexto do programa, eles elencaram como objeto de problematização e mudança a partir de sua situação e demanda concreta. Ora, os dados do apoio apresentados acima, tem mais capacidade de sugerir que em algumas dessas situações aconteceram práticas de uma EPS que surge a partir da demanda concreta dos trabalhadores implicados com a transformação de seu trabalho, tal qual defendida e estimulada na Política Nacional de EPS, que questões genéricas e inespecíficas como “se foram utilizadas ações de EPS pela equipe no último ano” ou se a EAB participou de “cursos presenciais” ou de “atividades de troca de experiências”.

De tudo isso vale fazer duas importantes conclusões. A primeira é que outros estudos deverão ser realizados para aprofundar esta questão, até mesmo porque existem questões abertas sobre necessidades e práticas desenvolvidas de EPS na avaliação do PMAQ que precisariam ser trabalhadas a fim de levantar mais informações e também informações mais específicas, quiçá dando conta de identificar necessidades, ofertas e avaliações mais singulares e moleculares (GUATTARI, 1990) de práticas de EPS. Será importante também a avaliação do 2º ciclo do PMAQ que incluiu importantes espaços de apoio matricial e EPS da AB, os NASF. Por hora, vale dizer que o que a avaliação objetiva do PMAQ teve condições de mostrar é limitado, pois mirou na verificação das ofertas estruturadas feitas pelo próprio MS, deixando escapar importante volume de ações de EPS estimuladas pelo próprio PMAQ e pela PNAB e que passaram despercebidas pelos instrumentos do programa.

Em segundo lugar, fica claro que o PMAQ enquanto instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto na PNS precisa ser “testado”, caso a caso, em sua real capacidade de fazer. Deve ainda ter sua sensibilidade e especificidade aprimorada para identificar ações importantes que aconteçam na AB do país. Se não analisemos dois exemplos dentre os citados nesta dissertação que esclarecem o que estamos discutindo.

No caso do acolhimento, o PMAQ delimitou e especificou seus padrões e assim conseguiu avaliar melhor a “quantidade de mobilização” para a implantação



do acolhimento nas EAB e verificar alguns “organizados” (BAREMBLITT, 1998) do mesmo, ainda que o modo como cada um “funcione” possa diferir muito entre eles. Já em relação ao tema da EPS mostramos o quanto a avaliação foi insuficiente. Por hora, vale concluir que, só a incorporação do uso dos dados do PMAQ em análise sistemáticas não só do governo federal, mas também dos demais entes, controle social e EAB é que podem fazer com que ele se aprimore como instrumento de avaliação tanto da PNAB quanto do que acontece na AB do país.

Outra análise da capacidade de avaliação do PMAQ foi feita em um tema que não é um programa ou oferta do MS e sim algo que se espera que aconteça na AB, buscando perceber a sensibilidade de sua avaliação para acompanhar o que acontece efetivamente no cotidiano dos serviços. Com efeito, buscamos analisar o que o PMAQ nos possibilitou ver sobre alguns princípios e atributos estabelecidos para AB em diversas normativas, notadamente na PNAB e no Decreto 7.508, de “contato preferencial dos usuários”, principal “porta de entrada” e “centro de comunicação” da RAS, além de apontar a necessidade da AB realizar a “gestão do cuidado” do usuário “coordenando o cuidado” do mesmo no conjunto da RAS mesmo quando ele necessita ser cuidado em outros PPAA. Assim, buscamos nos dados do PMAQ a resposta para a pergunta “o quanto a AB na realidade cumpre ou não estes papéis?” e na PNAB a resposta para esta outra: existem políticas públicas nacionais para fazê-la avançar nessa direção?

Antes de seguir é importante deixar claro nossa posição de que é importante evitar extremos que caminhem para exclusivismos, compreendemos que o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário entre seus serviços, o que exige que cada serviço e todos eles devam se organizar e se articular para tal, contudo, sem negligenciar o papel especial e destacado da AB nesse processo.

Os dados do PMAQ, reforçados pela pesquisa da ouvidoria, permitiram perceber uma AB com UBS distribuídas em todo o território nacional, conhecidas pelas pessoas, perto de suas casas e que é, de fato, a porta de entrada mais acessada dentre os serviços do SUS. Além disso, políticas como a expansão da rede de UBS e a implantação do acolhimento prometem facilitar ainda mais o acesso e também reduzir os já razoáveis tempos de espera.



Os resultados mostram também condições evidentemente insuficientes para a realização da coordenação do cuidado dos casos que demandam cuidado continuado, mesmo quando seu tratamento ocorre somente na UBS, problema relevante e crescente quanto mais acompanhamos o envelhecimento da população, o aumento da carga de doenças crônicas, a progressão da obesidade e do sedentarismo e o aumento da prevalência das doenças mentais e uso abusivo de drogas.

Com relação à ordenação do acesso à RAS e coordenação do cuidado ao longo da linha do cuidado, os dados mostraram que AB, de um modo geral, ainda não está organizada nem empoderada para estes dois papéis: pouco informatizada e sem informação suficiente para acompanhar o usuário; tem poucos instrumentos e modos de comunicação com outros profissionais e serviços; não dispõe de normas, fluxos e mecanismos que lhe permita gerir e decidir o encaminhamento do usuário; tem insuficiência de instrumentos de acompanhamento do usuário quando ele é encaminhado para outro ponto de atenção, muito menos de coordenação do cuidado.

Em compensação, a AB é cada vez mais multiprofissional, a informatização é crescente, o uso das tecnologias de informação e comunicação para o diálogo já é relevante e cada vez há mais facilidade para utilizar estratégias de comunicação e compartilhamento de decisões com estratégias como o apoio matricial e a EPS através, em especial, de dispositivos como os NASF e Telessaúde.

Foi possível concluir também que há por parte do MS, e o PMAQ contribuiu e reforçou isso sobremaneira, um diagnóstico cada vez mais preciso e abrangente sobre os nós críticos que condicionam a AB e seu papel esperado na RAS, e a PNAB e PNS criou estratégias, em desenvolvimento e implantação, que objetivam o enfrentamento desses nós e cujos impactos deverão ser avaliados nos próximos anos.

Assim, foi possível perceber que os dados gerados pela avaliação do PMAQ deram conta sim de produzir informações que nos mostraram um certo panorama de como está a AB no país em resposta às perguntas que formulamos para ela. E se isso, de um lado, reforça a potência do programa para avaliar e acompanhar o que ocorre na AB do país para além daquilo que é programa ou ação estruturada da política pública, de outro é importante estar atento a algumas limitações: o PMAQ



mais uma vez captou o que poderíamos chamar de macro e meso processos, na maioria das vezes, relacionados à organização do processo de trabalho e aos modos como esse se cristaliza e pode ser percebido e interrogado numa avaliação da natureza do PMAQ. Assim, mais uma vez concluímos que àquelas questões ou realidades que o PMAQ aproxima, para compreendermos melhor “o que ocorre”, “como ocorre”, “o que mobiliza”, “quem age” e “que potencia tem” é necessário complementar com estudos e pesquisas mais específicos, localizados, qualitativos e com desenhos adequados à singularidade da realidade e questões que se quer interrogar.

Uma última aposta estratégica do PMAQ que discutimos na dissertação foi no relevante papel atribuído à participação dos usuários e, em especial, à opinião dos mesmos sobre os serviços de AB. Apontamos nessa dissertação que o PMAQ cumpre um importante papel de ser um dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política, elevando esta escuta à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB. O programa promete, em função daquilo que os usuários esperam e demandam dos serviços, buscar orientar desde o trabalho das equipes até a política de saúde (BRASIL, 2011j).

O número de usuários entrevistados nas UBS participantes do programa foi de expressivos 65.391 usuários que responderam longo questionário (BRASIL, 2011i) com questões que buscavam perceber como os usuários acessam e são cuidados nas UBS, e qual a avaliação que fazem do serviço e de diversos pontos e questões definidas como prioridade de intervenção da PNAB.

Mostramos o papel do PMAQ de avaliar a PNAB utilizando a opinião e experiência dos usuários quando relacionamos questões das entrevistas com elementos prioritários da PNAB como o acesso e o acolhimento, por exemplo. Os achados relacionados à percepção do usuário sobre a facilidade do acesso, o atendimento de situações agudas e os modos como eram acolhidos, foram semelhantes aos números de EAB que além de terem implantado o acolhimento haviam garantido mecanismos concretos de organização do acesso nos serviços. Um bom exemplo de medida induzida pela PNAB, implantada pelas EAB e com efeitos percebidos pelos usuários.



Entendemos que este é um dos mais importantes papéis do PMAQ e, sem dúvida, esta base de dados que reúne os questionários respondidos por esses mais de 65 mil usuários é um rico manancial a ser estudado. Não é possível verificar ainda o quanto a avaliação do usuário interferirá ou não nos rumos e programas da PNAB ou mesmo de cada serviço avaliado. Ou seja, não é possível perceber ainda se o MS vai dar consequência prática ao seu discurso de colocar a opinião dos usuários no centro da cena da formulação da PNAB, mas a julgar pelo efeito que teve no MS a experiência precursora desta, a Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS, podemos ficar otimistas com essa possibilidade. Esta pesquisa foi realizada por telefone com mais de 27 mil usuários e podemos considerar que se o MS realizou depois outras avaliações semelhantes, para outros serviços e redes, e se reproduziu de modo ampliado e presencial esta avaliação no PMAQ por duas vezes, no primeiro e no segundo ciclo, é porque considerou a primeira experiência bem sucedida.

De fato, mostramos nesta dissertação que tanto os resultados que poderiam ser considerados positivos na pesquisa relacionados, por exemplo, ao acesso e utilização das UBS, à satisfação com as mesmas e com os profissionais, quanto os resultados passíveis de melhoria como os tempos de espera e o percentual de usuários que não conseguiu obter medicação gratuita na UBS ou na rede, são úteis tanto para a avaliação de políticas e programas em curso quanto para poder identificar pontos relacionados às expectativas e satisfação dos usuários com o serviço, ambos úteis a reorientações da política de saúde.

Enfim, com todos os documentos disponíveis sobre a PNAB e o PMAQ e com os resultados da avaliação do programa combinado com outros estudos trabalhados nesta dissertação, podemos afirmar que o PMAQ vem sendo muito bem sucedido em três pontos.

Em primeiro lugar conseguiu ser um programa com importante adesão e participação. Mais de 90% dos municípios, gestores e EAB de todos os estados do país participam do programa e os dados mostram uma notável mobilização com resultados na motivação das EAB e em mudanças concretas no seu processo de trabalho.

Em segundo lugar o PMAQ conseguiu em pouco espaço de tempo avançar muito na implantação do que chamamos nesta dissertação de apostas estratégicas



do programa, o que o reforça como política pública com grande capacidade de induzir mudanças na AB.

Por fim, até o momento, o PMAQ vem conseguindo cumprir, com relativo sucesso, os papéis estratégicos na PNAB que lhe foram planejados, restando ainda um potencial importante de avanço que parece estar mais diretamente associado ao quanto o Governo Federal vai: seguir fortalecendo às diversas ações já iniciadas e apresentadas nesta dissertação como sinérgicas ao PMAQ e prioritárias à Nova PNAB; aprofundar essa mudança para além da AB, notadamente na interface da atenção especializada com a AB; fomentar outras ações, parte ou não do PMAQ, que fortaleçam cada vez mais o nível loco-regional e as próprias EAB a tomarem iniciativas e desenvolver ações singulares reconhecidas e valorizadas pelo programa ainda que não previamente previstas e induzidas por ele; e, finalmente, vai dar consequência prática aos conjunto de diretrizes e ações relacionadas às medidas de ampliação da participação e comunicação com os diversos atores envolvidos e potenciais interessados nas ações e informações do PMAQ – é imperativo que o programa promova acesso amplo, fácil, inteligível e quase em tempo real das informações, desde as pactuações e ações de cada EAB até os resultados das avaliação do programa, a todos os atores envolvidos ou com potencial interesse nessas informações.

Contudo, foi discutido nesta dissertação aquilo que o material já produzido e disponível permite analisar, sendo que outras questões que o próprio estudo em pauta provoca só poderiam ser respondidas com a realização de novas pesquisas e estudos que, entre outras coisas, demandariam a produção de dados primários. Esta produção futura é o tema da próxima seção que encerra esta dissertação.

10.2 DO PRESENTE E DE FUTUROS: “SE MUITO VALE O JÁ FEITO, MAIS VALE O QUE SERÁ”¹¹

Este estudo respondeu a algumas inquietações e produziu outras tantas, muitas delas gostaríamos de seguir estudando ainda que em formatos e movimentos distintos. É sobre isso que brevemente tratamos nesta seção que encerra a dissertação.

¹¹ Verso da música “O que foi feito de Vera” de Milton Nascimento com letra de Fernando Brant.



O primeiro movimento seria o de dar seguimento à formação e pesquisa da pós-graduação, na qual nos dedicaríamos a três tarefas integradas num único processo de pesquisa. A primeira tarefa seria agregar o segundo ciclo do programa à análise feita nesta dissertação que avaliou a implantação e desenvolvimento das apostas estratégicas do PMAQ. Deste modo, alargariamos a avaliação da política ao dobro do tempo realizado até aqui e poderíamos observar o que mudou na AB do primeiro para o segundo ciclo. Além disso, essa nova base de dados, nos daria condições de fazer avançar nas demais tarefas como apresentaremos a seguir.

A segunda tarefa seria buscar escutar e estudar as vozes de três sujeitos sobre o PMAQ. O discurso produzido pela mídia escrita e eletrônica sobre o programa e analisa-lo à luz do discurso oficial. O discurso dos gestores municipais sobre a implantação e resultados do PMAQ, com base nas avaliações já disponíveis e em novas informações que deveriam ser produzidas. E o discurso daquelas equipes de gestão e de atenção que, segundo as avaliações disponíveis do programa, produziram muita mudança em sua realidade. O objetivo, neste último caso, seria compreender na micropolítica destas realidades que acontecimentos e ações concretas foram estimuladas, apoiadas, dificultadas ou que ainda reinventaram as transversalidades/atravessamentos do PMAQ. Nosso desejo é de produzir um estudo com diferentes fontes, sensibilidades e percepções, combinando a análise do discurso desses atores presente em questionários, grupos focais ou vivos modos de diálogo, troca e expressão eletrônicos – como no belo trabalho de Menezes (2013) – com mergulhos na rica realidade singular através de métodos etnográficos e cartográficos. Inverter o olhar: perceber e sentir como o local, micropoliticamente, singulariza sua relação com o que tenta ser induzido e provocado desde a política nacional, antes já singularizada pela municipal. Olhar com atenção para esta dobra e aprender com ela.

A terceira e última tarefa estaria relacionada ao esforço de alargamento do estudo teórico e metodológico demandado pela construção dos estudos citados acima. Assim, aproveitaríamos esse esforço para avançar também na análise do PMAQ - discurso oficial do programa e modo como os sujeitos o percebem, falam e agem na relação com ele - e identificar relações, semelhanças e diferenças com campos conceituais, metodologias e políticas públicas que tiveram maior ou menor influência na formulação e operacionalização do mesmo, tais como aquelas dos



campos do: planejamento estratégico situacional e gestão estratégica e democrática em saúde; análise institucional; educação permanente em saúde; apoio institucional; avaliação e monitoramento; e o gerencialismo e sua expressão na gestão em saúde.

O segundo movimento a que estamos nos propondo excede a nossa capacidade pessoal de dedicação ao estudo e à pesquisa e se baseia na boa experiência de trabalho coletivo e articulado a grupos de estudo e pesquisa, estejam eles nos governos ou nas universidades. Seria a proposição de uma Rede Observatório do Desenvolvimento da Atenção Básica e da Política de Atenção Básica. Esta dissertação e diversos outros artigos, alguns tratados aqui e muitos outros não, têm mostrado uma inflexão importante na PNAB do país alçada ao lugar de política prioritária de governo. Isso tem conseguido produzir efeitos, mais em alguns campos e menos em outros, na AB que acontece cotidianamente para usuários, trabalhadores e gestores.

Assim, a proposta de fomentar e participar de uma Rede dessa natureza seria tanto a de acompanhar, subsidiar e provocar a PNAB como acompanhar e refletir sobre os rumos e acontecimentos da AB realmente existente. Duas tarefas que o pouco que se fez delas nesta dissertação mostrou a potência de estudos assim, mais ainda se tiverem maior fôlego e envolverem redes de pesquisadores, gestores, trabalhadores, associações de usuários, etc.

O último movimento seria participar, dentro das modalidades possíveis, e propor espaços de troca entre diferentes análises independentes que nesse momento ocorrem sobre a AB e que, direta ou indiretamente, abordam os efeitos da política de AB em geral, e do PMAQ e Mais Médicos em particular. Poderíamos citar diversos estudos com diferentes composições, propósitos, metodologias e finalidades que agregariam muito ao outro, mas principalmente, à gestão e pesquisa em AB se fossem fomentados espaços de troca organizada sobre suas produções.

A lista é grande mas se destaca o estudo de “prospecção” de novas práticas na AB coordenado pela Universidade Federal (UF) do Rio Grande do Sul que envolve universidades e outras instituições das 5 regiões do país; o estudo das práticas e linhas de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde coordenado pela UF Fluminense e UF do Rio de Janeiro e que também ocorre de modo multicêntrico; o estudo, também multicêntrico, que trabalha a vivência e compreensão do cotidiano das UBS, transversalizados ou atravessados, pelas políticas públicas municipais,



estaduais e federais, coordenado pela UF de São Paulo; estudo dirigido pela Unicamp que entre outros objetivos, tem estudado o impacto e percepção do PMAQ no fazer das gestões municipais e nas equipes; o acompanhamento sistemático e estudo da Comunidade de Práticas do MS estudo relacionado a transformação do mercado de trabalho e das práticas e competência de atuações dos profissionais da AB como o da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e UF de Minas Gerais e outros do Observatório de Recursos Humanos em Saúde; ou ainda outros ligados à mudanças ocasionadas pelo conjunto do Programa Mais Médicos, seja com foco nos usuários ou nos impactos medidos através de indicadores sócio-econômico-sanitários como os do MS (DAB/SAS, DEMAS/SE, DOGES/SGEP e SGTES), da UF de Minas Gerais e Universidade de Brasília.

Como podemos ver, são diversos os estudos, a maioria deles têm no MS um dos parceiros e incentivadores, o que facilitaria para o mesmo provocar diálogos e encontros para compartilhar parte destas produções. Daí que me envolver e fomentar essa articulação é um dos movimentos que nos colocamos como tarefa fazer no próximo período no contexto do novo estudo.

Por fim, é fundamental compreender que, por mais rica que possa ter sido nossa dissertação, ela esbarra nos limites de uma análise que compreende: o campo “macro” da política nacional de saúde; se aproxima do campo “meso” na medida em que o PMAQ, enquanto política, possibilita isso, mas ao mesmo tempo só no nível da generalidade quantitativa que os padrões de avaliação permitem; e passa e toca em algumas dimensões do campo “micro” em questões que, respondidas por eles, tratam do cotidiano de usuários, trabalhadores e gestores.

O seguimento dos estudos e pesquisas da pós-graduação com o plano de trabalho apresentado e a atuação de grupos de estudos outros, como os citados, têm a oportunidade e potencial de aproximar do que acontece nos serviços e é vivido pelos sujeitos em situação, com metodologias que ampliam sobremaneira a complexidade, os sentidos e os significados de tudo que aqui foi analisado conforme uma intencionalidade predominante, a do sujeito formulador da política: a gestão tripartite do SUS com participação do controle social.

11 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALTOÉ, Sonia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 396-404, 2005.

BAREMBLITT, Gregório F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BOLZAN, Luís Carlos et al. Ouvidoria ativa: a inovação das pesquisas de satisfação na ouvidoria-geral do SUS. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA (5 : Brasília : 2012) [*Anais*]. Brasília: 2012.

BRASIL. Banco Central do Brasil. *Relatório de Inflação*. Brasília, 2014c. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2014/03/ri201403b8p.pdf>. Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. *Nota Técnica Conjunta nº 3, de 2014*. Análise das Portarias Interministeriais nºs 39 e 40 – Execução das Programações decorrentes de Emendas Individuais em 2014 – Orçamento Impositivo (art. 52 da LDO 2014 – Lei nº 12.919, de 24/12/2013). Brasília, 2014a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011 do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html. Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA*. Brasília, 2014d. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>. Acesso em: 01 maio 2014.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 15: Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras*. Brasília, 2013c.

_____. *Nota Técnica nº 16: Estimativa de custos dos recursos humanos em atenção básica*: Equipe Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 866, de 03 de maio de 2012. *Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa*. Brasília, 2012d.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1.089, de 28 de maio de 2012*. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Brasília, 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 340, de 04 de março de 2013*. Redefine o componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 341, de 04 de março de 2013*. Redefine o componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 953 de 15 de maio de 2012*. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.369, de 08 de julho de 2013*. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013g.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.409, de 10 de julho de 2013*. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.412, de 10 de Julho de 2013*. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, 2013b

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.602 de 9 de julho de 2011*. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.654, 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). Brasília, 2011h. Disponível na internet: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.884, 18 de dezembro de 1997*. Institui o PAB Fixo de, no mínimo R\$ 10,00, e no máximo R\$18,00. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.203 de 05 de novembro de 1996*. Aprova a NOB 1/96, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção



integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, 1996.

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. Brasília, 2011g.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.554, de 28 de outubro de 2011*. Institui, no Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, 2011i.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014*. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 14 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Preliminar da Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS*. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2008/pt-09-cons.pdf> Acesso em: 01 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: 2011d. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*; AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2011k. 134 p.: il. – (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: Ministério da Saúde, 2011l. 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramenta para a gestão e*



para o trabalho cotidiano. Brasília: 2014f. 116 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 39, v. I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de monitoramento do telessaúde Brasil - redes na atenção básica*. Brasília, 2014e. Disponível em <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/telessaude2/index.php?1=home&2=apresentacao>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. *Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS: Atenção Básica e Urgência/Emergência*. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. *Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 26 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. *Orçamento Impositivo Orientações: Procedimentos, Prazos e Responsabilidades*. Brasília, 2013j. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/biblioteca/publicacoes_tecnicas/CARTILHA%20IMPOSITIVO_05_02.pdf. Acesso em: 29 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011c.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.919 de 24 de dezembro de 2013*. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. Brasília, 2013i.

BRASIL. Presidência da República. *Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013h.

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

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.



CANESQUI AM.. Os novos rumos da ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, AM (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 11-28.

CARNOY, Martin. *Estado e teoria política*. 8. ed. Campinas: Papirus, 2003.

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

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo. O Quadrilátero da Formação de para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acessado em 14/04/2014.

CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E. (Org.). *Agir em saúde*. São Paulo, Hucitec, 2003.

CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, nov. 2012.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio. Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária no Brasil. Porto Alegre: UFRGS, 2013. 115 f. Orientador: Erno Harzheim. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR- RS, 2013.

COHN, Amélia. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abraco, 1997.

_____. A Reforma Sanitária Brasileira Após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

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

COSTA, Nilson. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação*. São Paulo: Hucitec, 1998.

COUTINHO, Carlos Nelson. *O marxismo e a política*. São Paulo: Cortez, 1994.



_____. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. Rio de Janeiro, Cortez, 1995.

CHRISTENSEN, CM; GROSSMAN, J.H; HWANG, J. *The innovator's Prescription: a disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill; 2009.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *O Anti-Édipo: Capitalismos e Esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.

DONNANGELO, Maria Cecília de Ferro. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRAIBE, Sonia. *Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930/1960*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6. P. 1267-1276, jun. 2006.

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*, v. 6, 2012. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/620>. Acesso em: 11 abr 2014.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. A integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY et al. (orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. p.125-133.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213 p.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 287-98.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

_____. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1995.

GIOVANELLA, Lígia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1081-1096, mar. 2011.



GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1.ed.Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GODOY, S.C.B.; GUIMARÃES, E.M.P.; ASSIS, D.S.S. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. *Revista da Escola Anna Nery*, v. 18, n. 1, p. 148-155, mar. 2014.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do, ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.3, p. 565-74, 2007.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere*. Maquiavel. Notas sobre o estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v.3

GUATTARI, Felix. *As três ecologias*. Ed. Papyrus. São Paulo, 1990.

GUIMARÃES, Juarez. *A esperança equilibrista: o governo Lula em tempos de transição*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20 Suppl 2:S331-6, 2004.

HOFMARCHER MM, OXLEY H, RUSTICELLI E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.

LOURAU, René. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

LUZ, Madel Terezinha. *As instituições médicas no Brasil*. 2. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2013. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora-rede-unida/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicas-pdf/view>. Acesso em: 14 abr. 2014.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda et al. *Integração da Atenção Básica com a Atenção Especializada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 43 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

MAGALHÃES JÚNIOR., Helvécio Miranda; PINTO, Hêider Aurélio. *Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?* 2014. (No prelo).

MARX, Karl. *Contribuição para a crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural, 1997.

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

MCDONALD, K.M. et al. *Care coordination atlas version 3*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.

MENEZES, Erica Lima Costa de. *O que dá certo no SUS que dá certo?* Histórias de inovação na produção da saúde na atenção básica presentes na Rede HumanizaSUS. Brasília, 2013. 140 f. il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.



MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde e sociedade.*, v.15, n. 2, p. 72-87, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. *Locus: revista de História*, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 47-69, 2009.

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

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. *Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde 2008*. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas*. Washington, DC: OPAS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 4).

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

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n.1, p.71-79, jan./abr. 2000.

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

_____. ESF em avanço para um lugar central no SUS (entrevista). *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, v. 35/36, p. 54-56, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia35_36.pdf> Acesso em: 29 abr. 2014.

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

PINTO, Hêider Aurélio.; KOERNER, Rodolfo Sander; SILVA, Diego Castro Alonso. *Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica*. Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva.



Brasília, 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 de maio de 2014.

PINTO, Hêider Aurélio; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; KOERNER, Rodolfo Sander. *Evolução do Financiamento Federal da Atenção Básica a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família – 1998 a 2014*. (No prelo)

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FERLA, Alcindo Antônio. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora*. Rio de Janeiro, Saúde em Debate, Número especial sobre avaliação da atenção básica. 2014. (No prelo)

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. 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, Hêider Aurélio et al. *Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo PMAQ*. Rio de Janeiro, Saúde em Debate, Número especial sobre avaliação da atenção básica. 2014. (No prelo).

PINTO, Hêider Aurélio et al. *Avaliação da Atenção Básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social*. Rio de Janeiro, Saúde em Debate, Número especial sobre avaliação da atenção básica. 2014. (No prelo).

PINTO, Hêider Aurélio et al. *Formação docente em educação técnica profissional na área de saúde: o SUS e os processos de trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ESNP/Fiocruz, 2007.

PINTO, Hêider Aurélio et al. *O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica*. 2014b.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder e o socialismo*. 4. ed. São Paulo: Graal, 2000.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

SANTOS, M.T.N. et al. Aplicação da telessaúde na reabilitação de crianças e adolescentes. *Revista Pauista de pediatria*, v. 32, n. 1, p. 136-143, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100020>. Acesso em 14 abr. 2014.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da.; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubén Araújo de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO. 2008. P. 243-260.

SINGER, André Vitor. *Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.



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

SOUSA, C.M. Jornadas de junho: repercussões e leituras. [Livro eletrônico]. Campina Grande: EDUEPB, 2013. 107p. Disponível em: <file:///C:/Users/Vitor/Desktop/Regina/Artigo%20Cebes/Jornadas%20de%20Junho%20-%20Repercuss%C3%B5es%20e%20Leituras.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Políticas sociais e cidadania na América Latina. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.

_____. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Cortez Editora. 2º ed. Rio de Janeiro, 1995.

TESTA, Mário. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina. *Relatório técnico de projeto: Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde*. Belo Horizonte, 2009. 83 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2014.

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

WEBER, Max. *Conceitos básicos de sociologia*. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2003.