



**GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COM BASE NOS PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DO PMAQ-AB: ESTUDO DE CASOS
NA MICRORREGIÃO DE CIDADE TIRADENTES**

**MANAGEMENT HEALTH SYSTEM OF THE CITY OF SÃO PAULO BASED ON
ASSESSMENT STANDARDS OF PMAQ-AB: STUDY CASOSNA MICROREGION
TIRADENTES CITY**

Marília Bezulle Chimara

Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Paulista – UNIP
Coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina – NASF
E-mail: mbezulle@yahoo.com.br (Brasil)

Edinho Silva

Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR
Professor do Programa de Mestrado Profissional Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade
Nove de Julho – PMPGSS/UNINOVE
E-mail: edinho.silva@uninove.br (Brasil)

Chennyfer Pain

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal São Paulo – UNIFESP
Professora do Programa de Mestrado Profissional Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade
Nove de Julho – PMPGSS/UNINOVE
E-mail: chennyfer@uninove.br (Brasil)

José Eduardo Storopoli

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Nove de Julho –
PPGA/UNINOVE
Professor de Administração da Universidade Nove de Julho – UNINOVE
E-mail: josees@uninove.br (Brasil)



GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO COM BASE NOS PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DO PMAQ-AB: ESTUDO DE CASO NA MICRORREGIÃO DE CIDADE TIRADENTES

RESUMO

A garantia da qualidade da atenção à saúde é um dos principais desafios do SUS. Para gerenciar a qualidade dos serviços da Atenção Básica o Ministério da Saúde implantou no ano de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O objetivo desta pesquisa foi avaliar como está o processo de adesão ao PMAQ pelos gestores das Unidades Básicas de Saúde na microrregião de Cidade Tiradentes, no município de São Paulo. O método utilizado foi um estudo descritivo e exploratório, estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido entre outubro e novembro de 2013 por meio de entrevistas semiestruturadas com 03 gestores da microrregião proposta no objetivo deste estudo. Os dados coletados foram analisados pelo método de análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, através das etapas de leitura e exploração do material, criação de categorias e articulação delas com referenciais teóricos. Todos os entrevistados afirmam que o PMAQ foi aderido há pelo menos 1 ano, os questionários de avaliação interna haviam sido preenchidos no ano de 2012 e repetidos no segundo semestre de 2013. Observado que os pré-requisitos propostos pelo programa foram cumpridos, as equipes foram sensibilizadas e capacitadas e mudanças nos processos de trabalho foram implementadas para adequação ao PMAQ. Conclui-se que, apesar da implantação formal do programa, os gestores não utilizam o mesmo como ferramenta de gestão da qualidade em suas unidades e não relacionam as mudanças ocorridas à adesão.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão da Qualidade; Atenção Primária à Saúde.

MANAGEMENT HEALTH SYSTEM OF THE CITY OF SÃO PAULO BASED ON ASSESSMENT STANDARDS OF PMAQ-AB: CASE STUDY IN THE MICROREGION OF CIDADE TIRADENTES

ABSTRACT

Assuring quality health care is a major challenge for the NHS. To manage the quality of primary care services to the Ministry of Health implemented in 2011 the Evaluation Program of Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ). The objective of this research was to evaluate how this process of accession to PMAQ by managers of Basic Health Units in the microregion of Cidade Tiradentes in São Paulo. The method used was a descriptive, exploratory study, case study with a qualitative approach, carried out between October and November 2013 through semi-structured interviews with 03 managers of the proposed microregion in the objective of this study. The collected data were analyzed using thematic analysis of the modes of content analysis, through the steps of reading and exploration of the material, creating categories and linking them with theoretical frameworks method. All respondents state that PMAQ was stuck for at least 1 year, questionnaires internal review had been completed in 2012 and repeated in the second half of 2013. Observed that the prerequisites proposed by the program have been met, the teams were trained and sensitized and changes in work processes were implemented to fit the PMAQ. It is concluded that despite the formal implementation of the program managers do not use the same as a quality management tool in their units and not relate the changes to the membership.

Keywords: Administration Health; Quality of Health Care; Health Services Administration; Quality Management; Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A gestão da qualidade em saúde é um dos principais desafios do gestor. Iniciativas para mensurar a qualidade cada vez mais têm sido estudadas. O Brasil iniciou sua pesquisa de qualidade no ano de 2001, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde, apresentando em 2003 a primeira metodologia de avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, PRO-ADESS. De 2003 até 2011 o PRO-ADESS foi aperfeiçoado até que em 2012 o Ministério da Saúde publicou uma nova forma de avaliação do sistema brasileiro, o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – IDSUS (Ministério da Saúde, 2011).

O IDSUS buscou evidenciar a qualidade do sistema público de saúde pelo acesso e efetividade, trazendo controversas repercussões acerca desses parâmetros para valorar o que vem sendo feito no Sistema Único de Saúde (SUS). Muitos questionamentos foram e ainda estão sendo levantados colocando em questão aspectos metodológicos ou até mesmo questionamento sobre a legitimidade da proposta como um todo (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2013).

Paralelamente à implantação do IDSUS, ocorreu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, que visa promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade comparável a nível nacional, regional e local (Norman, 2012).

O PMAQ-AB, embora menos questionado, visto que a estratégia direciona a avaliação da qualidade na Atenção Básica, não está sendo diferente do IDSUS, pois a mensuração da qualidade do Sistema de Saúde deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (Paim & Ciconelli, 2007).

Uma das funções do Estado moderno é monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas, não somente financeiro, mas qualitativo, aplicando os recursos de forma eficiente.

O presente estudo se justificou pela necessidade de conhecer a percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde em relação ao processo de implementação do PMAQ, buscando entender se estabeleceram estratégias para melhoria dos indicadores avaliados indicando o comprometimento com as ações para alcançar esse fim. Outro ponto a ser destacado é a contribuição para discussão do tema, trazendo questões como a eficácia na gestão da qualidade dos recursos públicos. A hipótese levantada foi que a sensibilização no processo de implantação da gestão da qualidade dos recursos destinados à saúde influencia no resultado positivo alcançado pelo Estado.

Refletindo sobre esses aspectos, a pergunta desta pesquisa foi: Como está ocorrendo a implementação dos processos integrantes do PMAQ na zona leste do município de São Paulo?, tendo como objetivo avaliar o processo de adesão ao PMAQ dos gestores das Unidades Básicas de Saúde dessa microrregião.

Por tratar-se de estratégia recente, o tema foi pouco explorado, cabendo uma avaliação do processo de adesão dos gestores locais.

Este artigo foi redigido em quatro partes, onde na primeira expõe-se de forma objetiva o referencial teórico, apresentando os principais conceitos norteadores, no item 2 apresentamos o método aplicado à pesquisa, seguida da coleta, tratamento e análise dos dados. Por fim, apresentados os resultados alcançados e as conclusões.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (Brasil, 2007).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como relevante inovação institucional no campo das políticas sociais, empreendida sob o regime democrático. Na Constituição Federal, promulgada em 1988, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos (Brasil, 2007).

Sob o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado” defendeu-se a assistência médica-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo esses serviços hierarquizados e a sua gestão, descentralizada. Estabeleceu-se que as ações de saúde deveriam estar submetidas a organismos do executivo, com representação paritária entre usuários e demais representantes – do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais

de saúde e dos prestadores de serviços, incluindo-se os do setor privado. Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade; integralidade; participação; e descentralização.

As leis posteriores à Constituição, 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (Brasil, 1990a, 1990b), definiram ordenamentos institucionais que, junto às Normas Operacionais Básicas nos anos subsequentes, complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implantação da política. Definiram-se fóruns federativos de negociação e pactuação com assento dos novos atores políticos gerados pelo SUS, tais como as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (Maio & Lima, 2009).

2.1.1 RESPONSABILIDADE DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

A Lei n. 8.080/90 (Brasil, 1990a) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I.** no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II.** no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III.** no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos (Ibañez et al., 2006).

No início do século XX, as campanhas de saúde no Brasil eram realizadas nos moldes quase militares, com perfil autoritário gerando descontentamento da população. Nos anos 1920 e 1930 o Estado brasileiro iniciou o modelo de intervenção na área social, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho. Esse sistema se expandiu durante o governo de Getúlio Vargas e nos governos militares. O processo de decisão e gestão do sistema, entretanto, não contava com a participação da sociedade e estava centralizado em grandes burocracias (Castro & Machado, 2010). O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria profissional. As pessoas que estivessem fora do mercado de trabalho ou com vínculos informais tinham acesso a serviços de saúde filantrópicos ou pagos pelo

próprio bolso. Entre 1970 e 1974 foram fornecidos subsídios diretos a empresas privadas para oferta de serviços médicos a seus empregados, levando à expansão dos planos de saúde privados (De Medeiros Rocha, 2006).

A proposta de reforma brasileira estruturou-se durante a luta pela redemocratização, a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, posteriormente na Assembleia Nacional Constituinte o movimento garantiu a aprovação da reforma, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social (Ibañez et al., 2006). Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária. A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-los. O sistema atual apresenta três setores, público, privado e o sistema suplementar, sendo o setor público representado pelo SUS (Castro & Machado, 2010).

O SUS ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Não se deve, porém, desconsiderar algum desses níveis de atenção, porque a atenção à saúde deve ser integral (De Medeiros Rocha, 2006).

A atenção primária à saúde (APS), também denominada como atenção básica, foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Camargo Júnior et al., 2008).

No Brasil, a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, conforme definido na Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2006 (Camargo Júnior et al., 2008).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde coordena ações voltadas ao aprimoramento da atenção básica em todo o país. O objetivo foi incentivar os gestores locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e por meio das equipes de Atenção Básica de Saúde. O novo modelo para a atenção básica é focado na melhoria da qualidade e do acesso aos serviços públicos de saúde (Novaes, 2000).

2.2 ÍNDICES DE DESEMPENHO APLICADOS À GESTÃO DA SAÚDE

Desde os anos 80 o setor da Saúde vem passando mundialmente pelo desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas de saúde. Essa necessidade é impulsionada pela necessidade de dar mais transparência ao público do gasto, bem como a redução dos recursos disponíveis. Alternativas que possibilitem mais equidade e melhor qualidade do sistema tornaram-se precípuas diante do aumento das desigualdades e da piora das condições de vida e saúde das populações. Estudos mostram que o desenvolvimento persiste na diferenciação geográfica, reforçando essa iniquidade. Entretanto, mesmo com diferenças de desenvolvimento no Norte e no Sul, a reforma setorial está sustentada por uma agenda homogênea (Piola, Vianna & Marinho, 2009; Viacava et al., 2004, 2012).

Os gestores em saúde de vários locais identificaram a necessidade de reorganizar o funcionamento dos sistemas de saúde, trazendo transparência à sociedade tanto na maneira como gerenciam os gastos públicos como também vincular esses gastos à aplicação de recursos com custo e efetividade para a saúde (Novaes, 2000).

Sob essa ótica, a disponibilidade de informação com base em dados válidos é requisito fundamental para uma análise clara e objetiva da aplicação desses recursos, auxiliando na gestão das tomadas de decisão de ações de saúde com base em uma evidência sólida, portanto, a busca por métodos que avaliem as condições de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, tendo como ponto-chave a informação concisa e confiável.

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos com a finalidade de garantir essa transparência, auxiliando no processo de gestão, pois quantificam ofertando as informações produzidas com o propósito de avaliar dimensões do estado de saúde, como, por exemplo, dados de

morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros.

2.2.1 A AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2000, o World Health Report (WHR, 2000), cuja principal inovação foi tratar da questão da avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde (SSs). Um grupo técnico, filiado à OMS, criou uma metodologia que envolveu a formulação de novos indicadores para essa avaliação, que, por sua vez, permitiram a construção de um indicador composto, denominado *Overall Health System Performance Indicator* (OHSPI). A partir do OHSPI, foram comparados os SSs dos 191 países membros da OMS, e, a partir dessa comparação, elaborou-se um ranking desses últimos.

O relatório WHR 2000 provocou grande impacto positivo por propor um quadro conceitual para avaliar o referido desempenho, embora, por outro lado, o documento tenha levantado uma onda de críticas por parte da comunidade científica internacional, por conta de metodologias frágeis (Lima *et al.*, 2012; Silva, 2003).

As críticas feitas ao OHSPI envolvem a insuficiência de dados, levando à adoção de métodos econométricos de pouca transparência e à inferência de comportamento social equânime. A *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) complementa a metodologia da WHR e inclui indicadores de resultados dos serviços de saúde como parte da avaliação de desempenho (eficiência microeconômica), inclui o acesso e o nível de gasto sanitário como meta dos sistemas de saúde (eficiência macroeconômica).

Nesse aspecto, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) posiciona-se que a avaliação de desempenho deve considerar as diferentes funções do sistema de saúde – geração de recursos, financiamento, prestação de serviços e direcionamento. Absorvendo a análise, os vários níveis (nacional, estadual e local). Preconizando que desempenho é uma dentre as diversas dimensões do SS, tais como: efetividade, aceitabilidade, satisfação, todas suportadas pela equidade (Viacava *et al.*, 2004).

No cenário brasileiro, parte a iniciativa do governo federal em 2006, em reunir sete instituições referenciadas em saúde coletiva que elaboraram uma metodologia de avaliação de desempenho, baseado nos referenciais percorridos anteriormente. A avaliação considerou quatro dimensões: as condições de saúde, os determinantes não médicos da saúde (sociais, biológicos e

comportamentais), o desempenho do sistema de saúde, bem como as características da comunidade e desse sistema, e todas essas dimensões examinadas sob a ótica da equidade.

Para o caso brasileiro, além dessas dimensões e da transversalidade da questão da equidade, foi também julgada importante a inclusão da estrutura do sistema de saúde, que compreende sua condução, seu financiamento e seus recursos humanos e materiais (Piola, Vianna & Marinho, 2009; Viacava et al., 2012). Nesse cenário, a acessibilidade e o acesso são identificados através da expressão técnica, econômica e política, compreendendo os aspectos restritos à entrada inicial nos serviços, a cobertura por seguro público ou privado e a superação de barreiras financeiras, a equidade do acesso e acesso universal a todos os níveis de serviços que norteiam as políticas de saúde (Jesus & Assis, 2010).

Nesse contexto, a acessibilidade pode ser vista como a relação funcional entre os obstáculos na busca da obtenção do cuidado (resistência) e as capacidades correspondentes da população de ultrapassar esses obstáculos (poder de utilização) (Vuori, 1991; Frenk, 1994). Por outro lado, a efetividade está associada ao grau de cumprimento de metas e objetivos e, por assim dizer, aos resultados em saúde, alcançados por determinada intervenção. A efetividade do sistema de saúde é, então, definida em função do grau de alcance do resultado desejado pela intervenção ou ação (Facchini et al., 2008; Viacava, 2004). Para os autores, a efetividade do sistema de saúde pode ser verificada através da relação entre o impacto real do serviço e seu impacto potencial, em uma situação ideal determinada.

Já a eficiência na Saúde não pode ser dimensionada a partir do resultado da relação insumo-produto, como ocorre em outros setores. Assim, ela é pensada como a relação entre o custo e o volume de serviços de saúde produzidos, ou entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. A melhoria da eficiência dos sistemas de saúde é fundamental para favorecer a sustentabilidade financeira dos mesmos. Ao mesmo tempo, seu aprimoramento é crucial no que se refere à questão ética que envolve equidade e justiça em saúde. Isso porque, sendo limitados os recursos financeiros, humanos e físicos dos sistemas de saúde, uma gestão ineficiente dos mesmos tem impacto negativo sobre a quantidade de pessoas a terem acesso aos cuidados de saúde (Furtado & Laperrière, 2011; Tanaka, 2012; Paim, 2010). O direito aos pacientes assegura o acesso ao tratamento, direito a queixar-se frente a uma ouvidoria, o acesso às próprias informações de saúde e a confidencialidade das próprias informações (Uchimura & Bosi, 2012; Santos, 2007; Tanaka, 2009; JCAHO, 1993).

No que se refere à aceitabilidade, a visão mais abrangente é postulada por Donabedian (1990), refere-se à adequação dos cuidados em relação aos desejos, às expectativas e aos valores das pessoas e suas famílias. Nesse sentido, o conceito engloba categorias como acesso, respeito aos direitos das pessoas, conforto e legitimidade (Donabedian, 1990). Já a continuidade na atenção à saúde é uma relação pessoal de longa duração entre os atores do sistema e os pacientes, independentemente da existência ou não de doença que desencadeia a utilização do sistema de saúde.

O estabelecimento desses vínculos é um aspecto fundamental da integralidade na saúde de acordo com o modelo assistencial ao qual o cidadão está inserido (Rosa, 2005). A continuidade decorre da conexão e da articulação entre os diferentes prestadores de serviços de saúde, vinculada à gestão da doença, ao cuidado e à capacidade de o sistema de saúde prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada.

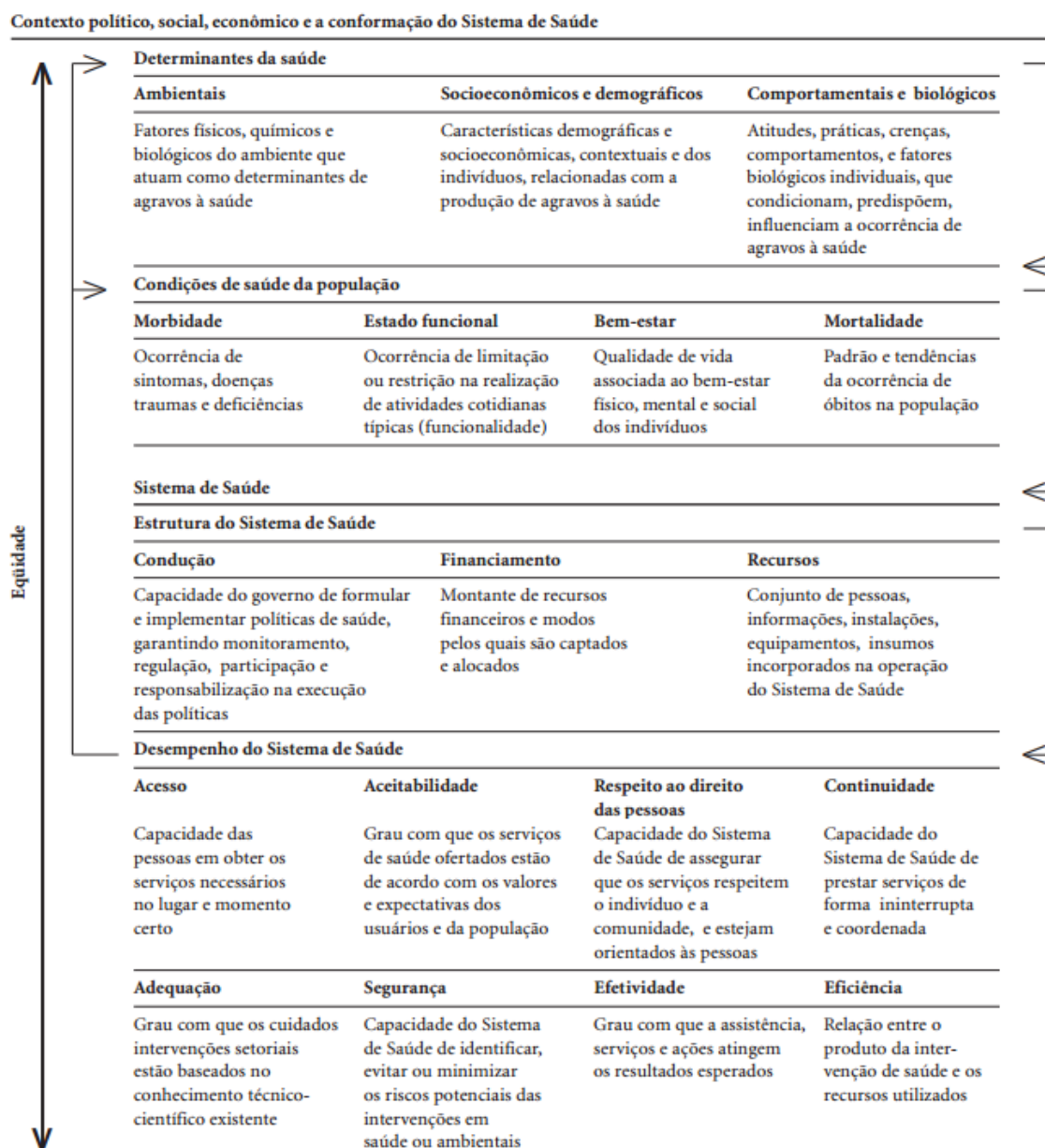
No que se refere à mensuração da adequação no sistema de saúde, tem-se a visão do cuidado apropriado ao paciente tanto do ponto de vista da sociedade como do ponto de vista clínico. É necessário que haja sintonia modelada eticamente entre os serviços, o conhecimento e as tecnologias disponíveis, bem como o alinhamento aos princípios éticos e às restrições humanas, financeiras e de recursos disponíveis (Naylor, 1998; Long & Harrison, 1985). A adequação do cuidado considera a disponibilidade de serviços segundo as necessidades da população (Vuori, 1991), além do grau com que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumenta a probabilidade de obter resultados de saúde esperados e consistentes com o conhecimento profissional atual (Smith et al., 2008).

No tocante à segurança, sua mensuração está na capacidade de evitar danos ou prejuízos causados ao paciente em função do cuidado em saúde, reconhecendo que nem todos os erros provocam danos. Podendo-se assim dizer que a prática segura refere-se a toda intervenção que reduz o risco de o paciente sofrer um evento adverso (Stelfox, Palmisani & Scurlock, 2006; Cassiani, 2006). Com base nessa ordem de considerações, foi elaborado o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde – PRO-ADESS, observado na figura 1.

De acordo com o PRO-ADESS, o foco da avaliação incide sobre o desempenho dos serviços de saúde, que, por sua vez, depende da estrutura do sistema, cuja arquitetura e cujo funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento às necessidades de saúde, reconhecendo que elas são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos.

Diferentemente do modelo canadense, no PRO-ADESS, tanto o arcabouço político, social e econômico como a conformação do sistema não configuram dimensões, mas, sim, condicionantes fundamentais que permeiam todo o funcionamento do SS. Assim, ambos adquirem caráter contextual no processo de avaliação do desempenho desse sistema. O modelo não foi implementado à época, mas foi a base para o desenvolvimento de novas iniciativas para a formatação de um indicador de desempenho (Viacava *et al.*, 2012)

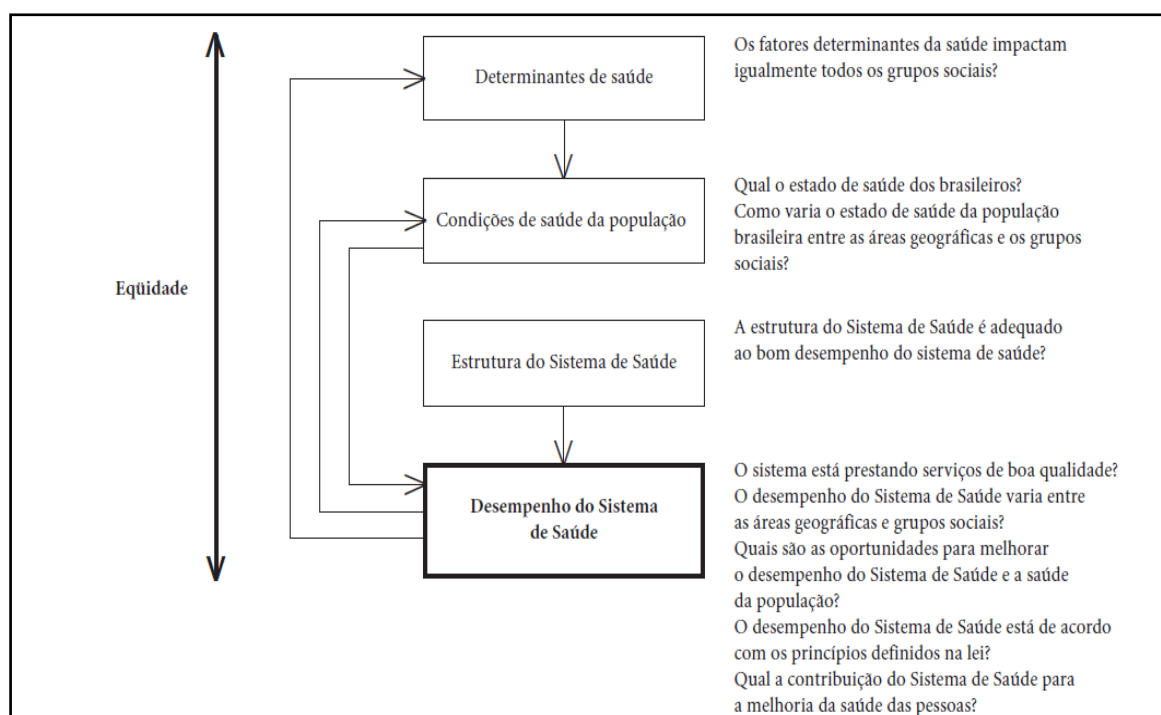
Figura 1 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde



Fonte: Viacava et al. (2004).

Os marcos teóricos de implementação de ferramentas de desempenho dos sistemas de saúde urge reflexão no campo do gerenciamento, entendido como o planejamento, a organização, a direção e o controle das funções dos sistemas envolvidos de Negociação, Financiamento, Gestão de Pessoas, Assistência Direta da Prestação dos serviços e a Administração Geral, como visto na figura 2.

Figura 2 - Modelo Desempenho do Sistema de Saúde - Questionamentos de Gestão



Fonte: Viacava et al. (2004).

Torna-se necessária a preocupação da reorganização e aferição de desempenho do Sistema Único de Saúde no Brasil, que caminha dessa maneira a passos largos. Em 2010, importante movimento se materializa através do Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, e o Pacto pela Vida, o papel de regular a estrutura organizativa do SUS nos seus detalhes, tão necessários para a sua consolidação e melhoria permanente da sua gestão. O Decreto visa a transparência da sua estrutura organizativa com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes assistenciais (Santos, 2011).

Essa ferramenta de avaliação foi então uma das precursoras na formulação do processo de gestão da qualidade das políticas públicas de saúde, cabendo auxiliar os gestores municipais, estaduais e federais no fortalecimento de seus sistemas de saúde de forma compartilhada.

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Como estratégia para alcançar a melhora do modelo na atenção básica foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (Ministério da Saúde, 2012; Norman, 2012).

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil (Ministério da Saúde, 2012).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização) (Ministério da Saúde, 2012).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (Ministério da Saúde, 2012).

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional) (Ministério da Saúde, 2012).

A terceira fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa (Ministério da Saúde, 2012).

E, finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (Ministério da Saúde, 2012).

A avaliação da Atenção Básica está dividida em quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3 - Dimensões de avaliação da atenção Básica. Fonte: AMAQ-AB

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, será sempre um grande desafio buscar aproximação do conceito de qualidade em relação à atenção básica, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os sujeitos implicados na sua construção (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) (Campos, 2005).

No PMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de

qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (Campos, 2005).

O padrão é a declaração da qualidade esperada. O seu sentido é afirmativo ou positivo, expressando expectativas e desejos a serem alcançados. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (Paladini, 1998; Campbell, Braspenning, Hutchinson, & Marshall, 2002).

Os padrões possuem caráter incremental em si mesmos, cuja avaliação da situação analisada se dá por meio de escala numérica. Estão organizados de modo a possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, viabilizando a constituição de classificações gerais de qualidade (Campos, 2005).

O método de análise adotado no PMAQ permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois, nela, cada um é avaliado por si só. Essas escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões da maneira mais objetiva (Campos, 2005).

Considerando que o uso de terminologias comumente empregadas na construção de escalas pode influenciar a percepção do respondente, optou-se pela não classificação da escala presente nos padrões. Nesse sentido, ao utilizar o instrumento, o respondente deve considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada (Campos, 2005).

Ao final da avaliação, será possível conhecer a classificação do respondente para cada dimensão e subdimensão a partir de 05 (cinco) categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa categorização permite que as equipes identifiquem com maior facilidade os desafios ou problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e qualidade (Campos, 2005).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O método utilizado foi um estudo descritivo e exploratório, estudo de caso, com abordagem qualitativa.

No campo das ciências sociais aplicadas, abordagens qualitativas são adequadas por tratar de fenômenos de elevada complexidade e difícil quantificação. Dentro das possibilidades de estudos qualitativos encontramos o estudo de caso que, segundo Martins e Theóphilo, permite investigar o fenômeno dentro de seu contexto real, buscando apreender a totalidade da situação e descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso complexo.

O estudo de caso não aceita um roteiro rígido para a sua delimitação, mas é possível definir quatro fases que mostram o seu delineamento: delimitação da unidade-caso; coleta de dados; seleção, análise e interpretação dos dados; elaboração do relatório (Gil, 2006).

3.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Foram entrevistados, no período de outubro e novembro de 2013, três gerentes de Unidades Básicas de Saúde com estratégia saúde da família na região de Cidade Tiradentes, todos com mais de três anos na função, formação acadêmica em enfermagem, sexo feminino e idade entre 30 a 40 anos.

A microrregião de Cidade Tiradentes, zona leste do Município de São Paulo, apresenta 15 km², e conta com população de 219.868 habitantes. A alta concentração populacional – 16.309,67 hab./km² – é acrescida de uma das maiores taxas de crescimento da cidade e de graves problemas sociais. Essa população contabiliza um total de 52.875 famílias residentes no território abrangido pela respectiva subprefeitura. Desse total, 8.064 famílias encontram-se em situação de alta ou muito alta vulnerabilidade. Para cobrir esse território, essa microrregião apresenta seis Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, quatro Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e dois Ambulatórios Médico-Assistenciais.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A percepção dos gestores sobre o PMAQ e sua incorporação na rotina da gestão dos serviços de saúde foi avaliada de forma qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas.

O questionário foi composto de acordo com o construto apresentado no quadro abaixo.

CONSTRUTO	REFERÊNCIAS	PRESSUPOSTO	QUESTIONÁRIO DE PESQUISA
PERCEPÇÃO	Furtado J. P., Laperrière; Huessey, P. S., De Vries, H., Romley, J., Wang, M. C., Chen, S. S., Shekell, P. G., e Mc Glynn, E. A.	Eficiência - Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.	1. Com base em quais parâmetros você avalia o desempenho dos serviços desta unidade básica de saúde ?
	Reid et al.; Rosa Filho; Starfield	Continuidade - Conexão e articulação entre os diferentes prestadores de serviços de saúde, vinculada à gestão da doença, ao cuidado, à capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada	2. Quais indicadores/ferramentas são utilizados para gestão da qualidade ? 3. Quais mudanças relacionadas à qualidade você evidenciou nos últimos 3 anos?
INCORPORAÇÃO NA GESTÃO	Jesus, W. L. A, e Assis, M. M. A.; Vuori	Acesso - Barreiras à entrada inicial nos serviços, a cobertura por seguro público ou privado e a superação de barreiras financeiras. Poder de a população ultrapassar estas barreiras.	4. Quais ações têm sido implementadas para melhoria do acesso?
	Viacava, Facchini et al.; Donabedian	Efetividade - A eficiência na Saúde entre o custo e impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado.	5. Quais ações têm sido implementadas para melhoria da efetividade ?

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados pelo método de análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, através das etapas de leitura e exploração do material, criação de categorias e articulação delas com referenciais teóricos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após serem abordados conceitos sobre a importância gestão da qualidade, descritos ao longo do referencial teórico deste artigo, faz-se necessária a análise dos questionários e entrevistas para que então se possa apresentar, da melhor forma possível, as contribuições deste estudo, demonstrando assim se o que foi desenvolvido em teoria é aplicado na prática.

Em todas as unidades cujos gestores foram entrevistados o PMAQ havia sido implementado havia pelo menos 1 ano, os questionários de avaliação interna haviam sido preenchidos no ano de 2012 e repetidos no segundo semestre de 2013. As unidades receberam uma visita de auditoria externa no ano de 2012 com previsão para nova visita de auditoria no início de 2014.

Em todas elas foi observado também que os pré-requisitos propostos pelo PMAQ foram cumpridos, as equipes foram sensibilizadas e capacitadas a respeito do programa e mudanças nos processos de trabalho foram implementadas para adequação ao PMAQ.

O resultado das entrevistas dos gestores encontra-se apresentado nos quadros abaixo, o primeiro apresenta as questões relacionadas à percepção do gestor:

1.Com base em quais parâmetros você avalia o desempenho dos serviços desta unidade básica de saúde ?
Produção (número de consultas, visitas domiciliares etc.) Comissão de prontuários (qualidade dos registros, adequação dos encaminhamentos para especialidades Acesso Qualidade da assistência Comissão de Gerenciamento de risco Comissão de mortalidade
2. Quais indicadores/ferramentas são utilizados para gestão da qualidade?
Comissão de Prontuários

Mortalidade materno-infantil, adequação ao protocolo de pré-natal (analisado por meio do formulário Mãe Paulistana)
Indicadores do contrato de gestão
Acesso aos exames e especialidades
SAU (serviço de atenção ao usuário) e pesquisas de satisfação

3. Quais mudanças relacionadas à qualidade você evidenciou nos últimos 3 anos?

Processo de acreditação
Implantação da comissão de gerenciamento de risco
Padronização da assistência de enfermagem
Controles implantados no setor de regulação (encaminhamento às especialidades)
Controles implantados na coleta de exames laboratoriais (melhora da segurança do paciente).
Organização do processo de trabalho (implantação de normas e rotinas, manuais, protocolos assistenciais)

Abaixo, o quadro relacionado à incorporação na gestão:

<p>1. Quais ações têm sido implementadas para melhoria do acesso? 2.</p>
<p>Cartão do Hipertenso, que permite agendamento de consultas conforme o indicado pela equipe que acompanha o paciente e não por livre demanda do mesmo Configuração de agendas com número de vagas para cada demanda (puericultura, pré-natal, clínica médica) com base no perfil epidemiológico da população Previsão de 1 hora semanal na agenda de cada médico para atendimento a demandas de “urgência”, tais como pacientes egressos de internações hospitalares, trocas de receitas de medicamentos controlados etc. Monitoramento das agendas e controle sobre as vagas livres Adesão aos protocolos assistenciais Monitoramento da equipe do acesso de pacientes considerados prioridades (planilhas nominais e datas de atendimento em consulta)</p>
<p>2. Quais ações têm sido implementadas para melhoria da efetividade?</p>
<p>Foco maior tem sido dado às melhorias para o acesso A efetividade ainda é um grande desafio, principalmente com grande volume de demanda das equipes Acredito que a melhora no processo deve também impactar de forma positiva o resultado</p>

É interessante observar que nenhum dos gestores associa diretamente o Programa de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) às melhorias encontradas nos últimos 3 anos, o programa também não foi mencionado quando questionados sobre as ferramentas utilizadas no processo de monitoramento da qualidade.

Em relação às ferramentas utilizadas, todos mencionaram a Comissão de Prontuários; tal comissão se reúne mensalmente e elege de forma aleatória em média trinta prontuários para serem avaliados. Essa avaliação inclui a organização externa, identificação, numeração de páginas, legibilidade, cumprimento dos protocolos assistenciais e cumprimento das normas e rotinas relacionadas aos encaminhamentos para especialidades. O resultado da avaliação é discutido com a equipe técnica da unidade para que melhorias possam ser implementadas.

A adesão aos protocolos e modelos assistenciais foi destacada pelos gestores como uma importante ferramenta na melhoria da qualidade, da mesma forma como encontrado por Da Silva e Caldeira (2010).

Como identificado por Bosi et al. (2010), as concepções do grupo concernentes ao conceito qualidade não se mostram claras, a qualidade dos programas se expressa, sobretudo, em sua dimensão objetiva, imprimindo a perspectiva da quantificação, ou seja, da avaliação tradicional, considerando-se, muitas vezes, esse tipo de avaliação como avaliação qualitativa. Desse modo, todos os gestores também identificam maiores esforços no processo de melhoria do acesso e acreditam que a melhoria da efetividade ainda é um dos grandes desafios da gestão, não havendo clareza quanto ao método a utilizar para avaliação e monitoramento quando se trata da efetividade e sua dimensão qualitativa (Bosi, Pontes, & Vasconcelos, 2010).

Diferentemente do encontrado por Nascimento, Leitão e da Costa Vargens (2006), a dimensão social do processo de melhoria da qualidade não foi citada; embora tenha ocorrido capacitação e treinamento da equipe para assuntos relacionados à qualidade, os gestores não apontam a melhora da capacitação de sua equipe como uma mudança encontrada nos últimos três anos; a motivação e satisfação profissional por trabalhar dentro de um sistema voltado para as questões da qualidade também não foi mencionada.

5 CONCLUSÕES

Este estudo buscou entender como está ocorrendo a implementação dos processos integrantes do PMAQ na zona leste do município de São Paulo, avaliando o processo de adesão desse programa pelos gestores das Unidades Básicas de Saúde dessa microrregião. Os resultados obtidos apontam que, embora tenha havido uma adesão formal ao PMAQ com capacitação das equipes e mudanças no processo de trabalho, os gestores não utilizam o mesmo como ferramenta de

gestão da qualidade em suas unidades, e também não relacionam as mudanças ocorridas à adesão ao programa.

Essa avaliação sob a ótica da implementação do PMAQ como ferramenta de gestão da qualidade dos serviços de saúde possibilitou entender que, embora os gestores não administrem suas ações nem seus indicadores influenciados pelas ações do PMAQ, é nítido que o projeto de mensuração da qualidade teve aplicabilidade para a realização do processo de avaliação e monitoramento nas políticas públicas de saúde, em especial a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A partir das evidências encontradas neste estudo, infere-se que o PMAQ, mesmo que de forma inconsciente pelos gestores, tem sido uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, auxiliando na utilização e contribuindo com melhorias como implantação da comissão de gerenciamento de risco, padronização da assistência de enfermagem, controles no setor de regulação, facilitando o encaminhando de especialidades, reduzindo filas, controles implantados na coleta de exames laboratoriais favorecendo na segurança do paciente; organização do processo de trabalho (implantação de normas e rotinas, manuais, protocolo assistenciais) garantindo a gestão da qualidade, conseqüentemente melhorando o desempenho dos indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

- Bosi, M. L. M., Pontes, R. J. S., & Vasconcelos, S. de. (2010). Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev. Saúde Pública*, 44(2), 318-324.
- Bosi, M. L. M. (2012). Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3):575-586.
- Camargo Júnior, K. R. de, Campos, E. M. S., Bustamante-Teixeira, M. T., Mascarenhas, M. T. M., Mauad, N. M., Franco, T. B., ... Alves, M. J. M. (2008). Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade; Political, institutional, and organizational evaluation of primary health care with an emphasis on comprehensiveness. *Cad. Saúde Pública*, 24 (supl. 1), s58-s68.

- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 358-364.
- Campos, C. E. A. (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde; Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 5(supl. 1), s63-s69.
- Castro, A. L. B. de, & Machado, C. V. (2010). A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal; Primary health care policy in Brazil: notes on Federal regulation and funding. *Cad. Saúde Pública*, 26(4), 693-705.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. IDSUS – números sem epidemiologia: como prestar um desserviço ao SUS e aos bons gestores. <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2370&idSubCategoria=56> (acessado em 09/dez./2013).
- Da Silva, J. M., & Caldeira, A. P. (2010). Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 1187-1193.
- De Medeiros Rocha, P. (2006). Avaliando a qualidade em Atenção Primária em Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1(4), 132-140.
- Donabedian A. (1990). The Seven Pillars of Quality. Eisenhardt, K. M.: Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, [S.l]: v. 14, n. 4, p. 532-550.
- Facchini, L. A., et al. (2008). Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: Contribuições metodológicas, *Cadernos de Saúde Pública*, 24(supl.1), S159-S172.
- França Filho, G. C. (2008). Definindo gestão social. In: Silva Jr., J., Rogerio M. et al. (Orgs.). *Gestão social: práticas em debate, teorias em construção*. Fortaleza: Imprensa Universitária.
- Furtado J. P., & Laperrière, H. A. (2011). Avaliação da Avaliação. In: Onocko R. C., Furtado J. F. (Orgs.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Editora Unicamp; p. 19-39.
- Huessey, P. S. et al. (2009). Systematic Review of Health Care Efficiency Measures. *Health Services Research*.
- Ibañez, N., Rocha, J. S. Y., Castro, P. C. de, Ribeiro, M., Forster, A. C., Novaes, M. H., & Viana, A. L. d'A. (2006). Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), p. 683-703.

- Jesus W. L. A., & Assis M. M. A. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde. *Contribuições do planejamento. Ciência & Saúde Coletiva*, 15. 1 p. 161-70.
- Norman, A. H. (2012). Qualidade em saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(23). Recuperado de <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/655>
- Novaes, H. M. D. (2000). Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 34(5), p. 547-59.
- Paim, C. da R. P., & Ciconelli, R. M. (2007). Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 9(36), p. 85-91.
- Paladini, E. P. (1998). As bases históricas da gestão da qualidade: a abordagem clássica da administração e seu impacto na moderna gestão da qualidade. *Gestão e Produção*, 5(3), p. 168-186.
- Reid R. J., Haggerty J., & McKendry R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. *Final Report. UBC Centre for Health Services and Policy Research*.
- Rosa-Filho L. A. (2008, abril). Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(4):915-925.
- Silva, P. L. B. (2003). Serviços de Saúde. O dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 69-85.
- Smith P., Mossialos E., & Papanicolas I (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. WHO Regional Office for Europe.
- Souza, G. C. A., & Costa, I. C. C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúdesoc. [online]*. vol.19, n.3, pp. 509-517.
- Starfield, B. (2004). Promoting equity in health through research and understanding. *Developing World Bioethics*, 4(1), p. 76-95.
- Tanaka, O. U., & Melo C. (2009). Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. Petrópolis: Vozes.
- Triviños, A. N. S. (1987). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação (o positivismo, a fenomenologia e o marxismo). São Paulo: Editora Atlas.
- Uchimura K. Y., & Bosi M. L. M. (2012). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em Saúde. Petrópolis: Vozes.

Viacava, F. et al., (2012). PROADESS – Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento Relatório. Rio de Janeiro: [s.n.].

_____. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. A methodology for assessing the performance of the Brazilian health system. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724.

Viana, A. L. A., Fausto, M. C. R., & Lima, L. D. (2003). Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1): 58-68.

Vuori, H. A. (1991). Qualidade da Saúde . In *Saúde para Debate*, 3 17-25.

Data do recebimento do artigo: 19/07/2013

Data do aceite de publicação: 125/09/2013