

Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo

Implementation of the Improved Access and Quality Program according to Primary Care managers in São Paulo

Lais Marques Coelho e Silva¹

Lucilene Renó Ferreira¹

Anderson da Silva Rosa¹

Vanessa Ribeiro Neves¹

Descritores

Gestão da qualidade; Políticas públicas de saúde; Avaliação em saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Educação continuada

Keywords

Quality management; Public health policy; Health evaluation; Program evaluation; Education, continuing

Submetido

8 de Junho de 2017

Aceito

21 de Agosto de 2017

Resumo

Objetivo: Analisar a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade segundo gerentes de Unidades Básicas de Saúde.

Métodos: Utilizou-se a história oral temática, por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco gerentes de Unidades Básicas de Saúde que participaram ativamente dos dois ciclos do Programa em um distrito administrativo do município de São Paulo. Os sujeitos responderam, dentre outras, à questão "Como você avalia o processo de implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade nesta Unidade Básica de Saúde?" e da análise dos depoimentos emergiram as categorias "Percepção dos gestores quanto à implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade" e "Mudanças nos processos de trabalho a partir da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade".

Resultados: Os gerentes reconheceram o Programa como uma proposta bem estruturada, que permite ampliar a visão gerencial nos serviços de saúde. O uso dos indicadores de qualidade foi evidenciado pelos entrevistados, mas pouco trabalhado e compreendido no cotidiano dos gestores e equipes. Os entrevistados demonstraram não compreender os conceitos de educação permanente e apoio institucional. A fase da avaliação externa foi considerada subjetiva e sem padronização, gerando dados que não contribuíram para avaliação das mudanças realizadas pelas equipes.

Conclusão: Evidenciou-se um processo incipiente de incorporação da cultura avaliativa de forma sistematizada e como subsídio para a melhoria contínua da qualidade na Atenção Básica. Embora ainda haja distância entre as propostas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e a prática nas Unidades Básicas de Saúde estudadas, o Programa favoreceu a organização dos processos de trabalho e contribuiu para direcionar o olhar dos gestores à prática das equipes e à própria atuação.

Abstract

Objective: To analyze the implementation of the National Improved Access and Quality Program according to Primary Health Care managers.

Methods: The thematic oral history was used, through semistructured interviews with five managers from Primary Health Care Services who participated actively in the two cycles of the Program in an administrative district of São Paulo City. The subjects answered the question "How do you assess the implementation process of the National Improved Access and Quality Program at this Primary Health Care Service?", among others. The analysis of the testimonies revealed the categories "The managers' perception of the implementation of the National Improved Access and Quality Program" and "Changes in the work processes since the implementation of the National Improved Access and Quality Program".

Results: The managers acknowledged the Program as a well-structured proposal, which permits a broader management view on the health services. The interviewees evidenced the use of the quality indicators, which was hardly addressed and understood in the managers and teams' daily reality though. The interviewees demonstrated that they do not understand the concepts of continuing education and institutional support. The external evaluation phase was considered subjective and without standardization, producing data that did not contribute to the assessment of the changes the teams made.

Conclusion: The systematic incorporation process of the assessment culture to support the continuing quality improvement in Primary Health Care is incipient. Despite the continuing distance between the proposals of Primary Health Care and the practice at the Primary Health Care services studied, the Program favored the organization of the work processes and contributed to the managers' focus on the teams' practice and their own activities.

Autor correspondente

Vanessa Ribeiro Neves
Rua Napoleão de Barros, 754,
04024-002, São Paulo, SP, Brasil.
vanessa.neves@unifesp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700059>



¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe que a Atenção Básica (AB) seja a porta de entrada preferencial do sistema de saúde pública do Brasil. A AB é um conjunto de ações de saúde pautadas em princípios científicos e que envolve prevenção de agravos, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o objetivo de responder às expectativas dos usuários. Por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a AB se organiza e estabelece diretrizes, tais como ter um território e população adscritos, o que permite o planejamento de ações de saúde voltadas à realidade local, acesso universal e contínuo aos serviços, coordenação da integralidade entre ações programáticas e demanda espontânea, gestão, trabalho multiprofissional, aumento da autonomia e participação dos usuários, dentre outros avanços.⁽¹⁾

Nesse contexto, a avaliação dos resultados e qualidade dos serviços oferecidos é essencial, pois fundamenta a tomada de decisão pelos gestores, o aprimoramento do sistema e o atendimento das necessidades da população. No entanto, a complexidade de realizar avaliação e melhoria acompanha as dimensões e desafios do SUS.

A avaliação é um importante instrumento de apoio à decisão no campo da saúde pública, que é permeado por valores intrínsecos, fatores que determinam a saúde e a doença e processos políticos fortemente enraizados nesse sistema. Sua operacionalização é complexa, requer tempo para implementação e instrumentos bem definidos e adequados à realidade do serviço. Diversas iniciativas de melhoria da qualidade na AB foram abandonadas, tais como o Núcleo Coordenador de Avaliação de Desempenho do SUS, em 2004, e, em 2005, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Secretaria de Gestão Participativa e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Como promessa de um programa estruturado e com critérios mais objetivos, surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), organizado em três fases - (1) Adesão e Contratualização; (2) Certificação; (3) Reconstrução - e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento,

que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB.⁽²⁾

O início do PMAQ, em 2012, decorreu da atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a utilização de um componente de qualidade, gerado pelo Programa, para definir o modo de repasse de verbas. O PMAQ avalia ações da AB nos três níveis de governo e pretende mensurar os possíveis efeitos das políticas de saúde, a fim de subsidiar a tomada de decisão nos serviços, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados. Visa, também, fortalecer o controle social e o foco nos usuários e monitorar e avaliar processos por meio do desenvolvimento de parâmetros e indicadores, aplicáveis em âmbito nacional e úteis para direcionar as ações governamentais. O PMAQ propõe uma nova cultura de atenção à saúde, com a valorização da gestão local e do controle social na busca pela qualificação do sistema de saúde. O Programa abrange diversos cenários e permite que os profissionais problematizem, definam suas prioridades, de acordo com a realidade local, e promovam ações de melhoria.⁽²⁾

Ainda é incipiente a produção científica sobre o PMAQ, cabe investigar sua implementação e produzir conhecimentos que subsidiem processos sistematizados de avaliação e melhoria contínua da qualidade na AB. Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo analisar a implementação do PMAQ segundo gerentes de UBS.

Métodos

Utilizou-se a história oral, na modalidade temática, uma vez que propicia uma narração mais restrita do depoente, direcionada para um tema, neste caso, o processo de desenvolvimento do PMAQ para gerentes de UBS. Partiu-se do pressuposto de que a vida das pessoas é marcada pela experiência histórica, portanto, o ato de ouvir, de forma criativa e cooperativa suas histórias, traz à tona experiências humanas profundas. Sem a participação efetiva das pessoas que participaram desse estudo, não seria

possível desnudar o objeto em questão, pois elas objetivaram nas narrativas a experiência vivida.⁽³⁾

Este estudo foi realizado no município de São Paulo, num distrito administrativo composto por 15 UBS, caracterizado por ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família e com histórico de implantação do PMAQ a partir da gestão compartilhada, controle social e participação ativa dos gerentes das unidades. Nesse município, o gerente é um profissional de nível superior que se dedica exclusivamente à gestão do serviço. Foram entrevistados os gerentes que participaram dos dois ciclos do Programa, em 2011 e 2013, totalizando cinco sujeitos. Esses profissionais tinham, em média 37 anos de idade e 80% deles eram do sexo feminino. Formados, em média, há 13 anos, com tempo médio de nove anos de experiência na AB e seis anos na gestão, 80% deles eram enfermeiros. Cada gerente era responsável por uma unidade e, em média, quatro equipes de saúde da família.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e junho de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em salas reservadas no local de trabalho de cada participante. As questões que compuseram o roteiro para as entrevistas foram: “Como você avalia o processo do PMAQ nesta UBS?”; “Como você avalia a avaliação externa?”; “Como foi sua participação nas etapas do PMAQ?”; “O PMAQ influenciou seu processo de trabalho e o das equipes?”; e “Como você enxerga o apoio institucional e a educação permanente no PMAQ?”. As entrevistas duraram aproximadamente uma hora, foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas pelos pesquisadores. Foram etapas da análise: (1) ordenação dos dados obtidos nas entrevistas; (2) classificação dos dados obtidos nos textos (empíricos e teóricos), relacionando as categorias analíticas (teóricas) e as empíricas; (3) reordenação das entrevistas, adotando o recurso utilizado na análise relacional; (4) realização de análise crítica relacional entre os dados empíricos obtidos nas entrevistas e as categorias analíticas selecionadas.⁽³⁾ Desse processo de análise emergiram as categorias “Percepção dos gestores quanto à implementação do

PMAQ” e “Mudanças nos processos de trabalho a partir da implementação do PMAQ”.

Os procedimentos éticos inerentes às pesquisas científicas na área da saúde, bem como a vigilância rigorosa das condições de utilização das técnicas e a sua adequação ao problema posto, estiveram presentes em todas as etapas deste estudo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e da Universidade Federal de São Paulo, sob CAEE nº 52535316.0.0000.5505.

Resultados

Percepção dos gestores quanto à implementação do PMAQ

Os gestores apresentaram opiniões divergentes quanto ao processo de autoavaliação. Alguns destacaram a dificuldade de obter o consenso da equipe em relação à nota e outros apontaram essa fase como um momento de reflexão sobre o trabalho realizado.

“[...] a gente vai pensando aqui [...] não sei também se esse processo de autoavaliação é bom porque você coloca o que você quer. Por isso que eu faço questão de sempre estar junto nesse momento, mas eu também não posso, se é uma autoavaliação e eles falam dez, e eu gerente falo: ‘Não é dez não, é cinco.’” (G1)

“Mas a visão diferente que a gente tem respondendo a autoavaliação facilita, você enxerga coisas que no dia a dia passam despercebidas.” (G5)

Ao conjecturar a respeito da avaliação externa, os gestores foram unânimes em afirmar que esta etapa requer revisões. Para os entrevistados, houve diferenças de critérios e modos de avaliação entre avaliadores e entre os ciclos do Programa.

“Acho que a avaliação externa foi mecânica. Profissionais que foram treinados para preencher um questionário, muitos deles não sabiam de lógica nenhuma de estratégia e aí foi um ‘tem não tem’ de acordo com a própria interpretação deles, porque a gente sabe que em algumas unidades passaram algumas coisas e em outras não passaram... então foi bem subjetivo, nada concreto.” (G1)

A divulgação dos resultados também foi abordada nos depoimentos. Os profissionais afirmaram que as notas são enviadas ao gestor e não há ação alguma diante desses resultados.

“O resultado final só nos foi passado. Acho que teve muito mais discussão no processo, antes da avaliação, porque depois que aconteceram as avaliações externas foram poucas as discussões que tivemos. A gente continuou discutindo o PMAQ em si, o processo, mas não em cima do resultado final.” (G5)

Em se tratando do uso dos indicadores, não há, segundo os entrevistados, entendimento da equipe quanto ao significado dos dados.

“Tenho certeza que eles [integrantes da equipe] não param para fazer as análises [dos indicadores] ao longo do ano. Isso não entrou na rotina deles, só vem à tona quando tem a previsão da avaliação externa, aí eles têm que organizar e olhar.” (G2)

Os depoentes também enfatizaram a falta de discussões entre equipe, gerentes e supervisão acerca dos indicadores obtidos e o desconhecimento de metas de indicadores pela própria supervisão.

Questionados sobre o apoio institucional, todos os entrevistados trataram-no como sinônimo de educação permanente.

“Quanto ao apoio institucional e ao espaço para discutir, eu acho que precisaria ter mais investimento nisso. No começo foi tão discutido e depois acho que isso reflete nas equipes. Não tem como não ter as discussões que tinham [no primeiro ciclo].” (G5)

Mudanças nos processos de trabalho a partir da implementação do PMAQ

Foi unânime entre os gerentes que o Programa contribuiu para aprimorar o processo de trabalho e direcionar a organização das atividades e registros de informações. Três entre os cinco entrevistados referiram-se ao PMAQ como um norteador da prática.

“E acho que o PMAQ nem deva ser punitivo, mas uma questão de organização mesmo, ele deve ser entendido mesmo como organizar.” (G2)

“Não pode ser visto como monstro [PMAQ] ou um impeditivo para alguma coisa e sim para direcionar, nortear uma ação.” (G4)

“Eu acho assim: o PMAQ, eu vejo ele assim, como um norte, o ideal, aquilo que a gente precisa ter e implantar num serviço de saúde.” (G1)

Todos os entrevistados afirmaram que, no primeiro ciclo, o PMAQ foi considerado pela equipe como gerador de maior carga de trabalho. Alguns gerentes perceberam a mudança dessa visão ao longo do processo e outros identificaram a falta de inserção dos fundamentos do Programa na concepção de trabalho das equipes.

“Quando chegou [o Programa], eles [a equipe] acharam que ia ser serviço a mais, mais uma coisa pra gente fazer. Mas depois a gente trabalhou o olhar e eles perceberam que era o que eles já faziam, só precisava organizar o que eles já fazem. Hoje já é tranquilo e uma coisa dentro da rotina.” (G2)

“Algumas equipes ainda falam ‘Lá vem ela com o PMAQ!’, como se fosse mais uma parte do trabalho para fazer, algo a mais do que aquilo que já faz parte. Acho que até como é o PMAQ, os padrões que são coisas que levam tempo, então a gente ainda não conseguiu incorporar de uma forma mais prática o PMAQ.” (G5)

Durante as etapas do Programa, os gestores trabalharam de maneiras diferentes com as equipes e modificaram suas atuações a partir da experiência, positiva ou negativa, do ciclo anterior.

“No primeiro [durante a autoavaliação] eu fui com eles como ouvinte e indagador, perguntava o porquê da nota (...). Hoje, como a equipe está mais madura, não precisei.” (G2)

“Com algumas equipes eu participei mais na autoavaliação, outras mais na preparação para a avaliação externa (...). Acho que eu fui respondendo de acordo com a necessidade das equipes também. Participei um pouco de cada fase das equipes.” (G5)

Os gestores também usaram diferentes estratégias para direcionar a criação de matrizes de intervenção para as equipes. Um dos gestores entrevistados optou por matrizes iguais para todas elas.

“No início a gente falou ‘Vamos bolar cada equipe fazer duas matrizes.’ Ia dar 12 matrizes, ia ficar uma loucura. Aí a gente falou ‘A unidade é uma só, é uma equipe.’ A gente conversou com a equipe técnica e hoje a saúde da mulher e o tabagismo é uma situação pra todas as equipes.” (G2)

Outros gestores delegaram às equipes a escolha dos temas das matrizes de intervenção.

“Cada equipe criou suas matrizes, não só nos temas específicos, mas em outros padrões também.” (G5)

Além disso, os entrevistados declararam que, atualmente, o uso das matrizes de intervenção é parte integrante do planejamento estratégico das equipes.

“As matrizes de intervenção acontecem no planejamento. Antes do planejamento eu percebo que as equipes pegam pra ver em que pé está e como está sendo feito e até algumas tentativas de retomada, tentar diferente. Mas sentar e ver resultado é no planejamento mesmo, uma vez por ano.” (G5)

Discussão

Avaliar pressupõe emitir juízo de valor segundo um determinado contexto histórico, social, econômico e cultural,^(4,5) o que corrobora a percepção dos entrevistados quanto à subjetividade da autoavaliação. Embora recomende, o Ministério da Saúde não exige a adoção de padrões rígidos de qualidade para a atribuição de notas⁽¹⁾ e a pontuação na classificação final considera apenas a realização ou não da autoavaliação, o que fragiliza seu impacto no resultado.⁽⁶⁾ Assim, sua importância reside nos objetivos de gerar reflexão crítica coletiva quanto ao processo de trabalho das equipes e evidenciar pontos que requerem melhoria.

A autonomia das equipes, resultado do engajamento das pessoas na construção das próprias ações, é propulsora de melhorias. Ocorre quando a avaliação dessas ações é compreendida como parte do processo de trabalho e não como uma imposição cuja finalidade é apenas o cumprimento de metas.⁽⁷⁾ O processo avaliativo deve ser amplo e provocador de mudanças,⁽⁸⁾ proposta ousada e inovadora que requer tempo para ser amadurecida e incorporada à cultura de trabalho das Unidades Básicas de Saúde.

A fragmentação da avaliação em ciclos e a alternância dos temas de intervenção dificultam a mensuração das melhorias a longo prazo e a continui-

dade de projetos anteriores na vigência de novos ciclos, o que pode gerar frustração e inibir o desenvolvimento da cultura de qualidade. Essa fragmentação está relacionada à limitação de gestores e equipes em entender o planejamento, monitoramento e avaliação como partes de um processo contínuo de trabalho por melhorias.⁽⁷⁾ Tal descon-tinuidade emergiu nos relatos dos entrevistados sobre avaliação externa.

Ainda há incoerência entre os resultados obtidos e as ações de planejamento que deveriam advir de sua análise.^(4,7) A fim de fundamentar a transformação da realidade, os resultados devem ser divulgados e discutidos⁽⁹⁾ entre gerente, equipe e avaliadores, lacuna apontada pelos sujeitos deste estudo. Incentivos financeiros baseados em resultados tem sido mais efetivos para produzir mudanças de curto prazo, ao invés de promover grandes transformações,⁽¹⁰⁾ como subsidiar processos decisórios, melhorar a organização da Atenção Básica, a comunicação e a transparência da gestão e a formação dos sujeitos envolvidos.⁽⁷⁾

Segundo os entrevistados, gestores e equipes pouco trabalham com padrões e indicadores. Sua utilização dissemina a cultura de qualidade e favorece a modulação do perfil profissional,^(6,11) o que pode contribuir para superar a fragmentação dos processos de trabalho na AB. Por outro lado, não há participação dos integrantes das equipes na formulação dos indicadores, determinados por documentos oficiais, o que os distancia desse entendimento e promove alienação.⁽⁶⁾ Questiona-se, portanto, como obter qualidade e eficiência sem o protagonismo dos trabalhadores envolvidos nesse processo.

Analisar e discutir indicadores com a equipe ajudaria a modificar esse cenário. Os gestores muitas vezes tratam a avaliação como fiscalizatória e punitiva, pois cobram o alcance de metas e a melhoria de indicadores sem realizar, paralelamente, um trabalho formativo de qualificação e incentivo aos profissionais.⁽⁷⁾ Notam-se, ainda, as deficiências dos serviços, que devem ser aprimorados pela gestão por meio de educação permanente e de melhorias estruturais e nas relações de trabalho.⁽¹²⁾

Educação permanente e apoio institucional foram tratados como sinônimos pelos entrevistados. A educação permanente tem como objetivo integrar os conhecimentos teóricos à prática profissional. Parte da problematização do cenário real, base para a busca de informação e geração de conhecimentos, e é um recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação, autogestão e autonomia.⁽¹³⁾ Qualifica segmentos da gestão, atenção e controle social.^(7,14)

Já as ações de apoio institucional favorecem o planejamento e a organização democrática dos processos de trabalho.^(7,14) Fundamentam-se na existência de um apoiador que estimule o desenvolvimento dos profissionais e, com visão estratégica, ofereça ferramentas e orientações para tanto.⁽¹⁵⁾ O apoiador deve estar inserido na equipe e, para contemplar os objetivos do Programa, propor caminhos e avaliar resultados. A AB requer profissionais autogestionários, com competências técnicas, administrativas e políticas e um núcleo de saberes em constante ampliação,⁽¹⁶⁾ o que se torna possível quando educação permanente e apoio institucional caminham juntos.

Corroborando alguns estudos,^(7,17) os profissionais compreenderam o PMAQ como norteador dos processos de trabalho, o que indica o alcance dos objetivos do Programa quanto à melhoria dos processos e a utilização de informações condizentes à realidade local.⁽²⁾ Em contrapartida, apontaram que o PMAQ gerou mais trabalho para as equipes, o que demanda uma análise mais apurada para compreender as razões desse achado.

É possível que a percepção do PMAQ como facilitador tenha contribuído com o processo de melhoria, mas os resultados não geraram movimentos ativos de reflexão e ação. Urgem, portanto, ações que articulem tais resultados à prática dos profissionais e favoreçam a compreensão da avaliação como parte do processo de melhoria contínua da qualidade na AB e, conseqüentemente, do SUS.

Ainda que o desenho metodológico do estudo não pressuponha generalizações, pode-se apontar como limitações que os resultados representam experiências locais de um distrito administrativo e, conseqüentemente, das estratégias ali adotadas para

implementação do PMAQ. Digressões sobre a temática do estudo no âmbito nacional ou outras localidades devem considerar as possíveis influências de cada conjuntura.

Conclusão

Após dois ciclos completos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, os gestores entrevistados demonstraram um processo incipiente de incorporação da cultura avaliativa de forma sistematizada e como subsídio para a melhoria contínua da qualidade na Atenção Básica. Embora ainda seja notório o distanciamento entre as propostas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e a prática nas Unidades Básicas de Saúde estudadas, o Programa favoreceu a organização dos processos de trabalho e contribuiu para direcionar o olhar dos gestores à prática das equipes e à própria atuação. Evidenciou-se, ainda, que dimensões específicas da implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, como apoio institucional, educação permanente e avaliação externa, carecem de esclarecimentos e melhorias.

Colaborações

Silva LMC e Ferreira LR colaboraram com as etapas de concepção do estudo, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Rosa AS e Neves VR contribuíram com a análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2012.

3. Meihy JC, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2010.
4. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Saúde Debate*. 2012; 6(2):358-72.
5. Owens LD, Koch RW. Understanding quality patient care and the role of the practicing nurse. *Nurs Clin North Am*. 2015; 50(1):33-43.
6. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2013; 37(98):416-26.
7. Medrado JR, Casanova AO, Oliveira CC. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2015; 39(107):1033-43.
8. Pinto Júnior EP, Cavalcante JL, Sousa RA, Morais AP, Silva MG. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):268-78.
9. Van der Wees PJ, Nijhuis-van der Sanden MW, van Ginneken E, Ayanian JZ, Schneider EC, Westert GP. Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy*. 2014; 116(1):18-26.
10. Barreto JO. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(5):1497-514.
11. Li Z, Cheng S, Lv L, She Xy, Liu XH. The application of nursing-sensitive quality indicators in evaluating nursing efficacy. *Clin Ter*. 2014; 165(5):e342-5.
12. Mendes Júnior FI, Bandeira MAM, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):147-58.
13. Cramer ME, High R, Culross B, Conley DM, Nayar P, Nguyen AT, Ojha D. Retooling the RN workforce in long-term care: nursing certification as a pathway to quality improvement. *Geriatr Nurs*. 2014; 35(3):182-7.
14. Machado JF, De Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos ML. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):102-13.
15. Pavan C, Trajano AR. Institutional support and the experience of the National Humanization Policy (PNH) in Freguesia do Ó, Brasília, São Paulo, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:1027-40.
16. Galavote HS, Zandonade E, Garcia AC, Freitas PS, Seidi H, Contarato PC, et al. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016; 20(1):90-8.
17. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015; 15(2):171-80.