

A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre

The experience of planning and operationalizing the PMAQ-AB in the Acre State

Valéria Rodrigues¹, Cleber Ronald Inácio dos Santos², Mariana Uchoa Pereira³

RESUMO Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção, nas fases de Avaliação Externa e Censo, das Unidades da atenção básica no estado do Acre. Foram avaliadas 35 equipes de Atenção Básica e realizado em censo em 224 UBS. Este artigo está organizado a partir de uma breve caracterização do estado e das regiões de saúde, análise do planejamento e operacionalização da Avaliação Externa, suas peculiaridades e desafios. Como aprendizado para a equipe de avaliação, dois aspectos se destacaram, como o uso do planejamento como ferramenta norteadora e flexível e da articulação institucional como mediador e redutor de conflitos institucionais. Para as equipes de saúde, foi importante reconhecer a necessidade de realizar avaliação e planejamento periódicos.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento; Gestão em Saúde; Avaliação em saúde; Regionalização.

ABSTRACT *This article is an experience report on the implementation process of evaluation of basic care in the state of Acre. 35 UBS were evaluated and 224 censuses conducted. It is organized from a brief characterization of the State and the health regions, planning and implementing evaluation. As a result two important aspects of this process stood out like the using of planning as a guiding and flexible toll, and institutional coordination as a mediator and reducing institutional conflicts. For the health teams, learning it was important to recognize the need for periodic reviews and planning.*

KEYWORDS *Planning; Health management; Health evaluation; Regional health planning.*

¹Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Pública - Ensp - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (Ufac) - Rio Branco (AC), Brasil.
valeriarodrigues45@yahoo.com.br

²Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor da Universidade Federal do Acre (Ufac) - Rio Branco (AC), Brasil.
cleber_ronald@hotmail.com

³Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Acre (Ufac) - Rio Branco (AC), Brasil.
marianauchoa_@hotmail.com

Introdução

A Estratégia Saúde da Família surgiu para reorientar os serviços e o modelo de assistência à saúde, numa tentativa de expandir os serviços de saúde e ser acessível ao cidadão, além de tentar reverter uma dívida social do Estado com a população. Durante toda a década de 1990 até 2012, quando a Estratégia foi implementada maciçamente, pouco se sabia das verdadeiras condições de funcionamento, estrutura e processo de trabalho das equipes.

A Avaliação Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica está sendo desenvolvida no país através de um esforço do Ministério da Saúde em parceria com diversas instituições de ensino e pesquisa que estabeleceram consórcios para realizar a avaliação de acordo com suas expertises.

No estado do Acre, o consórcio está sendo coordenado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (Ufac).

Apesar de o estado ter relativamente um número de unidades de saúde inferior às demais capitais da Federação, a região Norte possui peculiaridades que dificultam a realização de uma pesquisa da magnitude do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), principalmente quando se observa o acesso, localização, distribuição demográfica, populacional e de unidades na região. Exige-se das instituições e dos pesquisadores conhecimento da realidade de cada localidade para traçar um plano viável de desenvolvimento do trabalho, como foi o caso do Acre.

Como experiência relevante para o campo da avaliação de serviços, este artigo poderá contribuir com a área de conhecimento, principalmente no planejamento operacional do trabalho de campo. Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de

implementação da Avaliação Externa da Atenção Básica no estado do Acre no primeiro ciclo (2012) do Programa Nacional de Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O texto está estruturado a partir da caracterização do estado e das regiões de saúde, material e método, planejamento e operacionalização da avaliação e algumas considerações acerca das lições aprendidas durante esse processo.

Caracterização do estado do Acre e das regiões de saúde

O Acre é o estado da Região Norte mais a oeste, com uma extensão territorial de 164.123,040 quilômetros quadrados, com uma população 758,78 mil habitantes em 2012. A densidade demográfica é de 4,47, e tem 22 municípios.

A cidade de Rio Branco (capital do estado) continua sendo a cidade mais populosa, com 348.354 mil habitantes. A cidade de Cruzeiro do Sul (regional política do Juruá) segue em segundo lugar com 79.819 mil, a cidade de Sena Madureira com 39 mil habitantes e Tarauacá com 36 mil respectivamente. A cidade com menor número de habitantes é Santa Rosa do Purus, com 5.061 habitantes (IBGE, 2012).

O principal meio de transporte no estado ainda é o fluvial cujos principais rios da rede hidrográfica seguem em direção nordeste e são afluentes da margem direita do rio Solimões. Os principais rios são os Rio Tarauacá, Purus, Gregório, Envira, Acre e Juruá que formam a rede hidrográfica estadual, dividida entre a Bacia do Acre-Purus e a Bacia do Juruá. A principal estrada é a BR 364, que liga a capital Rio Branco até a cidade de Cruzeiro do Sul. No entanto, alguns municípios não possuem estradas de ligação, em função da sua localização, utilizando os rios como principal meio de transporte.

Essa caracterização é importante para compreender como a distribuição demográfica da população, os meios de transporte e o clima têm fator preponderante no desenvolvimento das ações de saúde, de pesquisa e de desenvolvimento regional. O desconhecimento dessas variantes pode comprometer tanto as análises quanto as ações que possam ser planejadas para a região.

A regionalização da saúde

O processo de regionalização da Rede de Atenção à Saúde do estado ocorreu a partir das discussões nos Fóruns de participação social, no Conselho Municipal e Estadual de Saúde, pactuado e aprovado através da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite, nº 38 de 2009, considerando as exigências da Portaria GM/MS nº 399 de 22/2/2006 que criou o do Pacto pela Saúde, que aprova e orienta as diretrizes operacionais e define as regiões de saúde como

recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o desenho da regionalização da assistência no estado do Acre estruturou três regiões de saúde da seguinte forma:

Região I – Vale do Baixo Acre e Purus, com sede no município de Rio Branco. Composta ainda pelos municípios de Santa Rosa do Purus, Manoel Urbano, Sena Madureira, Bujari, Porto Acre, Rio Branco, Senador Guimard, Plácido de Castro, Acrelândia e Capixaba. O município de Jordão foi incluído na Região I através da Resolução Comissão Intergestora Bipartite/CIB nº 31 de 2013, em função do isolamento terrestre, pela dificuldade de navegação no período

seco e pela facilidade do transporte aéreo, ligando-o à Capital.

Região II – Vale do Acre, com sede no município de Brasiléia. É formada pelos municípios de Xapuri, Epitaciolândia, Brasiléia e Assis Brasil, todos interligados por via terrestre. Os municípios de Epitaciolândia, Brasiléia e Assis Brasil fazem fronteira com os países Bolívia e Peru.

Região III – Vale do Juruá, com sede no município de Cruzeiro do Sul. É composta pelos municípios Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Tarauacá e Feijó, e fazem fronteira com o Peru.

A Comissão Intergestora Bipartite, criada pela Portaria nº 646, de 18/06/1993 (ACRE, 1993), reúne-se com regularidade e tem infraestrutura alocada dentro do espaço físico da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE). Conta com uma secretaria-executiva equipada que possui três servidores de nível superior responsáveis por organizar e dar vazão à demanda da CIB para os municípios e Ministério da Saúde.

As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) foram criadas com objetivo de atender à especificidade de cada região de saúde, estabelecendo uma relação semelhante à CIB, no entanto, respeitando as diferenças geográficas e populacionais que são específicas das regiões de saúde no estado. Foram pactuadas três Comissões Intergestoras Regionais (CIR), criadas através da Resolução CIB, nº 36 de 11 de Abril de 2012 atendendo ao Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011B).

O município de Rio Branco possui a maior e mais equipada infraestrutura de média e alta complexidade, servindo de suporte e referência para as demais regiões de saúde, necessitando, portanto, da pactuação e reconhecimento das CIR como suporte interfederativo importante para a rede de atenção e referência à saúde.

As CIR ainda não estabeleceram reuniões ordinárias, o que pode fragilizar os pactos cooperativos entre as regiões de saúde e enfraquecer as políticas de saúde pertinentes à necessidade da população. As reuniões ocorrem somente quando existe a necessidade de pactuação envolvendo os municípios, sob alegação do longo tempo das reuniões e da necessidade de tomada de decisão rápida.

De forma genérica, isso pode dificultar a integração e a articulação cooperativa entre as CIR e resultar num processo orgânico e formal, sem interação necessária para a resolução de problemas cotidianos que se agravam entre o tempo de decisão e execução, fato que Matus (1996, p. 35) chamava de “processamento tecnopolítico deficiente”, ou seja, as reuniões periódicas podem contribuir para reduzir a distância geográfica bem como a decisão cooperativa e em tempo hábil a atender a demanda pelos serviços de saúde.

Material e Método

Este artigo pretende relatar a experiência do planejamento e operacionalização da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011A, p. 15) no âmbito do estado do Acre. A análise aqui apresentada foi feita a partir dos diários de bordo que as entrevistadoras enviaram à coordenação local ao final do trabalho de campo de cada rota; dos relatórios das reuniões com toda a equipe e dos relatórios da coordenação local.

A análise de conteúdo dos relatórios acima indicados identificou as categorias planejamento e articulação institucional como centrais na tematização do trabalho de avaliação. Considera-se o planejamento como uma etapa de uma agenda política previamente definida entre instituições, identificando objetivos, metas e planos operacionais (ARAÚJO, 2010, p. 9). O conceito de articulação institucional é entendido como

espaços decisórios, de representação e participação dos atores sociais envolvidos no processo político (FIPPI, 2009, p. 4).

O tipo de estudo desenvolvido foi o transversal, que possibilita obter dados estruturados sobre infraestrutura, profissionais e usuários, e foi definido pelo Ministério da Saúde e pelas Instituições participantes da avaliação. (BRASIL, 2011A, p. 15). A adesão voluntária foi o critério de inclusão das equipes de saúde ao PMAQ-AB, mediante um termo de contratualização de compromisso entre os gestores, as equipes de saúde e o Ministério da Saúde. As unidades básicas de saúde com equipes que contratualizaram receberam a equipe de avaliadores. Esses aplicaram os instrumentos referentes à satisfação do usuário e sobre o processo de trabalho das equipes de saúde.

O censo foi aplicado a todas as unidades de saúde constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que tenham ou não aderido ao PMAQ-AB e tinha o objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, equipamentos e insumos, quantidade de equipes no mesmo espaço físico, sinalização externa e de serviços, horário de funcionamento e acessibilidade.

A Avaliação Externa no Acre recebeu a demanda de avaliar 36 unidades de saúde que aderiram ao PMAQ-AB e realizar 224 censos, incluindo zona urbana e zona rural.

O processo de planejamento da avaliação

Desde a década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família como uma estratégia de reorientar os serviços de saúde e mais recentemente com a Portaria GM 4.279 de 30/12/2010 que definiu a atenção básica como ordenadora da Rede de Atenção em Saúde, esse processo de reordenação dos serviços requer uma avaliação ampla da qualidade dos serviços, do acesso e estrutura dos serviços ofertados em todo o país (BRASIL, 2010, p. 3).

Por outro lado, a crescente necessidade de otimizar os serviços, a transparência tanto nos gastos quanto na tomada de decisão nas políticas públicas trouxe desafios importantes para os gestores públicos (VIACAVA, 2004, p. 712).

Esse conjunto de demandas sobre a gestão pública evidencia a necessidade de avaliar os serviços de saúde, mas principalmente, no caso da atenção básica, delinear o tipo de serviço, a estrutura e a satisfação do usuário para reordenar e adequar com mais precisão os serviços que atualmente são ofertados em cada unidade de saúde. O planejamento e a operacionalização da Avaliação Externa no estado do Acre foram organizados a partir das informações e dados repassados pelo Ministério da Saúde, constando o quantitativo das unidades que tinham aderido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e das unidades que deveriam se submeter ao censo e Avaliação Externa. Foi necessário confrontar essas informações com o banco de dados existente nas Secretarias Municipais de Saúde para dirimir as incongruências e duplicidades.

As rotas de avaliação foram traçadas de acordo com as regiões de saúde do Estado, considerando a forma de acesso, que apresentam distintas dificuldades, e a quantidade de unidades que deveriam ser visitadas.

O acesso às rotas da regional do Alto Acre é feito por via terrestre, com transporte regular de ônibus. O acesso aos municípios da regional Baixo Acre/Purus em parte é feito por via terrestre, com exceção do município de Santa Rosa do Purus, com menor densidade populacional do estado, cujo acesso se faz por via área duas vezes na semana. O acesso aos municípios da regional Tarauacá/Envira se faz por via terrestre e aérea, embora os municípios de Marechal Thaumaturgo e Rodrigues Alves só tenham acesso por via fluvial ou aéreo, ocorrendo uma vez por semana.

Na primeira etapa do PMAQ-AB/AC foram realizadas 35 avaliações externas das equipes que aderiram, 224 censos, e foram

identificadas 57 unidades que estão desativadas, sendo o total de avaliações e censos realizados no estado foi de 259 unidades, assim distribuídas:

- Alto Acre: 22
- Baixo Acre/Purus: 154.
- Juruá/Tarauacá/Envira: 83 avaliações externas e censo.

A operacionalização da Avaliação Externa

A Avaliação Externa proposta pelo Ministério da Saúde marcada para iniciar em todo o país em março de 2012, em função do fechamento dos instrumentos, do aplicativo que deveriam ser inseridos nos tablets, sua compra e o repasse de recurso para todas as instituições envolvidas na avaliação, somente ocorreu em maio.

A coordenação local no estado do Acre foi composta por um coordenador geral, uma supervisora de equipe e uma estagiária. Sendo a atribuição da coordenação local o planejamento das rotas de avaliação, contou com o apoio da Comissão Intergestora Bipartite, dos secretários municipais de saúde e responsáveis pela atenção básica dos municípios.

A equipe de entrevistadores e supervisores participou de uma capacitação de vinte horas com conteúdo sobre os instrumentos de avaliação, as possíveis dificuldades que poderiam surgir durante o trabalho de campo e a forma de abordagem aos participantes da pesquisa.

Os entraves entre o período da capacitação e familiarização com o *tablet* e os instrumentos de avaliação não foram compatíveis, gerando descompasso observado nos primeiros dias de aplicação dos instrumentos de Avaliação pelas entrevistadoras. Para corrigir esse problema, a primeira etapa foi realizada na capital, possibilitando correção de possíveis erros, falta de informação ou incompletude no preenchimento dos dados;

maior domínio do instrumento e da abordagem dos participantes.

A cada saída da equipe, para uma etapa da avaliação, foram realizadas reuniões de preparação para observar os critérios de inclusão e exclusão de usuários, profissionais e as desconformidades possíveis durante o processo de avaliação, para identificar as unidades constantes no programa do Ministério da Saúde e para fazer contato prévio com os coordenadores da atenção básica local. Ao chegar ao município, os entrevistadores faziam contato de apresentação com a coordenação da Atenção Básica e com os profissionais que iriam participar da Avaliação.

A articulação institucional e o campo

Os novos arranjos institucionais, com foco nas parcerias, contribuem para o desenvolvimento da corresponsabilização e o fortalecimento dos processos decisórios de forma mais horizontal e coadunam-se com o modelo proposto de organização das Redes de Atenção à Saúde, onde se enfatizam esforços de decisão e implementação das políticas públicas, além da reciprocidade e confiança que se estabelecem entre os atores envolvidos (FIRMINO, 2011).

A estratégia adotada pela coordenação da equipe de pesquisa do Acre foi, ao iniciar cada etapa de campo, realizar reuniões com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, os técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) e explicar como seria realizada a Avaliação Externa. Todos os secretários municipais e coordenadores de atenção básica dos municípios visitados foram comunicados por uma carta enviada por *email*, e por contato telefônico com as coordenações de Atenção Básica.

As reuniões da Comissão Intergestora Bipartite também foram utilizadas para comunicar e esclarecer dúvidas, apresentando as vantagens e importância da avaliação para os serviços de saúde, sendo uma importante fer-

ramenta para o desenvolvimento da avaliação. Foi discutida, através de reuniões com o Nescon e Ufac, a possibilidade de negociar com os municípios que receberiam a equipe de avaliadores, a disponibilização de transporte e hospedagem. Em algumas situações foi viabilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), mas em outras situações, quando não foi possível pelas condições financeiras da Secretaria foi pelo entendimento do que era a Avaliação Externa, especialmente nas UBS onde apenas se aplicaria o censo.

A coordenação local pontuou a necessidade de ter independência para realizar a avaliação, uma vez que era um período de eleições municipais e isso poderia causar desconforto ou desconfiança por parte dos gestores e dos profissionais, o que não ocorreu em função do diálogo constante com as secretarias de saúde e a coordenação local do PMAQ-AB/AC.

A estratégia de fornecer informações de como o processo estava sendo conduzido, do envolvimento de professores da Universidade, sem vínculo com qualquer sigla partidária, possibilitou a realização da avaliação sem grandes transtornos com as secretarias municipais de saúde.

Às UBS que estavam fechadas, desativadas, em reforma, ou impossibilitadas de acesso (pela seca dos rios), foi solicitado ao Secretário de Saúde ou técnico responsável pela Atenção Básica do município que fornecesse uma declaração informando tal situação, para que os entrevistadores pudessem justificar ao Ministério da Saúde a impossibilidade de realizar a Avaliação Externa.

Algumas UBS de Rio Branco, Mâncio Lima e Marechal Thaumaturgo, principalmente as da zona rural e uma UBS que estava em reforma não receberam os avaliadores externos, sendo a visita de avaliação reagendada para um período subsequente. Duas secretarias municipais de saúde, apesar de terem recebido a informação via correio eletrônico e telefone, não comunicaram às equipes de saúde que estariam recebendo as entrevistadoras para Avaliação Externa,

ocasionando que a equipe não estivesse preparada para receber os entrevistadores e fornecer as informações necessárias, o que prejudicou a avaliação da unidade.

Um problema comum verificado durante o processo de avaliação relaciona-se à alteração do nome da UBS pela SEMSA junto ao CNES, dificultando a identificação exata da mesma. Outro problema relatado pelos entrevistadores foi em relação ao funcionamento da UBS quanto ao horário e aos dias da semana de trabalho. A justificativa, na maioria dos casos, foi em decorrência de reformas da UBS, onde o espaço físico estava sendo compartilhado por mais de uma equipe e, não comportando todos os profissionais ao mesmo tempo, foram divididas em turnos distintos.

Considerações

O processo de planejamento e implementação de uma avaliação de serviço é sempre uma questão delicada e exige um esforço importante para sensibilizar os gestores, profissionais e usuários do Sistema. Isso se deve a dois fatores: a necessidade de implementar as mudanças necessárias no serviço e a dificuldade de estabelecer um padrão de qualidade que fosse minimamente uniforme diante da diversidade social, econômica e demográfica do Brasil.

Institucionalizar processos de avaliação de serviços ainda é sensível diante de tantas questões urgentes que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, no entanto, é necessário que faça parte da rotina dos serviços. Segundo Schneider (2006), deve-se focar na avaliação como um sistema produtor de informações e que em médio prazo contribuía com a formulação de políticas. A avaliação instituída pelo Ministério da Saúde em todo o país foi fruto de uma pactuação entre as três esferas de governo e culminou com um amplo processo de avaliação, que teve adesão voluntária dos municípios de todo o país.

No estado do Acre, a Avaliação Externa, de forma geral, atingiu seu objetivo. Alguns fatores devem ser considerados em um processo amplo de avaliação, no entanto, não descaracterizou a Avaliação, como, por exemplo, os atrasos para o início de forma uniforme em todo o país. Considerando a demanda repassada pelo Ministério da Saúde, o Estado conseguiu realizar a avaliação em todas as unidades que tinham aderido ao Programa e o censo em todas as unidades básicas de saúde ativas.

A estratégia de comunicação e reuniões adotada pela coordenação local com as equipes técnicas das Semsas, Sesacre e Cosems foi importante para o sucesso da avaliação, com pouco relato de problemas que de fato pudessem comprometer a realização da avaliação. Uma questão preocupante durante todo o período da avaliação foi a dificuldade de conseguir precisar exatamente quantas e quais UBS estavam em funcionamento, ou em duplicidade no CNES, localização e nome correto. Essa demanda foi repassada para o Ministério da Saúde nas reuniões entre os representantes dos Consórcios.

Aliado a isso, a dificuldade de comunicação por meio da internet com as Semsas foi um fator que necessitou de mais tempo do que o esperado, para garantir que a informação chegasse a tempo hábil para a equipe de saúde que recebeu a avaliação. O sinal de internet e telefone disponibilizado pelas operadoras ainda é um fator comprometedor, o que dificultou o envio das informações ao Banco de Dados do PMAQ-AB. Mesmo na capital, em muitos momentos, existiram *blackouts* na rede, impossibilitando a comunicação por até dois dias consecutivos.

A questão mais preocupante no início da Avaliação Externa esteve relacionada à compatibilização do tempo exigido pelo Ministério da Saúde e às condições geográficas para realizar a coleta em tempo hábil. Essa questão foi superada pelo planejamento e replanejamento flexível e atento às questões relatadas pelas entrevistadoras. Em algumas

situações, o município tinha um feriado local, ou uma festa religiosa não informada no calendário do Estado, questões que foram superadas e dinamizadas para não perder de vista as datas previamente combinadas.

Uma lição importante aprendida desse processo está relacionada ao planejamento flexível e contínuo, remetendo à idéia de um processo que deve ser revisto continuamente. Aliado a isso, ter profissionais que conheçam a realidade, a região e os aspectos relacionados à cultura também foram fatores que contribuíram positivamente. Uma segunda lição foi o apoio institucional com base no diálogo que deve ser conduzido respeitando as diversas áreas dentro do campo da saúde. Sem o apoio institucional e o replanejamento constante, talvez a avaliação tivesse tido mais problemas para sua finalização.

Em relação ao processo avaliativo, os programas e serviços envolvem uma multiplicidade de fatores e condições favoráveis que devem ser consideradas. A apresentação dos resultados poderá aperfeiçoar a reorientação do modelo de saúde e organização de serviço, uma vez que se considera a atenção básica como a ordenadora do Sistema. As condições de infraestrutura, acesso, qualidade dos

serviços ofertados e processo de trabalho das equipes devem também estar orientados no mesmo sentido, com investimentos e avaliações regulares, o que viabilizará que no futuro se trace uma análise mais fidedigna dos serviços e programas de saúde.

De forma geral, a Avaliação Externa e o PMAQ-AB estão induzindo as equipes de atenção básica a se autoavaliarem, trazendo para o cotidiano a necessidade de planejamento das ações como condutora do processo de reorientação das ações e serviços, além de desmitificar a Avaliação Externa dos serviços como um processo negativo, dando-lhe a dimensão de uma necessidade positiva para correção dos rumos e adequação das ações.

Destacamos que um dos entraves centrou-se na transmissão dos dados, pois nem todos os municípios do estado do Acre, ou mesmo na capital, possuem um sinal de internet de qualidade para a transmissão on line.

Finalmente, participar de um processo como o PMAQ-AB trouxe contribuições importantes para a Universidade, pois possibilitou desenvolver uma *expertise* importante, tanto para a condução de outros projetos quanto para os profissionais envolvidos diretamente na avaliação. ■

Referências

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. *Resolução nº 38 de 2009*. Rio Branco, 2009. Mimeo.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. *Resolução nº 31 de 2012*. Rio Branco, 2012. Mimeo.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. Resolução nº 36 de 11 de Abril de 2012. *Diário Oficial [do] Estado do Acre*, nº 10.774. Disponível em: <<http://diario.ac.gov.br/download.php?arquivo=KEQxQHI3IyEpRE8xMzM0MTAzNDE5MjI4Ny5wZGY=>>>. Acesso em: 01 ago 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. *Portaria nº 646, de 18 de Junho de 1993*. Rio Branco, 1993. Mimeo.

ARAÚJO, A. N. M. *Articulação entre o conceito de governança e as funções de planejamento e controle na gestão de políticas públicas*. 2010. Disponível em: <[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material.CONCAD/paineis III Congresso Consad/painel/articulação entre o conceito de governança e as funções de planejamento e controle na gestão de políticas públicas.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material.CONCAD/paineis%20III%20Congresso%20Consad/painel/articula%C3%A7%C3%A3o%20entre%20o%20conceito%20de%20governan%C3%A7a%20e%20as%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20planejamento%20e%20controle%20na%20gest%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006, seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Diário Oficial da União*, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 09 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Presidência da República. Decreto nº 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*. *Diário Oficial da União*, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 09 set. 2014.

FIPPI, M. F. *Estratégia de articulação intergovernamental na implantação de políticas públicas metropolitanas: construindo um conceito e evidenciando a aplicação prática*. 2009. Disponível em: <[http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/A estratégia de - Articulação Intergovernamental na Implantação de Políticas Públicas Metropolitanas - Construindo um conceito evidenciando a aplicação prática](http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/A%20estrategia%20de%20Articula%C3%A7%C3%A3o%20Intergovernamental%20na%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20Metropolitanas%20-%20Construindo%20um%20conceito%20evidenciando%20a%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A1tica.pdf)>. pdf>. Acesso em: 09 set. 2014.

FIRMINO, S. Os novos arranjos institucionais na governança pública: o caso das parcerias público-privadas. Estudo comparativo entre o Sul e o Norte da Europa. *Sociologia on line*: Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. Lisboa, n. 2, p. 389-422, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos Municípios Brasileiros*. 2012. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 24 jun. 2013.

MATUS, C. *Adeus senhor presidente: governantes e governados*. São Paulo: Fundap, 1996.

SCHNEIDER, A. L. Pesquisa Avaliativa e melhoria da decisão política: evolução histórica e melhoria da decisão política. In: HEIDERMAN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). *Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. Brasília: Universidade de Brasília, 2009. p. 311-328.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2014.

Recebido para publicação em agosto de 2013
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve