

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Milena Rocha Barbosa

**ANÁLISE DO 1º CICLO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) EM UM
MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Juiz de Fora

2014

Milena Rocha Barbosa

**ANÁLISE DO 1º CICLO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) EM UM
MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, DA Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rocha Barbosa, Milena.

Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte / Milena Rocha Barbosa. -- 2014.
105 f. : il.

Orientador: Estela Márcia Saraiva Campos
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Avaliação em Saúde. 2. Melhoria de Qualidade. 3. Atenção Básica. 4. Saúde da Família. I. Saraiva Campos, Estela Márcia, orient. II. Título.

MILENA ROCHA BARBOSA

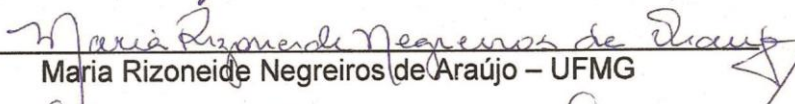
“Análise do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB) em um Município de Médio Porte.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

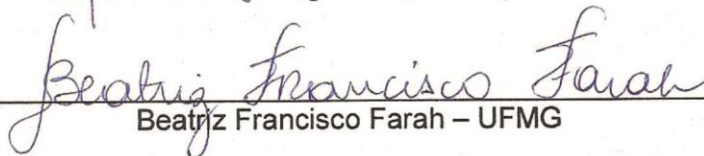
Aprovado em 02/04/2014



Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF



Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG



Beatriz Francisco Farah – UFMG

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos pelo apoio, incentivo e pelos conhecimentos compartilhados.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelos ensinamentos; aos colegas do Mestrado, sou muito feliz por conhecido e convivido com cada um de vocês. Aos funcionários do NATES por estarem sempre de braços abertos para nos atender.

À minha família pelo apoio, em especial à minha irmã Thaís e tia Leninha, grandes incentivadoras desta caminhada. Ao meu filho Daniel por seu amor incondicional, mesmo ainda não conseguindo compreender meus momentos de ausência.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios, em especial aos amigos da Coordenação da Atenção Básica e ao Secretário de Saúde Luís Alberto, pelo apoio e incentivo desde o período de seleção para o Mestrado.

Acima de tudo, agradeço a Jesus, o Autor e o verdadeiro sentido da vida.

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, lançado no ano de 2011, configura uma nova estratégia para melhoria assistencial através de avaliação, coordenação de ações e certificação enfocando o trabalho de equipes de Atenção Básica. É estruturado na lógica de ciclo contínuo em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. O estudo teve como objetivo analisar os resultados do 1º ciclo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município de Três Rios, estado do Rio de Janeiro, que ocorreu no período de outubro de 2011 a abril de 2013. Caracterizou-se como um estudo descritivo-exploratório, com delineamento de pesquisa documental referente aos dados obtidos por meio dos instrumentos de avaliação e documentos relativos a cada fase do 1º ciclo do programa. A análise dos resultados permitiu considerar que o município apresentou avanços na estruturação do trabalho da gestão e das equipes, com a instituição da gratificação por desempenho, da equipe de apoio institucional e da realização das autoavaliações e planejamento das intervenções, além do investimento em equipamentos, materiais e insumos. A análise da estrutura e dos processos através das matrizes de intervenção e dos indicadores permitiu identificar como desafios a melhoria da infraestrutura das Unidades de Saúde da Família, a reestruturação das práticas de educação permanente, aprimoramento do apoio matricial na área de Saúde Mental, participação comunitária através da organização dos conselhos locais de saúde, pactuação das metas dos indicadores de forma descentralizada a partir da realidade de cada Unidade de Saúde da Família e fortalecimento da rede assistencial. A adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica tem o potencial de favorecer o aprimoramento das práticas gerenciais e assistenciais e a institucionalização da avaliação no âmbito da Atenção Básica.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Melhoria de Qualidade. Atenção Básica. Saúde da Família.

ABSTRACT

The National Programme for Improving Access and Quality in Primary Care , launched in 2011 , sets up a new strategy for improving care through assessment , accreditation and coordination of actions focusing on the work of primary care teams. It is structured in logical continuous cycle of four phases: adhesion and contracting, development, external evaluation new contracting. The study aimed to analyze the results of the 1st cycle of implementation of the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care in Três Rios, state of Rio de Janeiro, which occurred from October 2011 to April 2013. It was characterized as a descriptive exploratory study, with documentary research for the data obtained by means of evaluation instruments and documents relating to each phase of the 1st cycle of the program. The results allowed us to consider that the city had advances in structuring the work of management and staff, with the institution of bonus for performance, team and institutional support to the completion of self-assessments and planning interventions, besides the investment in equipments , materials and supplies. Analysis of the structure and processes through arrays of intervention and indicators allowed to identify as challenges to improving the infrastructure of the Family Health Units, the restructuring of permanent education practices, improvement of matrix support in the area of Mental Health, Community Participation through the organization of local boards of health, indicators of agreeing on targets in a decentralized way from the reality of each health Unit Family and strengthening the health care network . Membership of the National Programme for Improving Access and Quality in Primary Care has the potential to promote the improvement of management and care practices and the institutionalization of evaluation in the context of Primary Care.

Keywords: Assessment in Health Quality Improvement. Primary Care. Family Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Unidades de análise, dimensões, subdimensões e respectivos instrumentos autoavaliativos – AMQ.....	24
Quadro 2.	Estratos para comparação de municípios com realidades socioeconômicas e demográficas semelhantes.	27
Quadro 3.	Unidade de análise, dimensões e subdimensões do instrumento AMAQ	28
Quadro 4.	Dimensões componentes do documento síntese para avaliação externa.....	32
Quadro 5.	Níveis de certificação das equipes a partir do desempenho no programa.....	33
Quadro 6.	Distribuição Percentual da verba do componente de qualidade do PAB variável de acordo com o nível de certificação das eSF após avaliação externa	40
Quadro 7.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>infraestrutura e equipamentos da unidade saúde da família</i>	43
Quadro 8.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>insumos, imunobiológicos e equipamentos</i>	46
Quadro 9.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>organização do trabalho em saúde da família</i>	47
Quadro 10.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>acolhimento, humanização e responsabilização</i>	48
Quadro 11.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>promoção da saúde</i>	49
Quadro 12.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>participação comunitária e controle social</i>	50
Quadro 13.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da estratégia saúde da família</i>	51
Quadro 14.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>saúde de crianças</i>	52
Quadro 15.	Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>saúde de adolescentes</i>	53

Quadro 16. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>saúde de mulheres e homens adultos</i>	54
Quadro 17. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>saúde de idosos</i>	55
Quadro 18. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão <i>vigilância à saúde II: doenças transmissíveis</i>	56
Quadro 19. Consolidado da matriz de autoavaliação da equipe gestora	57
Quadro 20. Intervenções priorizadas após autoavaliações referentes ao 1º ciclo do PMAQ-AB	58
Quadro 21. Programa de Capacitação para as equipes de AB– 1º Ciclo do PMAQ-AB – Três Rios.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Indicadores de Desempenho e Monitoramento voltados para áreas assistenciais prioritárias para AB	29
Tabela 2. Indicadores de desempenho na área estratégica saúde da mulher	61
Tabela 3. Indicadores de desempenho na área estratégica <i>saúde da criança</i>	62
Tabela 4. Indicadores de monitoramento para <i>saúde da criança</i>	63
Tabela 5. Indicadores de desempenho na área estratégica controle da hipertensão arterial e do <i>diabetes mellitus</i>	63
Tabela 6. Indicadores de monitoramento na área estratégica controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial	64
Tabela 7. Indicadores de desempenho na área de Odontologia – 1º ciclo – PMAQ-AB	64
Tabela 8. Indicadores de monitoramento na área de Odontologia – 1º ciclo – PMAQ-AB.....	65
Tabela 9. Indicadores de desempenho na área estratégica <i>produção geral</i>	66
Tabela 10. Indicadores de monitoramento na área estratégica produção geral	66
Tabela 11. Indicadores de monitoramento na área estratégica <i>vigilância – hanseníase e tuberculose</i>	67
Tabela 12. Indicadores de monitoramento na área estratégica <i>saúde mental</i>	67
Tabela 13. Desempenho das equipes nas áreas de atenção à saúde com indicadores contratualizados	69
Tabela 14. Conceito das equipes na dimensão gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica	69
Tabela 15. Dimensão estrutura e condições de funcionamento das unidades saúde da família	70
Tabela 16. Serviços ofertados nas unidades saúde da família por número de equipes	71
Tabela 17. Conceito das equipes na dimensão <i>valorização do trabalhador</i>	73
Tabela 18. Conceito das equipes na dimensão <i>acesso e qualidade</i> da atenção e organização do processo de trabalho – ações para organização do processo	

de trabalho	74
Tabela 19. Conceito das equipes na dimensão <i>acesso, utilização, participação e satisfação do usuário</i>	76
Tabela 20. Resultado da classificação das equipes do município de Três Rios (RJ) no 1º ciclo do PMAQ-AB	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação Para Melhoria de Qualidade na Estratégia Saúde da Família
AMAQ	Avaliação para Melhoria de Qualidade (na Atenção Básica)
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA	17
2.1	AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS: FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA	19
2.1.1	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): estratégia para qualificação da AB	25
3	OBJETIVOS	34
3.1	OBJETIVO GERAL	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4	PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO	35
4.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
5	RESULTADOS	38
5.1	PRIMEIRA FASE: ADESÃO E CONTRATUALIZAÇÃO	38
5.2	SEGUNDA FASE: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E GESTORA MUNICIPAL	41
5.2.1	Autoavaliação das equipes de saúde da família	41
5.2.1.1	<i>Unidade de análise: gestão – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: infraestrutura e equipamentos da unidade saúde da família</i>	42
5.2.1.2	<i>Unidade de análise: gestão – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: insumos, imunobiológicos e medicamentos</i>	45
5.2.1.3	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: organização do trabalho em saúde da família</i>	46
5.2.1.4	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: acolhimento, humanização e responsabilização</i>	47
5.2.1.5	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: promoção da saúde</i>	49
5.2.1.6	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: participação comunitária e controle social</i>	50

5.2.1.7	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: vigilância à saúde I: ações gerais da estratégia saúde da família</i>	51
5.2.1.8	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de crianças</i>	51
5.2.1.9	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de adolescentes</i>	52
5.2.1.10	<i>Unidade de Análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de mulheres e homens adultos</i>	53
5.2.1.11	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de idosos</i>	55
5.2.1.12	<i>Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: vigilância à saúde II: doenças transmissíveis</i>	56
5.2.2	Autoavaliação da equipe gestora	56
5.2.3	Educação permanente, apoio institucional e monitoramento	59
5.3	TERCEIRA FASE: AVALIAÇÃO EXTERNA	68
5.4	QUARTA FASE: RECONTRATUALIZAÇÃO	77
6	DISCUSSÃO	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE	96
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), como denominada no Brasil, é definida como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 2011a).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, antiga União Soviética, abordou a APS como o primeiro nível dos sistemas de saúde. Sendo compreendida como o modelo assistencial para racionalização e organização dos recursos básicos e especializados, objetivando manter, promover e melhorar a saúde da população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Apesar de um entendimento sobre seus princípios, a denominação APS é utilizada em diferentes países para denotar distintos modelos de organização dos sistemas de saúde. Os serviços seriam estruturados de acordo com as diversidades culturais, sociais e econômicas de cada localidade e país, mas a essência de desenvolvimento seria a mesma (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Países que adotaram a APS como base para seus sistemas de saúde, como Canadá e Inglaterra, embasaram as políticas de saúde de caráter universal nos direitos sociais, ao buscar a ampliação do acesso e maior integração entre os serviços, mudanças na estruturação da gestão, com maior descentralização e adoção de ações de acompanhamento e avaliação. Nesta concepção, a equidade manifesta-se como forte preocupação para esses sistemas, ao expressar resultados positivos nos indicadores de saúde, no nível de satisfação dos usuários e em relações de custo-benefício mais satisfatórias (CONNIL, 2006).

No Brasil, a partir da segunda metade da década de 90, o processo de consolidação do SUS foi sendo traçado paralelamente à modelação de uma política de Atenção Básica, tendo como experiência brasileira de implantação dos princípios da APS o Programa de Saúde da Família (PSF), que foi referência para a reordenação do modelo assistencial do SUS (BRASIL, 1996, 2011a; ESCOREL et al., 2007).

Acompanhando o processo de descentralização do SUS, a ESF trouxe novas responsabilidades para a gestão e para os profissionais da AB, ao exigir mudanças nos processos de trabalho neste nível de atenção, com demandas de novas práticas de cuidado em saúde. Práticas estas que devem ser desenvolvidas através de ações de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com enfoque na unidade familiar, conduzidas

pelo contexto social, econômico e cultural da população adstrita, sob a responsabilidade de equipes de Saúde da Família (eSF) (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006).

A incorporação das práticas avaliativas no cotidiano das instituições e serviços de saúde é uma necessidade que se mostra cada vez mais frequente nas políticas e programas do Ministério da Saúde, impulsionando a relevância de tal tema como objeto de pesquisa de muitos estudos. Desta forma, a implementação de processos avaliativos vem contribuir para aprimorar a capacidade técnica em todos os níveis assistenciais do SUS, ao embasar os processos de planejamento, gestão e de tomada de decisão, fornecer subsídios para a elaboração e aprimoramento de políticas, a capacitação de gestores e profissionais e a participação popular (BRASIL, 2011a; CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2004, 2006; FIGUEIREDO; TANAKA, 1996).

Atualmente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado no ano de 2011, configura parte de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde denominada “Saúde mais perto de você – acesso e qualidade”. Traz a proposta de avaliação e coordenação de ações para melhoria do padrão de qualidade assistencial nos serviços públicos de saúde através das equipes de Atenção Básica. O PMAQ-AB representa para o Ministério da Saúde uma nova estratégia que busca qualificar a assistência na Atenção Básica (BRASIL, 2011c).

O presente estudo teve como objetivo analisar os reflexos de implantação do 1º ciclo do PMAQ-AB no município de Três Rios, estado do Rio de Janeiro, cuja adesão ocorreu em outubro de 2011. A iniciativa de aderir ao programa objetivou dar continuidade a um trabalho de avaliação da AB que já vinha sendo desenvolvido através do acompanhamento e estudo dos indicadores de saúde da população adscrita a cada Unidade Básica de Saúde ao utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

Minha atuação como enfermeira da Estratégia Saúde da Família do referido município por dois anos e, posteriormente, junto à Coordenação da Atenção Básica durante a primeira fase do PMAQ-AB, no processo de adesão e contratualização pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelas equipes de Saúde da Família, levou-me à reflexão sobre quais mudanças poderiam advir com a implantação do PMAQ-AB. Assim, algumas perguntas foram impulsionadas: como o município respondeu ao processo de adesão e contratualização ao PMAQ-AB? As fases definidas para o Programa foram realizadas de acordo com o que o MS predefiniu? Que resultados foram identificados após realização dos processos avaliativos nas diferentes fases? Houve associação entre os resultados referentes a cada fase ou foram

divergentes? Que reflexos iniciais o PMAQ-AB trouxe para a melhoria da qualidade da AB no município de estudo? Entendemos que avaliar o processo deste 1º ciclo é de relevância para o acompanhamento da institucionalização da avaliação no âmbito da AB.

Por tais indagações, o estudo foi organizado da seguinte forma: inicialmente, apresentamos a fundamentação teórica, discorrendo sobre abordagens conceituais e teórico-metodológicas da avaliação em saúde, passando pela evolução histórica e conceitual da avaliação no âmbito do SUS, com enfoque especial na Atenção Básica. Na sequência, descrevemos os objetivos do estudo, o cenário de estudo e o processo de implantação do PMAQ-AB no município, o percurso metodológico, os procedimentos para coleta, análise e discussão dos dados, além da apresentação dos resultados e discussão decorrentes de cada fase do PMAQ-AB. Fechando o trabalho, são tecidas as considerações finais sobre o estudo.

2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA

A avaliação é um procedimento comum em algumas áreas e vem ganhando amplitude no setor saúde. Estudos abordando práticas avaliativas trazem variadas terminologias e metodologias que vêm sendo propostas e utilizadas para alcançar os propósitos aos quais se destinam as avaliações (NOVAES, 2000).

O conceito de avaliação refere-se à exposição de um valor advindo de um julgamento embasado em critérios predefinidos. Destaca-se como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas com utilização de instrumentos e emissão de juízo de valor (TANAKA; MELO, 2001). Santos Filho e Costa (1999, p. 47) ressaltam que “um dos seus objetivos é propor alternativas de trabalho, resguardando-se os atributos que definem a qualificação/qualidade dos serviços”, sendo importante a definição de metodologias que norteiem os processos avaliativos.

A avaliação na perspectiva da qualidade foi sistematizada na década de 1980 por Avedis Donabedian. Este autor desenvolveu um quadro conceitual embasado na abordagem normativa da Administração Clássica, com enfoque na tríade eficiência-efetividade-eficácia para definição de estratégias, critérios e padrões para se medir qualidade em serviços de saúde (REIS et al., 1990).

Os componentes dos processos de avaliação definidos por Donabedian são divididos em: estrutura, envolvendo recursos humanos, organizacionais e materiais dos serviços; processos, caracterizados pelo conteúdo e dinâmica da assistência à saúde, relações entre profissionais e usuários; e resultados, que constituem respostas alcançadas junto a indivíduos e grupos referentes a melhorias nas condições de saúde e bem-estar e ao nível de satisfação com os serviços e os cuidados recebidos. Nos estudos avaliativos na área de saúde, observamos a ênfase em aspectos específicos de tal tríade, priorizando, por vezes, as abordagens de avaliação de estrutura, processo ou resultado especificamente (REIS et al., 1990).

Donabedian definiu também alguns critérios denominados os “*sete pilares da qualidade*”, constituindo componentes fundamentais dos processos, sendo: eficiência (custo-benefício); eficácia (alcance dos cuidados propostos); efetividade (efeito alcançado no contexto existente); otimização (efeitos resultantes de um serviço de saúde e benefícios financeiros desses efeitos, caracterização do investimento realizado em relação à população);

legitimidade (organização e prestação dos serviços de acordo com os modos de vida de grupos e indivíduos); aceitabilidade (acesso, relação entre profissionais e usuários, conforto e comodidade dos serviços, satisfação dos usuários); equidade (distribuição justa da assistência à saúde) (SANCHO; DAIN, 2012; SANTOS FILHO; COSTA, 1999).

No setor saúde, encontramos frequentemente algumas abordagens de avaliação. A abordagem normativa é relacionada ao êxito técnico das ações em saúde na perspectiva de quantificação, destinando-se à análise da eficácia e/ou eficiência de um dado programa, comparação dos recursos utilizados e os resultados alcançados em relação aos traçados, mediante parâmetros previamente estabelecidos. Já a abordagem formativa é focada no julgamento prático de uma ação e na visão qualitativa, da efetividade de um programa, buscando compreender o simbolismo, valores, sentimentos e desejos dos atores envolvidos. Além disso, observa-se adoção de metodologias que mesclam técnicas quantitativas e qualitativas para compreensão dos fenômenos (BOSI; UCHIMURA, 2007; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Outra abordagem utilizada é a pesquisa avaliativa, que se baseia no conhecimento, observação e análise sobre uma intervenção. Configura uma abordagem ampla de avaliação, ponderando enfoques quantitativos e qualitativos, controle de custos de comparação e apreensão do contexto histórico, representações e relações (BOSI; UCHIMURA, 2007; SANCHO; DAIN, 2012).

Num processo avaliativo, o envolvimento de todos os participantes é importante para a execução e compreensão do mesmo, de maneira a propiciar, além da abertura para o diálogo, a expressão do subjetivo, a participação democrática e o desenvolvimento da cultura de decisão (coletiva) nas instituições de saúde. Relaciona aspectos técnicos, sociais e políticos, as perspectivas de planejadores, usuários, gestores, profissionais e o modelo assistencial seguido. Potencializa a abertura de espaço para discussões e reflexões que levem a práticas cotidianas prospectivas, participativas, interdisciplinares e democráticas (CONTANDRIOPOULOS, 2006; SANTOS FILHO; COSTA, 1999).

Importante citar que o objetivo central de uma avaliação de programas e serviços de saúde, foco deste estudo, consiste, além de subsidiar o processo de decisão, finalidade essencial da avaliação, caracterizar as práticas assistenciais e gerenciais (VASCONCELOS; BOSI; PONTES, 2008). Tanaka e Melo (2001) recomendam que a metodologia de avaliação seja definida de acordo com o resultado que se espera alcançar na população-alvo, sendo necessário também considerar o contexto político em que o programa está sendo implantado. Aspecto importante para a definição de parâmetros de avaliação.

Pisco (2006) ressalta outro aspecto importante da prática avaliativa, ao evidenciar que um forte desafio encontra-se na dificuldade dos profissionais de saúde em visualizar a avaliação como um processo positivo. A realidade mostra que os mesmos enxergam por uma ótica de imposição por parte da gestão, apesar da intenção e motivação dos profissionais para prestação de cuidados que respondam às necessidades apresentadas pelos usuários.

O autor afirma ainda que o objetivo principal da implantação de um programa para melhoria de qualidade seria de torná-lo componente laboral permanente da atenção à saúde, preferencialmente de cunho voluntário e sistemático, de maneira individual ou grupal, de forma que conheçam a realidade em que atuam, planejem e intervenham sobre a mesma. Sendo continuamente discutida a maneira de sustentar e efetivar esses processos no cotidiano.

2.1 AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS: FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA

A crise fiscal iniciada na década de 1970 gerou limitação de gastos públicos, situação que, associada à crescente demanda emanada pela população oriunda da democratização, levou à necessidade de readequações nas práticas de gestão, com implantação e revisão de políticas públicas no Brasil. Trevisan e Van Bellen (2008) mostram que a década de 80 representou o marco de consolidação do campo de análise de políticas públicas, o que apoiou a reestruturação da agenda pública a favor de novo arranjo institucional, com o novo enfoque voltado para a descentralização, participação e relação entre os setores público e privado nas políticas governamentais.

A partir da década de 90, o aparelho Estatal brasileiro passou por mudanças decorrentes de novos cenários políticos, econômicos e sociais. Ocorreram reformas gerenciais enfocando resultados e aferição de indicadores, tendo os processos de avaliação e monitoramento como eixos estruturantes. Tal contexto fortaleceu o desenvolvimento de pesquisas com ênfase na gestão e avaliação de políticas públicas (CAVALCANTE; NOGUEIRA, 2010; SANCHO; DAIN, 2012).

No setor saúde, a avaliação de políticas e programas firmou-se como prática ao longo da década de 1970, estando vinculada a prioridades como alocação de recursos (SANCHO; DAIN, 2012). A expansão dos serviços de saúde no Brasil acompanhou o processo de descentralização político-administrativa, particularmente na atenção básica e mostrou a necessidade de adesão a novos processos e instrumentos para subsidiar a gestão e a assistência

à saúde, destacando-se a institucionalização da avaliação na agenda prioritária de consecução e implementação de programas (ALVES et al., 2010).

No âmbito do SUS, Felisberto (2004) aponta a Estratégia Saúde da Família como indutora do processo de “aculturamento” da avaliação na AB. O enfoque estratégico sobre a AB como porta de entrada e reordenadora do SUS vem se fortalecendo com a implantação de mecanismos avaliativos sobre o modelo adotado.

A institucionalização da avaliação na AB é apontada como elemento crucial para a qualificação deste nível assistencial, favorecendo a constituição de processos organizados e sistemáticos, envolvendo a gestão, o cuidado e o impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004). Neste sentido, vem sendo direcionada a política do MS na perspectiva de aprimorar as ações e resultados na área de avaliação e monitoramento da AB.

Desde 1994, o Ministério da Saúde implantou o instrumento “Sala de Situação em Saúde”, mecanismo que envolve a utilização de indicadores apresentados através de planilhas e gráficos, voltados para a sinalização das condições assistenciais das unidades de saúde através de categorias de risco nas cores vermelha, amarela e verde, mostrando o maior ou menor afastamento do padrão apontado para cada categoria, sendo também direcionada para equipes de Atenção Básica (EAB). O mecanismo envolve padrões para análise de demanda, oferta e produtividade, permitindo a consolidação de informações importantes para apoio ao planejamento, gestão e avaliação (BRASIL, 2010a; SAVASSI, 2012).

Outro mecanismo de avaliação que favoreceu a estruturação da Política de Avaliação na AB foi implantado em 1998 pelo Ministério da Saúde, quando foi iniciada uma pesquisa para conhecer a satisfação de usuários em unidades de pronto atendimento, internações e ambulatorios, configurando o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Este abrangia também a utilização de um roteiro técnico abordando aspectos relacionados à estrutura e aos processos, aplicado pela gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. O desenvolvimento transcorreu entre 2001 e 2002 e os serviços hospitalares foram classificados em níveis de acordo com a qualidade aferida (péssimo, ruim, regular, bom, ótimo) (BRASIL, 2004).

A versão inicial do PNASH levou o MS, a partir do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde, a uma nova conformação deste programa, ampliando-o para os demais serviços de saúde do SUS. Sendo, então, chamado de Programa Nacional de Avaliação de Estabelecimentos de Saúde (PNASS). Os principais objetivos da implementação do PNASS envolveram o estímulo à adoção de uma

cultura avaliativa para os gestores e estabelecimentos de saúde; apoio à gestão; produção de conhecimento qualitativo sobre a rede de serviços de saúde; configuração de padrões de conformidade para os serviços; adoção de indicadores de produção; verificação da satisfação dos usuários; conhecimento das relações e condições laborais dos profissionais de saúde; reconhecimento de possibilidades para melhoria; publicação de resultados. Para tanto, foi elaborado um roteiro avaliativo abrangente e flexível, adaptável às diferentes realidades, em esquema de autoavaliação, ao estimular o autoconhecimento a partir da contextualização da realidade e das necessidades locais. O desenvolvimento do PNASS favoreceu o desenho de outras propostas de avaliação no âmbito do SUS, entre as quais o enfoque prioritário dado pelo MS à Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Os indicadores de saúde configuram importantes ferramentas para monitoramento assistencial, favorecendo a identificação de necessidades individuais e coletivas, com caracterização de subsídios para a análise da realidade sanitária, sendo relativos aos processos saúde-doença, administrativos e de tomada de decisão (FRANÇA, 2001).

Nesta perspectiva, o MS implantou, em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O objetivo de utilização do SIAB é trabalhar em torno de uma dada base populacional, com ampliação do gerenciamento dos dados produzidos pelas equipes nas práticas assistenciais desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e em visitas domiciliares (BRASIL, 2000). Tal sistema pode propiciar às equipes monitorar e avaliar seus processos de trabalho de forma contínua a fim de readequar estratégias para melhor efetividade da AB nas populações adscritas.

Em 1999, foi instituído o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que estruturou um conjunto de indicadores e processos de pactuação de compromissos entre os três níveis de governo, com negociação de metas em relação aos indicadores pactuados para acompanhamento e avaliação da AB. Um dos critérios para repasse dos recursos é a cobertura dos sistemas nacionais de informações e do seu adequado preenchimento. Estabeleceu-se que o planejamento das ações pelo gestor municipal deveria acompanhar a evolução dos indicadores acordados neste pacto, sendo estes avaliados e monitorados anualmente a partir da mensuração da cobertura, do desempenho e do impacto das ações sobre a saúde da população (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2006).

Para a AB, um conjunto mínimo de ações estratégicas foi apontado como áreas de ação prioritária a serem adotadas pelos municípios para organização dos serviços básicos de saúde, a saber: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, do diabetes Mellitus e da hipertensão arterial, além de ações nas áreas de saúde bucal, saúde da mulher e saúde da

criança. Para tais ações estratégicas, foi adotado o repasse automático de recursos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde, caracterizando autonomia gerencial e financeira dos municípios na esfera da AB (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado entre 2000 e 2002, caracterizou-se como uma pesquisa avaliativa cujo objetivo era detectar potencialidades, fragilidades e quadros que facilitassem ou denotassem entraves para a expansão da Saúde da Família em municípios com mais de cem mil habitantes, tais como baixa cobertura, grande concentração populacional e desigual acesso e utilização de serviços de AB relacionados a graves problemas sociais. A pesquisa enfocou aspectos relacionados a elementos estruturais, históricos, políticos, institucionais, do processo de atenção e do desempenho do sistema de saúde, além de favorecer o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006) e dar apoio aos estados e municípios para estruturação e organização da rede de AB (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ALVES et al., 2010; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Tal processo subsidiou a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde, com a missão de definir uma política nacional que embasasse os processos de monitoramento e avaliação na atenção básica, o que configurou a base para a implantação, a partir de 2004, da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005; FELISBERTO et al., 2008).

Entre 2003 e 2005, a CAA dedicou-se à implantação de projetos estratégicos para modelar a criação da política proposta. Em destaque, foi implantado o “Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação”, projeto que apoiou a estruturação da capacidade técnica em avaliação destas instâncias, determinando-se diretrizes e orientações aos estados quanto à inclusão de estratégias de monitoramento e avaliação. Objetivou-se a aprovação dos planos estaduais, partilhando a discussão da importância do exercício cotidiano da avaliação e o estabelecimento de pactos para monitorar aspectos significativos da assistência na AB, com o envolvimento de todos os sujeitos atuantes no sistema de saúde e redefinição de papéis, investimentos e responsabilidades (BRASIL, 2005; TAMAKI et al., 2010).

Um requisito fundamental para a implantação desta estratégia foi a vinculação a centros colaboradores, unidades/ grupos de instituições de nível superior com experiência em avaliação para capacitação e assessoria na construção da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica. O plano de assessoria proposto foi baseado na teoria de planejamento

estratégico defendida por Mário Testa, que trabalha com a proposta de análises situacionais e mudanças institucionais. Pautando-se em metodologias reflexivas para sujeitos/agentes envolvidos, a partir do aprendizado dos mesmos, configurando aprimoramentos de práticas e conhecimentos (TAMAKI et al., 2010).

Em 2005, o Ministério da Saúde, instituiu um grupo técnico, com a participação de estados e municípios, que possibilitou a institucionalização da proposta denominada “Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família” (AMQ). Instrumento que objetivou estimular a prática de avaliação e monitoramento nos processos de trabalho de equipes de Saúde da Família, sendo oriundo do PROESF em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2008; CAMPOS, 2005; SAVASSI, 2012).

A adesão à proposta AMQ é livre por parte dos municípios e equipes, com ausência de incentivos financeiros ou punições decorrentes de resultados das avaliações. As atividades propostas pelos atores devem ser desenvolvidas integradamente ao Planejamento Estadual de Monitoramento e Avaliação da AB (BRASIL, 2008).

A metodologia de avaliação proposta pelo AMQ é orientada pela abordagem autoavaliativa, ao ser um diagnóstico realizado pelos atores, enfocando a organização de práticas e funcionamento dos serviços para análise situacional dos pontos críticos ou favoráveis, propiciando a reorganização das práticas a partir do planejamento estratégico situacional. Disponibiliza cinco instrumentos autoavaliativos, oriundos da subdivisão da proposta em unidades de análise (gestão e equipes), dimensões e subdimensões, conforme apresentado no Quadro1 (BRASIL, 2008).

Quadro 1. Unidades de análise, dimensões, subdimensões e respectivos instrumentos autoavaliativos – AMQ.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensões
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF (Instrumento nº 1 – voltado para gestores municipais de saúde)	Implantação/ Implementação da SF no município, Integração da Rede de Serviços, Gestão do Trabalho, Fortalecimento da Coordenação.
	Coordenação Técnica das Equipes (Instrumento nº 2 – voltado para coordenadores da ESF)	Planejamento e Integração, Acompanhamento das Equipes, Gestão da Educação Permanente, Gestão da Avaliação, Normatização.
	Unidade SF (Instrumento nº 3 – voltado para gerentes das Unidades Básicas de Saúde)	Infraestrutura e Equipamentos da USF, Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos.
Equipes	Consolidação do Modelo de Atenção (Instrumento nº 4)	Organização do Trabalho em Saúde da Família, Acolhimento, Humanização e Responsabilização, Promoção da Saúde, Participação Comunitária e Controle Social, Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF.
	Atenção à Saúde (Instrumento nº 5)	Saúde de Crianças, Saúde de Adolescentes, Saúde de Mulheres e Homens Adultos, Saúde de Idosos, Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis, Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada, Padrões Locorregionais.

Fonte: Brasil, 2008

A avaliação em cada instrumento é apresentada na forma categórica de *sim* ou *não* para cada item referenciado por um padrão (definido como o nível de referência de qualidade que deve ser atingido), em cinco estágios de desenvolvimento da qualidade: elementar (E), desenvolvimento (D), consolidado (C), bom (B) e avançado (A). Os três primeiros estágios apontam situações relacionadas ao processo de implantação da estratégia Saúde da Família; os estágios (B) e (A) apontam situações relacionadas à garantia de qualidade das ações desenvolvidas (BRASIL, 2008).

Outro componente que favoreceu o desenvolvimento da cultura avaliativa na AB foi o Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Vida, firmado pelos gestores dos três entes federativos a partir de 2006. Objetiva a consolidação de compromissos e metas através de processos de pactuação, com monitoramento e avaliação dos acordos assumidos, estando as práticas avaliativas incluídas nos eixos deste Pacto (ALVES et al., 2010).

Em 2010, foi validado no Brasil o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCAtool - *Primary Care Assessment Tool*), proposto por Starfield (2002). A

metodologia do instrumento é voltada para avaliação da qualidade da APS, tomando como dimensões estrutura, processo e resultado. O instrumento apresenta parâmetros universais de avaliação de atributos da APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Permite medir a qualidade da AB ao medir a real efetividade dos atributos da APS nos serviços sob a perspectiva das equipes, da gestão e dos usuários (BRASIL, 2010b).

A mais recente proposta do MS para qualificação do acesso e da assistência no âmbito da AB é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), lançado em 2011, configurando-se como parte de uma ampla estratégia do MS denominada *Saúde mais perto de você – acesso e qualidade* (BRASIL, 2011a). Esta proposta será aprofundada nos itens a seguir, já que constitui foco desta pesquisa, discorrendo sobre seu desenho e características nacionais de implantação, focalizando uma experiência em município de médio porte.

2.1.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): estratégia para qualificação da AB

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) fundamenta-se na proposta de avaliação e certificação do trabalho de gestores e equipes de Atenção Básica. Embasa-se na lógica de ciclo contínuo, sendo estruturado em quatro fases (BRASIL, 2011a). As diretrizes que nortearam o desenho do programa são:

- I) Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde; II) ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III) ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade; IV) envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V) desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI) estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; VII) ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2011a, p. 7-8).

O programa foi instituído pela Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, estabelecendo a pactuação de compromissos entre as EAB, municípios e Ministério da Saúde, o envolvimento do controle social, o apoio institucional e a educação permanente para fortalecimento das práticas de saúde (BRASIL, 2011b).

A portaria homologa também o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), constituindo repasse financeiro de acordo com o alcance das metas firmadas. A portaria não estabelece com precisão a forma como os municípios devem utilizar os valores repassados de acordo com a certificação de cada equipe, sendo realizada de acordo com a decisão da gestão municipal. Há o incentivo à negociação entre gestores e equipes, propondo investimento nos profissionais e na melhoria das condições de trabalho, premiação e remuneração de acordo com o desempenho e os resultados esperados norteados pelos padrões estabelecidos (BRASIL, 2011a, 2011b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Tal aspecto difere da proposta anterior de adesão ao AMQ.

Novaes (2007) conceitua *acreditação* como um processo para criação e aperfeiçoamento de técnicas e instrumentos de avaliação na perspectiva da melhoria contínua da qualidade assistencial e organizacional. A certificação desenhada para o PMAQ-AB assemelha-se aos processos de acreditação de serviços de saúde devido ao caráter voluntário da adesão, os níveis de certificação e visitas periódicas de avaliadores. Por outro lado, Savassi (2012) mostra que o processo de certificação do PMAQ-AB difere dos processos de acreditação por agregar repasse financeiro às equipes avaliadas de acordo com o grau de certificação aferido.

Os municípios com realidades socioeconômicas e demográficas próximas são comparados mediante os resultados obtidos com a avaliação externa. Esta comparação ocorre a partir do cálculo de um índice composto por cinco indicadores e com variação de zero a dez. Os indicadores são: Produto Interno Bruto (PIB) (peso 2), percentual de população com plano de saúde (peso 1), percentual da população com bolsa família (peso 1), percentual da população em extrema pobreza (peso 1) e densidade demográfica (peso 1). Foram construídos seis estratos calculados a partir da pontuação do índice e do nº de habitantes, ilustrados no Quadro 2 (BRASIL, 2011a).

Quadro 2. Estratos para comparação de municípios com realidades socioeconômicas e demográficas semelhantes.

Estrato	Critérios para estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: Extraído de Brasil, 2011a.

A primeira fase configura a etapa formal de adesão ao Programa através de contratualização de compromissos e indicadores entre as EAB e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, desenvolvendo um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e o estímulo à efetivação do controle social (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A segunda fase engloba o desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões, sendo Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A autoavaliação corresponde ao primeiro momento da fase de desenvolvimento, objetivando favorecer a identificação e o reconhecimento das dimensões positivas e os pontos críticos percebidos no cotidiano laboral da gestão e das equipes de atenção à saúde e as principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional no âmbito dos serviços, sem caráter punitivo. Ações de planejamento estratégico situacional sucedem a esta avaliação, com escalas de priorização das dimensões acordadas pelas equipes e gestores (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A metodologia de avaliação do PMAQ-AB propõe realização de autoavaliações, o que possibilita a elaboração de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos

serviços e das práticas. Disponibiliza como ferramenta para este processo a *Avaliação para Melhoria de Qualidade – AMAQ*, um caderno que traz unidades de análise para a gestão e para as equipes de atenção básica, alinhado com o instrumento norteador para a avaliação externa. Este instrumento é uma adaptação do AMQ e de outras ferramentas validadas para avaliação da qualidade em saúde. O método analítico envolve a avaliação do grau de conformidade com os padrões referentes a cada item, em escala de pontuação de 0 a 10. A nota é dada de acordo com a representação do sujeito/grupo sobre o nível de conformidade entre a situação avaliada e a qualidade desejada no padrão (BRASIL, 2011a). A escala de pontuação é um diferencial para o AMQ, já que neste a opção é categórica de “sim” ou “não”. As dimensões e subdimensão do instrumento AMAQ foram sintetizadas no Quadro 3.

Quadro 3. Unidade de análise, dimensões e subdimensões do instrumento AMAQ

Unidade de Análise	Dimensões	Subdimensões
Gestão	Gestão Municipal de Saúde	Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.
	Gestão da Atenção Básica	Apoio Institucional, Educação Permanente e Gestão do Monitoramento e Avaliação.
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e Equipamentos; Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos.
Equipes	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	Perfil da Equipe; Organização do Processo de Trabalho; Atenção integral à Saúde; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Fontes: Brasil, 2011a; Pinto, Sousa e Florêncio, 2012

Cabe ressaltar que cada equipe tem a liberdade de utilizar o instrumento de avaliação que melhor se enquadre em seu perfil e em suas necessidades, podendo ser o AMQ, AMAQ ou outro definido pelo município e/ou equipes. Para o PMAQ-AB, o MS adotou como principal estratégia o AMAQ, no entanto, deixa livre para o município a opção, já que a intenção é que equipes e gestores desenvolvam a cultura da autoavaliação (BRASIL, 2011a).

O desenho do PMAQ-AB aborda metodologia de avaliação de caráter qualitativo como a autoavaliação, além de uma vertente quantitativa, com a adoção de 47 indicadores de contratualização, sendo 24 de desempenho e 23 de monitoramento. Os indicadores de desempenho foram relacionados ao processo de avaliação externa para análise do município e tem peso na nota para certificação das equipes. Já os indicadores de monitoramento não compõem nota para certificação, sendo incluídos e informados ao MS para acompanhamento

periódico e sistemático pelas equipes, com possibilidade de mudança para indicadores de desempenho em ciclos posteriores (BRASIL, 2011a).

Os dados são oriundos do SIAB e direcionados para as áreas assistenciais prioritárias apontadas pelo Ministério da Saúde, em sincronia com os indicadores do Pacto pela Saúde e do Indicador Nacional de Saúde do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2011a), conforme mostrado no Tabela 1.

Tabela 1. Indicadores de Desempenho e Monitoramento voltados para áreas assistenciais prioritárias para AB

Área Estratégica	Indicadores de Desempenho	Indicadores de Monitoramento	Total
Saúde da mulher	6	1	7
Saúde da criança	6	3	9
Controle do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
Saúde bucal	4	3	7
Produção geral	4	8	12
Tuberculose e hanseníase	0	2	2
Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: Brasil, 2011a

Destaca-se ainda, na fase de Desenvolvimento, a importância de articulação entre processos de Educação Permanente e Apoio Institucional, com desenvolvimento de competências de gestão e cuidado na AB. O que pode ampliar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos profissionais e a instituição de mecanismos de apoio e coordenação horizontal, com troca de experiências, grupos de estudo, apoio matricial, etc. (BRASIL, 2011a).

Para a dimensão Monitoramento, o acompanhamento dos indicadores contratualizados é preconizado, orientando a pactuação das metas e dos compromissos entre as EAB e municípios e destes com estados e MS, planejamento e programação local em saúde, avaliação dos resultados alcançados a partir do uso das informações disponibilizadas para as EABs e gestores. As ações de monitoramento também favorecem o fortalecimento das práticas de Apoio Institucional e Educação Permanente (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

A terceira fase corresponde à avaliação externa, sendo verificadas as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica que aderiram ao programa, com apoio de instituições de ensino e pesquisa. Objetiva certificar as equipes

através do monitoramento dos indicadores contratualizados e averiguação de um conjunto de padrões de qualidade nas unidades básicas de saúde; avaliação da rede local de saúde; avaliação da satisfação dos usuários e da utilização dos serviços pelos mesmos (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A avaliação externa é composta de diversas etapas para certificação das equipes, tendo como resultado a geração de um escore a partir do somatório de três componentes: autoavaliação, indicadores de desempenho e dimensões da avaliação externa, descritos abaixo (BRASIL, 2012ba, 2013a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Quanto à realização de autoavaliação pela EAB, verifica-se o instrumento utilizado e documentos comprobatórios desta etapa, como o preenchimento do instrumento e das matrizes de intervenção, compondo 10% da nota.

Analisa-se também o desenvolvimento das EAB nos 24 indicadores de desempenho monitorados (20% da nota). Para cálculo dos indicadores de desempenho referentes ao 1º ciclo, foram considerados os dados do SIAB referentes às competências março, abril e maio de 2012, comparando-se os resultados obtidos pelas EAB com os parâmetros ou médias do município, estrato, estado e país. Dos 24 indicadores, foram utilizados 20, já que os indicadores de Saúde Bucal apresentaram irregularidade ou incompletude de dados no período analisado (BRASIL, 2013a).

O cálculo dos indicadores foi estruturado em quatro eixos: a) análise de consistência de dados do SIAB, b) ponderação de acordo com o envio de dados no período correspondente (redução percentual de acordo com o não envio proporcional de dados nas três competências referentes), c) ponderação das EAB segundo a média aritmética e desvio-padrão ou parâmetro e desvio-padrão (a média foi utilizada quando não havia um parâmetro estabelecido para o indicador, sendo ambos associados ao desvio-padrão) e d) ponderação segundo a relevância atribuída às propriedades dos indicadores, variando de 1 a 4, sendo: valor 1- pouco importante, valor 2- moderadamente importante, valor 3- importante, valor 4- muito importante. O percentual corresponde ao valor (peso) que cada uma assume (Exemplo: peso 1, percentual 0,1) (BRASIL, 2013a).

Os outros 70% da nota de certificação das EAB corresponderam ao resultado do desempenho nas dimensões avaliativas decorrentes da aplicação do instrumento Documento Síntese para Avaliação Externa, que norteia as equipes de avaliadores e os municípios participantes, além das respostas das EAB e gestores no módulo on-line. Para tal, foi utilizada matriz de pontuação, organizando as questões em dimensões e subdimensões (BRASIL, 2012ba, 2013a).

O instrumento para avaliação externa foi organizado conforme a subdivisão do instrumento AMAQ (BRASIL, 2011a), descrita no quadro 3. É composto por itens para análise de questões que são de responsabilidade dos gestores e das equipes. Permite a avaliação de dados referentes à estrutura, vínculo e condições de trabalho dos profissionais; ao apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada aos cidadãos e à satisfação e participação dos usuários. Para orientar o trabalho dos avaliadores externos, o instrumento foi dividido em quatro módulos, que avaliam, sequencialmente (BRASIL, 2012ba):

- Módulo I: observação na Unidade Básica de Saúde, verificando as condições estruturais, de materiais, insumos e medicamentos da UBS. O avaliador deve ser acompanhado por um profissional da EAB. No 1º ciclo do PMAQ-AB, a visita in loco pelos avaliadores foi realizada às equipes que aderiram ao programa para verificação dos requisitos apontados e certificação das equipes. As demais equipes de AB do país também foram visitadas para realização do 1º Censo Nacional das UBSs, objetivando verificar a estrutura das unidades básicas de saúde;
- Módulo II: o avaliador realiza entrevista com um profissional de nível superior da EAB e verifica documentos na Unidade Básica de Saúde, analisando o processo de trabalho da equipe e organização da assistência aos usuários;
- Módulo III: entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, para conhecer a satisfação e percepção dos usuários sobre o serviço em termos de acesso e utilização dos mesmos.

Um quarto módulo on-line foi utilizado com questões a serem respondidas por gestores e equipes, complementando as informações dos módulos anteriores. Em cada módulo, constam questões que enfocam a certificação das equipes e outras voltadas para melhoria das políticas de saúde. As informações componentes do instrumento de avaliação externa correspondem a cinco dimensões avaliativas apresentadas no Quadro 4. Para certificação, também foi atribuído um valor para cada subdimensão, variando de 1 a 4, sendo que o percentual de cada subdimensão corresponde ao peso que cada uma assume (Exemplo: peso 1, percentual 0,1) (BRASIL, 2013a).

Quadro 4. Dimensões componentes do documento síntese para avaliação externa

Dimensão avaliativa	Percentual
Gestão Municipal para Desenvolvimento da Atenção Básica – Estruturação da equipe gestora da AB, apoio institucional às EAB e verificação dos compromissos pactuados pelo gestor no TC.	10%
Estrutura e Condições de Funcionamento das UBSs – Verificação da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos voltados para as áreas assistenciais priorizadas para a AB.	10%
Valorização do Trabalhador – formação dos membros da EAB, o investimento feito pela gestão municipal no desenvolvimento profissional, formação e educação permanente da EAB, a garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira e implantação de dispositivos desejáveis de gestão do trabalho.	20%
Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho – avaliação do acesso; a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho; assistência à saúde nas áreas prioritárias na perspectiva dos profissionais e dos usuários.	50%
Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário – utilização dos serviços pelo usuário, várias dimensões de sua satisfação e implantação de dispositivos e espaços de participação dos usuários e de exercício do controle social.	10%

Fontes: Brasil, 2012; Pinto, Souza e Florêncio, 2012.

A partir da avaliação e ponderação das dimensões acima mencionadas são gerados os conceitos de certificação para cada equipe (BRASIL, 2012). Assim, as EAB podem ser classificadas em:

- Desempenho *insatisfatório*: desempenho da EAB menor que -1 (menos um) desvio- padrão da média do desempenho das EAB do mesmo estrato.
- Desempenho regular (*mediano ou pouco abaixo da média*): desempenho da EAB menor do que a média do desempenho das equipes de saúde do seu estrato.
- Desempenho bom (*acima da média*): EAB com resultado alcançado foi maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.
- Desempenho ótimo (*muito acima da média*): as equipes cujo resultado alcançado foi maior do que +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

Após publicação da certificação das equipes, os municípios passam a receber o valor correspondente ao desempenho de cada EAB (BRASIL, 2011a), sendo distribuído conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5. Níveis de certificação das equipes a partir do desempenho no programa

Desempenho	Repasse de verbas
Insatisfatório	Suspensão do repasse da verba.
Regular	Manutenção dos 20% do Componente de Qualidade do PAB-variável.
Bom	Ampliação para 60% do Componente de Qualidade do PAB-variável.
Ótimo	Ampliação para 100% do Componente de Qualidade do PAB-variável.

Fonte: Brasil, 2011^a

O Ministério da Saúde orienta que, a partir do segundo ciclo, os municípios tem um prazo de dois a seis meses após a adesão para solicitar a avaliação externa, sendo esta fase realizada a cada 18 meses. Os critérios para participação nessa etapa incluem o preenchimento de dados sobre as práticas das equipes no Sistema de Gerenciamento do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) e comunicação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), à Comunicação Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2011a).

A quarta fase perpassa um processo de *repactuação e novas adesões de equipes de atenção básica e dos gestores*, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, propiciando um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os resultados do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB, tomando como análise os dados obtidos por meio dos instrumentos de avaliação do programa e documentos referentes a cada fase;
- Identificar avanços e/ou desafios do 1º ciclo de implantação do PMAQ-AB.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Três Rios, localizado na região Sul do Estado do Rio de Janeiro, possui uma população de, aproximadamente, 77.432 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A atenção básica tem como pilar reorientador do sistema de saúde local a Estratégia Saúde da Família com cobertura atual de 100% da população, contando 23 Unidades de Saúde da Família (USF), 23 equipes de Saúde da Família (eSF) e 23 equipes de Saúde Bucal – modalidade I. Dando suporte às equipes de Saúde da Família estão vinculadas duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O nível secundário de atenção é constituído por duas policlínicas municipais e dois ambulatórios situados em hospitais (pequeno e médio porte) conveniados ao SUS. Compõe ainda a rede do SUS uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), funcionando 24 horas para assistência de urgência/emergência à população de Três Rios e municípios adjacentes, além de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) na modalidade I e outro na modalidade II.

Em outubro de 2011, o município de Três Rios aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a formação de um grupo matricial para condução do processo composto pelos gestores municipais e membros da Coordenação da Atenção Básica. Um dos técnicos da coordenação foi designado para ser o apoiador institucional/coordenador, tendo a função de trabalhar como elo entre as equipes e a gestão, designação recomendada pelo programa. O trabalho deste grupo objetivou assessorar o processo de implantação e implementação do PMAQ-AB no município em todas as suas fases. Para garantir adesão e comprometimento das equipes de Saúde da Família e da gestão, o grupo condutor realizou visitas a cada USF e setor da gestão para apresentação do programa e do interesse do município em realizar a adesão.

Desde o ano de 2009, a Coordenação da AB realiza junto às equipes acompanhamento e estudo sistemático dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dos indicadores do Pacto da Atenção Básica da AB com enfoque por USF. A adesão ao PMAQ-AB reforça a prioridade municipal em trabalhar com a busca da efetividade

da atenção básica no sistema de saúde local com enfoque na qualidade assistencial demonstrada através do acompanhamento dos indicadores.

Em relação aos níveis de estratificação para os municípios através do PMAQ-AB, Três Rios pertence ao Estrato 4 (municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes).

À época da contratualização ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, o município contava com 22 equipes de Saúde da Família, sendo que 20 optaram pela adesão; as demais optaram por aguardar um próximo ciclo para possivelmente aderirem ao programa. Em maio de 2013, o município completou a implementação das quatro fases do 1º ciclo do PMAQ-AB.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com delineamento de pesquisa documental referente aos resultados produzidos no primeiro ciclo de implantação do PMAQ-AB no município de Três Rios (RJ), que abrangeu o período de outubro de 2011 a abril de 2013.

A pesquisa documental caracteriza-se por um procedimento metodológico semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo a diferença encontrada na natureza das fontes. Utiliza como base de dados fontes primárias, ou seja, documentos que não receberam tratamento analítico, e/ou fontes secundárias, constituindo materiais previamente analisados. Correspondem também a documentos escritos ou não, obtidos no momento em que o fato ocorreu ou depois deste (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2003).

Gil (2008) destaca como fontes de documentos: arquivos públicos municipais, estaduais ou federais (documentos oficiais, publicações, documentos jurídicos, publicações administrativas e documentação por imagem); arquivos particulares (devendo-se diferenciar domicílios e instituições de ordem privada ou pública) e fontes estatísticas.

Neste estudo, primeiramente, foi realizada revisão bibliográfica, tendo como fontes de pesquisa artigos e revistas impressas e eletrônicas, dissertações e teses, legislações relacionadas à temática objetivando o embasamento teórico e científico que norteou a exploração do tema.

Na sequência, realizou-se a pesquisa documental a qual objetivou analisar os documentos referentes ao 1º ciclo do PMAQ-AB no município de estudo a partir de um roteiro (Apêndice A). Foram realizadas visitas à Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de identificar, explorar e organizar os documentos e informações disponibilizadas pelo município e pelo MS durante cada fase do 1º ciclo do programa.

Os dados e informações coletados nos documentos e visitas foram ordenados de acordo com cada fase predefinida pelo PMAQ-AB, buscando identificar e analisar como os processos foram implementados de acordo com as perspectivas do programa, o que permitiu avaliar se os resultados alcançados apresentaram reflexos na melhoria da qualidade da AB no município, objetivo maior da proposta do PMAQ-AB pelo MS.

A análise dos dados também foi realizada a partir de cada fase do programa. Na 1ª fase foram identificados os Termos de compromissos da gestão e das equipes, a matriz de metas de indicadores desempenho e monitoramento pactuadas no 1º ciclo, a lei municipal que estabelece o sistema de gerenciamento dos recursos provenientes do componente de qualidade do PAB variável e as ações definidas pela Coordenação da AB para os profissionais.

Na 2ª fase, foram analisados os instrumentos de autoavaliação e os relatórios gerados pelas equipes de atenção básica e equipe gestora, destacando as prioridades municipais apontadas após as autoavaliações, além de documentos referentes à educação permanente, ao apoio institucional e ao monitoramento das EAB.

Quanto à 3ª fase, foram analisados os relatórios produzidos pelo MS referentes às visitas dos avaliadores externos e aos dados registrados no Módulo IV preenchido por gestores e responsáveis pelas eSF no sistema PMAQ-AB.

Os documentos relativos à 4ª fase envolvem os Termos de Compromissos da gestão e das equipes que apontem conclusão do 1º ciclo e início do 2º.

Para apresentação e discussão dos resultados, utilizamos os termos Unidade de Saúde da Família (USF) e equipe de Saúde da Família (eSF) objetivando alinhar com a nomenclatura utilizada no município.

5 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB no município de estudo, optamos por sistematizar a apresentação, tomando como referência as quatro fases definidas para o programa.

5.1 PRIMEIRA FASE: ADESÃO E CONTRATUALIZAÇÃO

A adesão ao PMAQ-AB no município de Três Rios aconteceu em outubro de 2011 com a assinatura do Termo de Compromisso (TC) do município e das 20 eSF e ESB que optaram pela participação no programa (TRÊS RIOS, 2011a). Nos TC são firmados os compromissos contratualizados (Anexo A). Foram apresentados também os campos referentes à pactuação das metas para os indicadores de desempenho e monitoramento definidos para o 1º ciclo do programa, sendo que não foram apontadas as metas para os indicadores, que poderiam ser calculados em momento posterior.

O TC do município foi assinado pelo gestor, enquanto que o das equipes foi assinado por um dos membros de cada equipe, sendo este responsável pelo acompanhamento da execução do programa na respectiva USF, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a). Foram pactuados cinco desafios a partir de uma lista estipulada pelo MS, sendo apontados:

- Implantar processos de acolhimento à demanda espontânea nas unidades, com avaliação de risco e vulnerabilidade;
- Realizar diagnóstico das necessidades de saúde da população/comunidade sob sua responsabilidade, baseando o planejamento das ações;
- Instituir processos pedagógicos de monitoramento e avaliação da situação de saúde da área de abrangência da equipe;
- Construir projetos terapêuticos singulares, com base em critérios de risco e vulnerabilidade, inclusive promovendo a articulação com os demais dispositivos assistenciais e de cuidado presentes no território (NASF, CAPS, escolas, academias da saúde, sociedade civil organizada, redes sociais de apoio, equipamentos sociais, etc.);

- Utilizar critérios de risco e vulnerabilidade na agenda de cuidados continuado programados.

Além disso, por determinação da coordenação municipal da AB, foram definidas metas relacionadas às ações que cada membro das equipes deveria desenvolver levando em consideração o processo o trabalho (Apêndice B) (TRÊS RIOS, 2012a).

Quanto à definição das metas por indicador do PMAQ-AB (indicadores de desempenho e monitoramento), a opção do município foi tomar como base os dados do SIAB referentes ao ano de 2010. Tal opção corresponde à referência de dados apresentada no manual instrutivo do programa como comportamento médio de cada indicador em caráter nacional (BRASIL, 2011a).

Subsequente à homologação dos TC, o gestor municipal apresentou a adesão ao CMS, CIR e à CIB, conforme orientação do MS (BRASIL, 2011a). Apesar de tal orientação, o MS destacou que, mesmo que tal homologação não ocorresse nessa etapa, isso não impediria o repasse inicial de verbas para cada equipe, no entanto, seria exigência para a solicitação da avaliação externa (BRASIL, 2011a).

Após a adesão, o município recebeu automaticamente 20% (vinte por cento) do valor total de R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) a ser disponibilizado para cada equipe, totalizando RS 1.700,00 (mil e setecentos reais) por equipe de SF com equipe de Saúde Bucal na modalidade 1. Sem vinculação à ESB, o valor repassado seria de RS 1.300,00 (mil e trezentos reais) por EAB. No entanto, o referido montante dos recursos a ser repassado tem desembolso variável a depender do nível de certificação alcançado pelas eSF após a etapa de avaliação externa, sendo o desempenho das equipes a referência para a oscilação do montante de recursos recebidos pelo município.

Em 21 de maio de 2012, o PMAQ-AB foi de fato institucionalizado com o sancionamento da Lei Municipal 3.698, que trata tanto da implantação do programa como da instituição de um sistema de gerenciamento de gratificação por desempenho aos profissionais pelo alcance das metas pactuadas por eSF e núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para os indicadores estratégicos, com cunho voluntário (artigos 1º e 2º) (apesar de as equipes do NASF serem citadas quanto ao alcance de metas pactuadas, no 1º ciclo do PMAQ, não houve pactuação para este tipo de equipe).

O artigo 4º, em parágrafo único, aborda que o período de avaliação das metas deve ser realizado de acordo com o estabelecido pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) e do Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2011a) ou conforme necessidade da gestão municipal de saúde.

A criação da gratificação por desempenho é abordada nos artigos 5º, 6º e 7º, descrevendo que parte dos recursos alcançados pelas equipes deverá ser repassada aos profissionais das eSF e ESB, correspondente ao nível de certificação das equipes.

Pela referida lei, foi definido no art. 6º, parágrafos 1º e 2º, que 20% da verba repassada pelo Ministério da Saúde após a adesão devem ser destinados integralmente aos profissionais das equipes, sendo repartidos de forma igualitária entre os mesmos (à época, o valor total repassado por equipe era de R\$ 1.700,00, sendo o repasse médio individual de R\$ 154,54). Em caso de equipe incompleta, o valor a ser repassado não deve ser alterado e nem distribuído entre os profissionais existentes. A diferença deve ser alocada no grupo de investimento – infraestrutura, qualificação, etc.

Após a avaliação externa e a certificação das equipes, o repasse das verbas deve ocorrer de acordo com o desempenho aferido para cada EAB (desempenho insatisfatório, regular, bom e ótimo), conforme citado no artigo 7º (quadro 6). Assim, o município afixou a distribuição dos valores de acordo com os níveis de certificação (art. 7º). Quando a equipe é certificada em nível *Bom* ou *Ótimo*, deve ocorrer a divisão do total da verba em 50% para gratificação da equipe, sendo o montante dividido igualmente entre os profissionais; e a outra metade designada para investimentos em qualificação, melhoria de infraestrutura, equipamentos, divulgação e ações de promoção da saúde.

Quadro 6. Distribuição Percentual da verba do componente de qualidade do PAB variável de acordo com o nível de certificação das eSF após avaliação externa

Desempenho	Repasse de verbas
Insatisfatório	Suspensão. Celebração de termo de ajuste.
Regular	Manutenção dos 20% do Componente de Qualidade do PAB-variável. Recontratualização.
Bom	Ampliação para 60% do Componente de Qualidade do PAB-variável (valor total de R\$ 5.100, 00; sendo 50% destinados aos profissionais - valor individual de R\$ 231,81 e os demais 50% para as demais ações definidas no parágrafo segundo do artigo 5º). Recontratualização.
Ótimo	Ampliação para 100% do Componente de Qualidade do PAB-variável (valor total de R\$ 8.500, 00; sendo 50% destinados aos profissionais - valor individual de R\$ 400,00 e os demais 50% para as demais ações definidas no parágrafo segundo do artigo 5º). Recontratualização.

Fonte: Três Rios, 2012b

O artigo 8º estabelece os critérios laborais para recebimento dos recursos pelos profissionais, sendo fixado o exercício por, pelo menos, seis meses consecutivos durante o alcance das metas pelas equipes. O parágrafo segundo estabelece que servidores afastados por três dias consecutivos ou cinco dias alternados, mesmo quando justificados, não terão direito à gratificação. Sendo automaticamente extinta a gratificação em caso de suspensão da transferência das verbas pelo Ministério da Saúde (art. 12). A gratificação foi estendida aos servidores de carreira que executem atribuições semelhantes (art. 10).

Foi vedado o uso dos recursos para pagamento de obrigações patronais, incorporação a estipêndios ou proventos de inatividade ou devidas a inativos e pensionistas. Estabeleceu-se o pagamento retroativo da gratificação aos profissionais, conforme repasse das verbas do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde (art. 11).

A reconstrução ao PMAQ é abordada no artigo 9º, de acordo com os compromissos a serem estabelecidos pelo programa.

5.2 SEGUNDA FASE: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E GESTORA MUNICIPAL

Essa fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional.

5.2.1 Autoavaliação das equipes de saúde da família

A proposta de trabalhar com a lógica de autoavaliação no âmbito da AB foi uma decisão da gestão municipal anterior à adesão ao PMAQ-AB, como um projeto-piloto. A opção foi de adotar o AMQ como o instrumento, o qual foi mantido após adesão e institucionalização do PMAQ-AB.

Inicialmente, a coordenação da AB aplicou em cada eSF e a equipe gestora os instrumentos autoavaliativos do AMQ. Após a realização das autoavaliações e construção das matrizes de intervenção pelas equipes, foi realizado um consolidado das informações pela coordenação da AB. Para a construção do consolidado, foi utilizada a estrutura da Matriz de

Intervenção do instrumento AMAQ. A matriz sistematiza as seguintes variáveis: a) o número do padrão; b) o número de ocorrências (nº de equipes que detectaram situação-problema em relação ao correspondente padrão); c) descrição da situação-problema; d) estratégias para o alcance dos resultados; e) atividades a serem desenvolvidas; f) recursos necessários; g) responsáveis; h) resultados esperados; i) prazos e j) mecanismos para avaliação de resultados.

Nas matrizes consolidadas, foram registrados os padrões que apresentaram situação-problema. Assim, a coordenação da AB reuniu as propostas de intervenção de cada equipe, objetivando o norteamento e a priorização das ações que seriam realizadas em âmbito municipal.

Nesta fase do PMAQ-AB, o instrumento utilizado foi o AMQ. Para efeito de análise, o presente estudo elaborou uma planilha que buscou contemplar as dimensões da AMQ agrupando as informações a partir da identificação dos padrões que apresentaram situação-problema, o número de equipes que apontaram a situação-problema de acordo com padrão específico e as respectivas propostas de intervenção apontadas a partir da sistematização das matrizes das EAB. Os quadros a seguir apresentam as informações e foram ordenados pela sequência de apresentação dos padrões no instrumento AMQ.

5.2.1.1 Unidade de análise: gestão – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: infraestrutura e equipamentos da unidade saúde da família

O Quadro 7 apresenta a síntese das autoavaliações das eSF em itens referentes à *infraestrutura e equipamentos das USF*.

Quadro 7. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *infraestrutura e equipamentos da unidade saúde da família*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
3.4 Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.	Não há disponibilidade para duas equipes.	Solicitar compra de mochilas ou pastas
3.6 Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	Sete USF não possuem.	Solicitar obras de reforma estrutural e compra de ventiladores, ar condicionado e extintores.
3.7 A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	Não há disponibilidade em cinco USF.	Solicitar reforma das USF e compra de longarinas em quantidade suficiente para as USF.
3.8 A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos.	Uma USF possui geladeira exclusiva para as vacinas com controle de temperatura, porém os moradores desligam o relógio de luz, impossibilitando deixar as vacinas na USF.	Solicitar a compra de um armário com cadeado para relógio da USF.
3.9 A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes.	Em uma USF não há tal programação, pois o espaço físico é precário.	Solicitar reforma de ampliação.
3.11 O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente.	Em quatro USF, o número de consultórios não permite tais atendimentos.	Solicitar obras de reforma das USF.
3.12 Os tensiômetros e balanças da USF não são aferidos de acordo com parâmetros técnicos	Não há manutenção preventiva em 20 USF.	Aferição de balanças e tensiômetros de seis em seis meses.
3.13 Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo (Dentre esses equipamentos, podem constar calçados, protetor solar, sombrinhas ou guarda-sol).	Não havia disponibilidade de equipamentos para o trabalho externo dos ACS.	Compra desses materiais.
3.14 A USF dispõe de linha telefônica (Trata-se de linha própria da USF, não considerando telefone público ou aparelho móvel dos profissionais).	Nenhuma USF possui linha telefônica.	Solicitar instalação de linha telefônica nas USF.
3.15 A USF dispõe de equipamento de informática.	Algumas USF não dispõem de equipamentos de informática.	Solicitar compra dos equipamentos que faltam.

Continua...

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
3.16 A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACSs e atividades de Educação Permanente.	Nove USF não possuem.	Solicitar reforma de ampliação das USF.
3.17 A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes (o padrão refere-se à existência na USF de eletrocardiógrafo e oftalmoscópio como equipamentos que possibilitam o aumento da resolubilidade da AB).	As USF não dispõem de eletrocardiógrafo como equipamento. Uma vez por mês, tem a realização deste exame na Unidade Móvel de Cardiologia em todas as USF.	Solicitar a compra de eletrocardiógrafos para as USF ou por rota.
3.18 A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.	As USF não dispõem de equipamentos indicados para primeiro atendimento em casos de urgência e emergência. Ex: jelco para adultos e crianças, ambu, máscara, cânula de Guedel, etc.	Solicitar a compra desses materiais para a coordenação da AB.
3.19 O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.	O deslocamento dos profissionais da SF para atividades externas programadas não é realizado em veículo da SMS. Apenas em casos de difícil acesso e urgências, a SMS disponibiliza um veículo do setor de transporte.	Solicitar um veículo à disposição apenas das USF.
3.20 A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas	Não há disponibilidade para nenhuma equipe.	Comprar televisão, DVDs e aparelhos de som para as USF.
3.21 Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada.	Seis consultórios odontológicos não permitem.	Solicitar obra de ampliação para os consultórios odontológicos.
3.22 A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.	As USF não estão equipadas para atender às pessoas com necessidades especiais.	Solicitar obras de qualificação para as USF.
3.23 A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.	Apenas uma USF tem acesso à internet; as demais aguardam instalação e outras aguardam o equipamento.	Solicitar a instalação da internet nas USF e agilizar a compra dos equipamentos de informática para as USF que ainda não têm.
3.24 Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo.	Quatro USF não dispõem de banheiro exclusivo no consultório ginecológico.	Realizar reforma de ampliação.

Fonte: Três Rios, 2012c

Com relação aos itens referentes à infraestrutura, foi possível identificar a execução de algumas intervenções propostas. Mediante o programa e o financiamento do Ministério da Saúde, por meio do Programa Requalifica UBS, o município pode cadastrar cinco unidades para modalidade construção e cinco unidades para modalidade ampliação.

No que concerne à aferição de tensiômetros semestralmente, conforme indicado na descrição do padrão, foi realizada compra de novos aparelhos, mas o município não conta com o serviço de manutenção preventiva.

Quanto à indisponibilidade de materiais para o trabalho externo dos agentes comunitários de saúde, foi realizada compra e distribuição de equipamentos como protetor solar, boné, uniforme (calça e bermuda jeans, sapato, blusa) e bicicleta elétrica para as USFs com possuem áreas geográficas distantes.

Quanto aos equipamentos telefônicos e de informática, nove USF já possuem linha telefônica própria. Todas as eSF receberam computadores e instalação de internet, sendo que estão em processo de compra mais computadores e impressoras.

Todas as USF foram equipadas com os materiais de urgência e emergência citados em lista do PMAQ-AB. As unidades não possuem o eletrocardiograma, no entanto, estão descentralizados os agendamentos para a realização do exame, através do Sistema de Regulação (SISREG).

Não existe disponibilidade de veículo para cada USF. Identificamos que as equipes possuem agenda junto à coordenação, a fim de programarem suas atividades na comunidade no carro da AB.

Em relação à disponibilidade de equipamentos eletrônicos para práticas educativas, foi realizada compra e distribuição de aparelhos de televisão e DVD para todas as USF.

5.2.1.2 Unidade de análise: gestão – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: insumos, imunobiológicos e medicamentos

O Quadro 8 apresenta a síntese das autoavaliações das eSF quanto à disponibilidade de *insumos, imunobiológicos e medicamentos*.

Quadro 8. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *insumos, imunobiológicos e equipamentos*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
3.26 A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais frequentes.	Uma equipe não fornece.	Solicitar à coordenação farmacêutica que envie as medicações para a USF.
3.27 As eSF/ESB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.	Uma USF não dispõe de materiais e insumos para realização das ações educativas com a população.	Solicitar o envio desses materiais do almoxarifado para a USF.
3.36 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente insulina NPH indicada para o tratamento do diabetes mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira.	As USF não dispensam insulina NPH, as mesmas estão centralizadas na Secretaria Municipal de Saúde	Solicitar a compra de geladeira para todas as USF, já que as geladeiras que constam nas USFs são para uso exclusivo da imunização.
3.38 A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado.	As USF não dispõem de medicamentos inalatórios para a crise asmática; os mesmos são centralizados na SMS	Solicitar o envio dessas medicações para as USF.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.3 *Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: organização do trabalho em saúde da família*

No Quadro 9, apresentamos a síntese das eSF em itens à subdimensão Organização do Trabalho em Saúde da Família.

Quadro 9. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *organização do trabalho em saúde da família*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.2 A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.	A visita domiciliar não é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros de uma eSF (o médico não faz VD).	Estabelecer uma meta mensal de visitas domiciliares para os médicos.
4.10 A eSF possui registros de aspectos variados do território e sua população.	Duas equipes não possuem registros de aspectos variados do território e sua população.	Realizar registro de aspectos variados do território.
4.12 A eSF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	Uma equipe não registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	Realizar registro e monitoramento das referências para outros níveis de atenção.
4.17 A eSF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.	Duas equipes não monitoram a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.	Realizar monitoramento por tipo de atendimento (estudar o fluxo de atendimento verificando seu percentual).
4.20 A equipe organiza “painel de situação” com os mapas, dados e informações de saúde do território.	Seis equipes não organizam painel de situação com os mapas, dados e informações de saúde do território, pois não possuem o painel de situação nem o mapa do território.	Providenciar a confecção do painel de situação das USF e o mapa do território (Enviar para as USF e cobrar o preenchimento).
4.25 Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados.	Para 20 equipes não existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados.	Criar protocolo municipal sobre acolhimento para orientar as equipes das USF.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.4 Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: acolhimento, humanização e responsabilização

O Quadro 10 apresenta as situações-problema apontadas pelas equipes a partir da análise dos padrões referentes à subdimensão *Acolhimento, Humanização e Responsabilização*.

Quadro 10. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *acolhimento, humanização e responsabilização*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.6 A E eSF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as microáreas de responsabilidade dos ACS.	Quatro equipes não trabalham com mapa de sua área de atuação no qual estão discriminadas as microáreas de responsabilidade dos ACS.	Confeccionar o mapa dos territórios para as USF.
4.15 A eSF dedica um período da semana para reunião de equipe.	Quatro equipes não dedicam um período da semana para reunião de equipe e sim um período mensal.	Realizar as reuniões semanalmente, dedicando um período de pelo menos 4 horas para realização das mesmas.
4.18 Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população.	Quatro equipes não atualizaram e apontaram situações dinâmicas do território e sua população nos mapas de trabalho.	Atualizar o mapa e apontar as situações dinâmicas do território.
4.29 A eSF avalia as sugestões e reclamações encaminhadas e as responde, viabilizando atendimento das solicitações.	As equipes avaliam e respondem apenas as sugestões e reclamações encaminhadas pela ouvidoria, pois não possuem outros recursos para registro como as urnas nas USF.	Comprar as urnas para a população colocar suas sugestões ou reclamações.
4.30 A eSF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do autocuidado e da corresponsabilidade por parte dos usuários.	Duas equipes não desenvolvem iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do autocuidado e da corresponsabilidade por parte dos usuários.	Realizar salas de espera sobre a promoção do autocuidado; visitas domiciliares aos acamados estimulando a autonomia e autocuidado.
4.31 Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços.	Cinco equipes não monitoram o tempo médio de espera pelos serviços.	Realizar monitoramento do fluxo de espera pelos serviços pela USF, a fim de diminuir esse tempo de espera.
4.33 Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.	Três equipes não realizam restrição de horários por ciclo de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.	Estabelecer um cronograma de atendimento por grupos de faixa etária, gestantes e demais programas como HIPERDIA com dias e horários específicos.

Fonte: Três Rios, 2012c

Em relação às propostas de intervenção para a subdimensão *Acolhimento, Humanização e Responsabilização*, foi possível identificar a compra de caixas de sugestões/reclamações para as USF, além de disponibilizar o atendimento através da Ouvidoria Municipal de Saúde.

5.2.1.5 Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: promoção da saúde

No Quadro 11, foram descritas as situações-problema para a subdimensão Promoção da Saúde.

Quadro 11. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *promoção da saúde*.

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.36 São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	Seis equipes não elaboram com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	Implantar esse assunto nas reuniões de participação comunitária.
4.44 A eSF desenvolve atividades educativas com os idosos, abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.	Quatro equipes não desenvolvem atividades educativas com idosos, abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.	Criar salas de espera e grupos de idosos, acrescentando o tema “Direitos e Estatuto do Idoso”.
4.45 A eSF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.	Quatro equipes não desenvolvem ações educativas com o tema violência doméstica.	Criar salas de espera e palestras com o tema “violência doméstica”.
4.47 A eSF desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico.	Cinco equipes não desenvolvem estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico.	Incentivar a participação da pastoral da criança e outros, para realizar troca de conhecimentos e saberes para a USF e a população.
4.48 A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.	Três equipes não planejam, executam e acompanham as ações de sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, conselhos, etc.	Estabelecer vínculo e parceria da equipe da USF com ONG, conselho, igrejas, associações, etc.
4.49 A eSF desenvolve grupos operativos, abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos.	Cinco equipes não desenvolvem grupos operativos, abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com idosos.	Criar salas de espera para idosos para realizar abordagem do tema sexualidade, DST/AIDS.
4.50 A eSF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora.	As equipes não desenvolvem ações de educação em saúde com abordagem problematizadora.	Desenvolver educação em saúde com abordagem problematizadora nas USF.

Continua...

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.51 A eSF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares.	Sete equipes não desenvolvem ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares.	Montar oficinas para inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da eSF (oficinas, lazer), em caráter mensal.
4.52 A eSF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.	Sete equipes não realizam ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.	Preparar salas de espera nas USFs e palestras nas escolas sobre acidentes de trânsito.
4.53 Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.	16 equipes não têm essas iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, como hortas, alfabetização, atividades com geração de renda.	Para as equipes com estrutura: convidar a comunidade para a criação de alguma atividade. Para as equipes que não têm estrutura: aguardar a reforma da USF.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.6 Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: participação comunitária e controle social

O Quadro 12 apresenta as situações-problema apontadas pelas eSF na subdimensão Participação Comunitária e Controle Social.

Quadro 12. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *participação comunitária e controle social*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.55 A eSF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS.	Sete equipes não debatem regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS.	Preparar salas de espera e palestras enfocando o SUS e seu funcionamento para realização das mesmas.
4.56 A eSF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.	16 equipes não se reúnem trimestralmente com a comunidade para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.	Convidar grupos comunitários, como associação de moradores, representantes religiosos a participarem das reuniões de equipe de três em três meses, com cronograma montado pela equipe.
4.57 A eSF participa de reuniões com conselhos de saúde.	O CMS recebeu um cronograma anual de todas as USFs, com data e hora das reuniões de equipe. O CMS não aparece para as reuniões das 20 equipes.	Solicitar novamente a presença do CMS nas reuniões das USF.

Continua...

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.58 Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das eSF.	Em nove USF, não existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das USF.	Convidar um representante da comunidade ou da associação de moradores a participar do planejamento do trabalho da USF (realizar rodas de educação permanente com a equipe e a comunidade para discutir e planejar ações de saúde da USF).

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.7 Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: vigilância à saúde I: ações gerais da estratégia saúde da família

No Quadro 13, foram descritas as situações-problema para a subdimensão *Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da estratégia saúde da família*.

Quadro 13. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da estratégia saúde da família*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
4.70 A eSF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.	Duas equipes não desenvolvem ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.	Estabelecer visita às empresas que fazem parte do território da USF, fazendo palestras sobre prevenção de acidentes, vacinação e promoção da saúde; salas de espera nas USF.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.8 Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de crianças

No Quadro 14, foram apresentadas as situações-problema para a subdimensão *Saúde de Crianças*.

Quadro 14. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *saúde de crianças*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
5.7 A eSF realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na UBS, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento.	Uma equipe não realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento.	Estabelecer grupo de risco e vulnerabilidade de atendimento e acompanhamento para crianças da USF.
5.8 80% ou mais das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento pela eSF.	Uma eSF realiza acompanhamento, em situações de risco, em menos de 80% das crianças menores de 5 anos.	Monitorar e priorizar o acompanhamento e avaliação das crianças menores de cinco anos.
5.9 80% ou mais dos RN receberam duas consultas no seu 1º mês de vida.	Para duas equipes, 60% apenas dos recém-nascidos receberam duas consultas no seu 1º mês de vida.	Priorizar e implantar, como rotina, duas consultas de puericultura no primeiro mês de vida de todos os RN.
5.11 A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos.	Uma equipe de Saúde Bucal não acompanha as crianças de até 5 anos.	Priorizar atendimento das crianças menores de 5 anos com avaliação e acompanhamento.
5.12 A eSF desenvolve ações de acompanhamento de crianças com asma de acordo com o protocolo clínico estabelecido.	Oito equipes não desenvolvem ações de acompanhamento de crianças com asma de acordo com protocolo clínico estabelecido.	Confeccionar protocolo clínico para asma de acordo com MS (distribuir os protocolos para as USF).
5.18 A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses é de 60% ou mais.	Em duas equipes, a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses não é de 60% ou mais	Realizar campanhas, salas de espera e tema no grupo de gestantes em apoio ao aleitamento materno até os 6 meses ou mais.
5.22 A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é de 70% ou mais.	Para seis equipes, a prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é menor que 70% ou mais.	Aumentar o número de palestras, salas de espera com o tema “amamentação”; priorizar esse tema nos grupos de gestantes (Realizar prioritariamente educação em saúde com o tema amamentação com orientações e dicas).
5.23 80% ou mais dos RN receberam uma consulta na sua 1ª semana de vida.	Para duas equipes, 60% apenas dos RNs receberam uma consulta em sua 1ª semana de vida.	Priorizar a 1ª consulta de puericultura ainda na 1ª semana de vida.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.9 *Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de adolescentes*

No Quadro 15, foram descritas as situações-problema para a subdimensão *Saúde de Adolescentes*.

Quadro 15. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *saúde de adolescentes*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
5.25 A eSF possui registro atualizado dos adolescentes da área	Seis equipes não possuem registro atualizado dos adolescentes da área (por falta do número total de ACS).	Realizar processo seletivo para ACS para completar as vagas nas USF (cadastrar todas as famílias e, conseqüentemente, os adolescentes).
5.26 50% ou mais dos adolescentes registrados estão com a vacinação em dia.	Para três equipes, 50% ou mais dos adolescentes registrados não estão com a vacinação em dia	Realizar vacinação nas escolas e em dias especiais na UBS.
5.27 50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento.	Para quatro equipes, 50% ou mais de adolescentes não são atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento.	Realizar busca ativa dos adolescentes para acompanhamento nas USF (buscar e convidar os adolescentes para participar das atividades das USF).
5.28 A eSF desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva.	Três equipes não desenvolvem atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva.	Realizar atividades educativas voltadas para a saúde reprodutiva para adolescentes (Montar grupos de adolescentes; realizar palestras nas escolas).
5.29 Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela eSF.	Para duas equipes, não houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes acompanhadas.	Realizar palestras nas escolas sobre sexualidade e métodos contraceptivos e montar grupos de adolescentes para orientação.
5.30 Houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses.	Para duas equipes, não houve redução do índice CPO-D na população de 12 anos nos últimos 24 meses	Não descrito.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.10 Unidade de Análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de mulheres e homens adultos

O Quadro 16 apresenta as situações-problema apontadas na subdimensão *Saúde de Mulheres e Homens Adultos*.

Quadro 16. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *saúde de mulheres e homens adultos*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
5.36 A eSF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas.	Uma equipe não monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas.	Fazer livro de acompanhamento e monitoramento dos hipertensos que fazem acompanhamento na USF.
5.37 A eSF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	Uma equipe não monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	Livro de acompanhamento e monitoramento dos hipertensos que fazem acompanhamento na USF.
5.40 80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	Para uma equipe, menos que 80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	Iniciar uma campanha com orientações com salas de espera e palestras sobre a importância de começar o pré-natal no início da gestação.
5.42 A eSF desenvolve ações mensais de planejamento familiar.	Duas equipes não desenvolvem ações mensais de planejamento familiar.	Desenvolver ações mensais de planejamento familiar.
5.48 A eSF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais.	Três equipes não possuem registro atualizado dos portadores de transtornos mentais,	Aumentar a parceria com a equipe de Saúde Mental e durante as visitas domiciliares dos ACS realizar esse monitoramento.
5.49 A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco.	Em uma equipe, a atenção à população de hipertensos não é realizada a partir da classificação do risco.	Estabelecer classificação de risco para acompanhamento e atendimento dos hipertensos.
5.50 A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação do risco.	Apenas uma equipe realiza atenção à população de diabéticos a partir da classificação do risco.	Estabelecer classificação de risco para acompanhamento e atendimento dos diabéticos.
5.54 A eSF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	Uma equipe não analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	Analisar semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento de acordo com a prevalência estimada (fazer a análise comparando o número de hipertensos cadastrados pelos hipertensos estimados).
5.55 A eSF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	Uma equipe não analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.	Analisar semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento de acordo com a prevalência estimada (fazer a análise comparando o número de diabéticos cadastrados pelos hipertensos estimados).
5.58 A eSF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	Duas equipes não desenvolvem ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.	Desenvolver salas de espera sobre prevenção e detecção precoce do câncer de próstata (os médicos prescreverem o exame PSA para os homens em faixa etária de risco).

Continua...

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
5.59 A eSF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	Duas equipes não mantêm acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.	Realizar o acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pelo CAPS com ajuda do NASF.
5.61 A eSF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	Cinco equipes não mantêm acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.	Acompanhar o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas junto ao CAPS AD.
5.68 A eSF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.	Dez equipes não desenvolvem atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.	Ampliar a integração da eSF com a equipe de saúde mental (solicitar a participação da Saúde Mental nas reuniões mensais da eSF)

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.11 Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: saúde de idosos

O Quadro 17 apresenta as situações-problema apontadas na subdimensão *Saúde de idosos*.

Quadro 17. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *saúde de idosos*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
5.70 80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia.	Para uma equipe, menos de 80% dos idosos da área estão com a vacinação em dia.	Fazer campanha de vacinação dos idosos, com visita domiciliar para os idosos acamados.
5.72 Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB.	Para duas equipes, os idosos não estão em acompanhamento sistemático pela SB.	Acompanhar sistematicamente os idosos pela Saúde Bucal.
5.73 O exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	Para seis equipes, o exame da superfície corporal dos idosos não é uma rotina no serviço.	Iniciar nas consultas e rotina de exame da superfície corporal em idosos.
5.75 São desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências.	Cinco equipes não desenvolvem tais intervenções.	Desenvolver intervenções apropriadas junto à população de parceria com o NASF.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.1.12 *Unidade de análise: equipe – Dimensão: unidade saúde da família – Subdimensão: vigilância à saúde II: doenças transmissíveis*

O Quadro 18 apresenta as situações-problema levantadas pelas EABs referentes à subunidade *Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis*

Quadro 18. Padrões em não conformidade apontados na subdimensão *vigilância à saúde II: doenças transmissíveis*

Descrição do Padrão	Situação-problema apontada	Proposta de Intervenção
5.82 O exame para detecção de hepatites B e C é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados	Para uma equipe, o exame para detecção de hepatites B e C não é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados.	Aconselhar homens e mulheres a fazerem o exame anual para hepatites B e C.
5.88 Ausência de sífilis congênita na área (Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses).	Para duas equipes, não há ausência de sífilis congênita na área nos últimos 24 meses (dois casos em 2011 investigados com cura).	Elaborar salas de espera e orientações nos grupos de gestante sobre sífilis congênita.

Fonte: Três Rios, 2012c

5.2.2 Autoavaliação da equipe gestora

É prevista uma autoavaliação da coordenação da AB e uma do gestor municipal de saúde. Em relação à Coordenação da AB, foi utilizado o instrumento nº 2 - AMQ, o qual aborda questões relacionadas à dimensão Coordenação Técnica das Equipes. O resultado de tal autoavaliação não identificou situação-problema em nenhum dos padrões. Assim, pode ser concluído que, para a coordenação AB, sua atuação é concordante com os padrões apresentados no instrumento AMQ.

Em relação à autoavaliação do gestor municipal de saúde, foi apresentada matriz do instrumento nº 1-AMQ. Para a autoavaliação do gestor, foram apresentadas as intervenções realizadas. Os resultados foram apresentados no Quadro 19.

Quadro 19. Consolidado da matriz de autoavaliação da equipe gestora

Descrição do padrão	Situação encontrada	Intervenção
<p>1.39 A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para desprecarização dos direitos trabalhistas na SF.</p> <p>1.42 O ingresso dos profissionais de nível superior e médio é realizado por meio de concurso público.</p>	Não realiza.	Realizado concurso público para os profissionais da AB e processo seletivo para ACS (05/2013). Em andamento o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).
1.46 A gestão municipal possui programa de incentivo às eSF relacionado ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados.	Dispõe do oferecido pelo PMAQ-AB.	Sancionada lei municipal vinculada ao PMAQ-AB que estipula gratificar os profissionais por desempenho.
1.47 A gestão municipal de saúde possui plano de carreiras, cargos e salários institucionalizados, contemplando a AB.	Não existe.	Está em andamento o Plano de Carreira, Cargos e Salários.
1.48 80% dos profissionais de nível superior das equipes possuem formação específica na área.	A ESF oferece anualmente capacitação nas áreas de imunização, epidemiologia, saúde da mulher, tuberculose, hanseníase, entre outras; entretanto, existe uma grande rotatividade de profissionais das eSF, o que exige reciclagem constante. Manter e expandir uma rotina de capacitações dentro das principais problemáticas da eSF.	Não descrito.

Fonte: Três Rios, 2012d

Com as matrizes de intervenção realizadas durante a fase de autoavaliação (pelas eSF e equipe gestora), a coordenação da AB ordenou por prioridade as intervenções que seriam realizadas e monitoradas pela coordenação associado às equipes. O Quadro 20 sistematiza tal priorização.

Quadro 20. Intervenções priorizadas após autoavaliações referentes ao 1º ciclo do PMAQ-AB

Ordem de Prioridade	Padrão	Intervenções prioritárias	Nº de equipes foco da intervenção
1	4.56 4.58	Participação Comunitária	20
2	4.49 4.50 4.52 4.55 5.28	Salas de espera sobre as temáticas: trânsito, DST/AIDS para idosos, demências, violência doméstica, saúde do trabalhador.	15
3	5.61 5.59 5.60	Saúde Mental (aumentar parceria com a equipe)	20
4	5.26 5.70	Ampliar cobertura vacinal (crianças, adolescentes e idosos)	10
5	5.22 5.18	Aleitamento materno (até os 6 meses de idade, exclusivo: cobertura de 60%; até os 12 meses: cobertura de 70%)	10
6	5.25	Registros e cadastros atualizados.	10
7	5.51 5.52	Hiperdia – IMC de 3 em 3 meses	11
8	5.9 5.23	1ª Consulta de RN na 1ª semana de vida – 60% 1ª consulta de RN no 1º mês de vida – 60%	12
9	5.40	Gestantes iniciando pré-natal no 1º trimestre maior que 80%	12
10	3.20	Aquisição de equipamentos eletrônicos	20
11	3.18	Equipamentos para atendimentos de urgência e emergência	20
12	3.19	Carro para transporte das equipes das USFs	20
13	3.13	Equipamentos para as ACS: protetor solar, sombrinhas ou guarda-sol	20
14	3.4	Disponibilidade de mochilas ou pastas para as ACS	02
15	3.27	Materiais e insumos para a realização de práticas educativas.	01
16	4.20	Painel de situação das USF	20
17	4.21	Responder às sugestões e reclamações dos usuários	20
18	4.30	Promover o autocuidado dos usuários	20
19	4.12	Monitorar e registrar as referências para outros níveis de atenção	20
20	4.26	Urnas para registros de sugestões e reclamações	20
21	5.29	Redução da gravidez na adolescência	02
22	5.8	Acompanhar 80% ou mais das crianças menores de cinco anos em situação de risco.	01
23	5.36 5.37	Monitorar a frequência dos usuários do HIPERDIA	01
24	5.49 5.50	Atender a população do HIPERDIA a partir de classificação de risco.	01

Fonte: Três Rio, 2012e

5.2.3 Educação permanente, apoio institucional e monitoramento

Durante o 1º ciclo do PMAQ-AB, a Coordenação da AB realizou capacitações para profissionais das equipes de AB registradas em Livro Ata. As áreas abordadas foram (Quadro 21):

Quadro 21. Programa de Capacitação para as equipes de AB– 1º Ciclo do PMAQ-AB – Três Rios

Tema abordado	Categoria profissional
Urgência e emergência	Enfermeiros
Imunização	Auxiliares de enfermagem Enfermeiros
Acolhimento e classificação de risco	Enfermeiros
Cuidados em urologia	Médicos
Esterilização em autoclaves e biossegurança	Dentistas
Assistência farmacêutica	Enfermeiros
Programa saúde na escola	Equipes de saúde da família
Sala de parto	Enfermeiros
Curativos	Auxiliares de enfermagem Enfermeiros
Vigilância em saúde	Equipes de saúde da família
Curso introdutório em saúde da família	Agentes comunitários de saúde
Sistema de regulação e descentralização das agendas especializadas	Equipes de saúde da família

Fonte: Três Rios, 2013a

Em relação ao Apoio Institucional ao PMAQ-AB, a gestão municipal redirecionou um profissional da rede assistencial para ser o apoiador institucional/coordenador das eSF que aderiram ao programa, dando suporte também à Coordenação da AB. A proposta inicial foi de estreitar o vínculo entre coordenadores e trabalhadores, estruturar o programa no município,

apresentar e conduzir as fases do programa, detectar as principais necessidades de apoio das equipes, além de realizar a supervisão das equipes quanto a alguns aspectos específicos.

Já na fase de desenvolvimento do programa, o número de apoiadores foi ampliado, sendo destinado um apoiador para cada região de saúde do município. Perfazendo, assim, quatro apoiadores institucionais, que realizam a supervisão das USF, a partir de um roteiro criado pela coordenação da AB (Apêndice C), avaliando aspectos relativos ao processo de trabalho das equipes, alimentação regular dos sistemas de informação, desenvolvimento das ações referentes aos programas de saúde implantados, vigilância em saúde, indicadores de saúde, solicitação de insumos e manutenção de equipamentos (TRÊS RIOS, 2012f).

Em relação ao monitoramento dos indicadores do PMAQ-AB, foram disponibilizados pelo MS os resultados dos indicadores de desempenho, sendo o acompanhamento destes indicadores um dos critérios componentes da Avaliação Externa. Já os indicadores de monitoramento não foram associados à avaliação externa, mas são identificados como itens com necessidade de acompanhamento pelas eSF. Os resultados dos indicadores de monitoramento não foram disponibilizados pelo MS, sendo apresentado para estes o resultado baseado no cálculo para o ano de 2010 e as metas pactuadas. Alguns itens não foram pactuados para o 1º ciclo por serem dados novos do SIAB com início no ano de 2011.

O resultado para os indicadores de desempenho foi sistematizado, tomando como referência o Relatório Municipal no qual foram especificadas a média alcançada no ano de 2010 e a proposta de meta para o 1º ciclo do PMAQ-AB. E, a partir dos relatórios emitidos pelo MS no Sistema de Gerenciamento do Departamento de Atenção Básica (SGDAB), foi possível comparar a média alcançada pelo município em relação à média do estrato dos municípios do mesmo perfil, além das médias do estado e do Brasil, o que permitiu analisar o comportamento para o período estudado. Em relação aos indicadores de monitoramento, a fonte de informação foi o Relatório da SMS que especifica os resultados dos indicadores no ano de 2010 e a meta pactuada para o 1º ciclo do PMAQ-AB.

Na área de Saúde da Mulher, o município teve resultado superior à meta programada para o 1º ciclo em relação a alguns indicadores, tais como: proporção de gestantes cadastradas, gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, gestantes com o pré-natal em dia e gestantes com vacina em dia. No entanto, a média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada foi abaixo do pactuado e do valor referente ao ano de 2010, porém acima da média do estrato, estado e Brasil e dos parâmetros referentes. No que concerne à razão entre exames citológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais, a média

municipal correspondeu ao valor pactuado e ao resultado de 2010. No entanto, este indicador teve resultado abaixo das médias do estrato, estado e Brasil e dos parâmetros apontados. Os valores podem ser observados na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Indicadores de desempenho na área estratégica saúde da mulher

Indicador	Relatório Municipal		Relatório Ministério da Saúde					
	Resultado 2010	Meta	Média				Parâmetro	
			Município	Estrato	Estado	Brasil	Estrato	Brasil
1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela Equipe de Atenção Básica	40	40	47,9	57,3	58	58,3	≥ 57,7	≥ 58,8
1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	12,7	12,7	8,1	6,8	6,6	7,6	7,9 – 13,9	7,9 – 11,4
1.3 Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	94	90	93,4	88	88	85,8	≥ 80,0	≥ 80,0
1.4 Proporção de Gestantes com o pré-natal em dia	98	90%	98,6	94,7	85,3	93,3	≥ 94,7	≥ 93,3
1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia	97,9	90%	99,9	95,6	90	94,5	≥ 95,0	≥ 95,0
1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	20	20	20,1	34,6	49,7	35,7	≥ 51,0	≥ 51,0

Fontes: Brasil, 2013b; Três Rios, 2011c

Em relação ao indicador de monitoramento (item 1.7), que trata da proporção de gestantes acompanhadas por visitas domiciliares (do agente comunitário de saúde), o resultado de 2010 foi 99,4% e a meta pactuada de 90%. O resultado para o 1º ciclo aponta que 99% das gestantes foram acompanhadas através de visitas domiciliares.

Na área de Saúde da Criança, podemos observar que o resultado de todos os indicadores de desempenho foi acima da meta pactuada. Alguns indicadores obtiveram resultados acima das médias do estrato, estado e país e dentro dos respectivos parâmetros. Destaque para: média de atendimentos de puericultura, a proporção de crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo e de crianças menores de um ano com vacina em dia.

Para o indicador proporção de crianças menores de dois anos pesadas, a meta definida para o 1º ciclo foi de 90%, obtendo o valor de 92,5%, apesar de o resultado ter sido inferior ao de 2010 (98,6%). Na comparação com o estrato, ficou acima da média e, em relação aos parâmetros para estado e Brasil, ficou dentro do intervalo delimitado.

Para o indicador média de consultas médicas para menores de 1 ano e para menores de 5 anos, observamos que os resultados ultrapassaram as metas pactuadas, no entanto, tal resultado foi abaixo das médias do estrato, estado e Brasil, assim como dos parâmetros norteadores. A Tabela 3 apresenta os valores para os indicadores de desempenho para a assistência à saúde da criança.

Tabela 3. Indicadores de desempenho na área estratégica *saúde da criança*

Indicador	Relatório Municipal		Relatório Ministério da Saúde					
	Resultado 2010	Meta	Média				Parâmetro	
			Município	Estrato	Estado	Brasil	Estrato	Brasil
2.1 Média de Atendimentos de Puericultura	5,2	3,0	10,6	5,3	4,9	5,6	4,6 – 9,6	4,6 – 9,6
2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	78,5%	76%	85,5	79,3	76,2	76,3	≥ 75,0	≥ 75,0
2.3 Proporção de Crianças menores de um ano com vacina em dia	97,6%	95%	99,7	96,8	86,9	94,7	≥ 95,0	≥ 95,0
2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	98,6%	90%	92,5	89,8	81,8	87,3	≥ 89,9	≥ 87,3
2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano	1,47	1,3	1,8	3,9	4,6	4,1	3,5 – 7,6	3,5 – 7,5
2.6 Média de consultas médicas para menores de 5 anos	1,32	1,2	1,5	2,5	2,5	2,5	1,6 – 3,8	1,6 – 3,8

Fontes: Brasil, 2013b; Três Rios, 2011c

Em relação aos indicadores de monitoramento para os três indicadores definidos, o município optou como meta para o 1º ciclo do PMAQ-AB a manutenção dos resultados alcançados em 2010 com exceção do indicador Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o qual pactuou a menor. Pelo relatório da SMS não foi possível identificar os resultados alcançados no 1º ciclo. A Tabela 4 apresenta os valores definidos com a função de monitoramento.

Tabela 4. Indicadores de monitoramento para *saúde da criança*

Indicador	Resultado 2010	Meta
2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer	10,6%	10,6%
2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio	88,4%	88,4%
2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	23,7%	20%

Fonte: Três Rios, 2011c

Em relação ao Controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, os resultados alcançados pelos indicadores de desempenho no 1º ciclo do PMAQ-AB para proporção de diabéticos e de hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais foram acima do resultado de 2010 e da meta pactuada. Porém, tais valores ficaram abaixo das médias do estrato, estado e Brasil e dos parâmetros fixados. Para os indicadores referentes à média de atendimento por diabéticos e hipertensos acima de 15 anos, os resultados superaram as metas pactuadas e ficaram acima das médias do estrato, estado e do Brasil e dos parâmetros estabelecidos. É importante ressaltar que apenas para o indicador proporção de diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais a meta pactuada foi a mesma do resultado alcançado em 2010, sendo que, para os demais indicadores, a opção do município foi de pactuação de percentuais inferiores aos resultados de 2010. A Tabela 5 sistematiza tais resultados.

Tabela 5. Indicadores de desempenho na área estratégica controle da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*

Indicador	Relatório Municipal		Relatório Ministério da Saúde					
	Resultado 2010	Meta	Média				Parâmetro	
			Município	Estrato	Estado	Brasil	Estrato	Brasil
3.1 Proporção de diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais	59,1	59	64,7	72,1	72,9	73,2	≥ 65,0	≥ 65,0
3.2 Proporção de hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais	69,6	6,0	71,5	76,6	73,7	75,3	≥ 75,0	≥ 75,0
3.3 Média de atendimentos por diabético com 15 anos ou mais	8,06	6,0	13,1	5,7	5,1	5,5	3,0 – 7,3	3,0 – 7,1
3.4 Média de atendimentos por hipertenso com 15 anos ou mais	4,8	4,0	7,2	4,1	3,8	4,1	2,0 – 5,5	2,0 – 5,4

Fontes: Brasil, 2013b; Três Rios, 2011c

Os dados apresentados na Tabela 6 correspondem aos indicadores de monitoramento da área estratégica Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Apresentamos a proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados no município na Tabela 6.

Tabela 6. Indicadores de monitoramento na área estratégica controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial

Indicador	Resultado 2010 (%)	Meta (%)
3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio	98,0	90,0
3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio	98,0	90,0

Fonte: Três Rios, 2011c

Na área de *Odontologia*, o PMAQ-AB define quatro indicadores de desempenho. Não identificamos o cálculo e a pactuação de meta para um deles, conforme mostra a tabela 7. O MS não utilizou esses indicadores como referência para a Avaliação Externa devido à incompletude ou inconsistência dos dados (BRASIL, 2013b).

Tabela 7. Indicadores de desempenho na área de Odontologia – 1º ciclo – PMAQ-AB

Indicador	Resultado 2010	Meta pactuada
4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,2	3,5
4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática (%)	21,9	15,0
4.3 Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante (%)	28,6	29,0
4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	–	–

Fonte: Três Rios, 2011bc

Para os indicadores de monitoramento, também não foi realizado cálculo referente ao ano de 2010 e nem foram pactuadas metas, sendo aguardada série histórica para o primeiro ciclo do PMAQ-AB por também serem indicadores com início no SIAB em outubro de 2011 (Tabela 8).

Tabela 8. Indicadores de monitoramento na área de Odontologia – 1º ciclo – PMAQ-AB

Indicador	Resultado 2010	Meta pactuada
4.5 Média de instalações de próteses dentárias	–	–
4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	–	–
4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	–	–

Fonte: Três Rios, 2011c

O PMAQ-AB define também para monitoramento o acompanhamento de indicadores que permitam avaliar o acesso da população à rede de atenção básica e à integralidade da atenção neste nível do sistema de saúde, com vistas a identificar a distribuição das ações por tipo de demanda (espontânea, programada e de urgência).

Com relação aos indicadores de desempenho para a área estratégica Produção Geral, foi opção do município a pactuação apenas do indicador média de consultas médicas por habitante, referenciando o resultado alcançado em 2010. Em relação aos demais indicadores, o município não pactuou metas, preferindo aguardar a série histórica do 1º ciclo, já que foram dados introduzidos na ficha PMA2 do SIAB em outubro de 2011 (conforme informação no relatório da SMS, 2012). No entanto, no Relatório de Avaliação Externa, disponível no site do MS, em ambiente restrito ao gestor, o MS procedeu ao cálculo destes indicadores, apontando os valores alcançados pelo município, permitindo a análise em relação às médias do estrato, estado e país e aos parâmetros definidos.

Para o indicador referente à média de consultas médicas por habitante e o referente à proporção de consultas médicas por demanda agendada, os resultados apresentaram-se superiores à meta pactuada, ao valor referente a 2010 e à média do estrato, além de estarem dentro dos parâmetros indicados. Já a proporção de consultas médicas por cuidado continuado/programado apresentou-se abaixo das médias e parâmetros para comparação. Por sua vez, a proporção de consultas médicas por demanda imediata apresentou-se abaixo da média do estrato e acima das médias do estado e do país, além de estar dentro dos parâmetros indicados. A Tabela 9 apresenta tais resultados.

Tabela 9. Indicadores de desempenho na área estratégica *produção geral*

Indicador	Relatório Municipal		Relatório Ministério da Saúde					
	Resultado 2010	Meta	Média				Parâmetro	
			Município	Estrato	Estado	Brasil	Estrato	Brasil
5.1 Média de consultas médicas por habitante	1,26	1,26	1,7	1,6	1,4	1,4	1,0 – 2,5	1,0 – 2,5
5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado	–	–	7,8	20,4	35,3	23,3	23,4 – 41,1	23,3 – 44,2
5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada	–	–	71,2	51,7	46,1	49,1	28,1 – 78,9	21,0 – 77,1
5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata	–	–	31,2	33,8	26,7	30,1	7,8 – 63,2	2,6 – 57,6

Fontes: Brasil, 2013b; Três Rios, 2011c

Para a área Produção Geral, são sete os indicadores de monitoramento, sendo que, para o indicador proporção de consultas médicas de urgência com observação, também se optou por aguardar série histórica de 1º ciclo para definição de meta, já que tais dados são novos no SIAB (a partir de 2011, após adesão), conforme mostrado na tabela 10.

Tabela 10. Indicadores de monitoramento na área estratégica produção geral

Indicador	Resultado 2010	Meta Pactuada
5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação	–	–
5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência	0,46%	0,46%
5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado	8,17%	8,17%
5.8 Indicador: proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	0,27%	0,27%
5.9 Indicador: média de exames solicitados por consulta médica básica	0,72	0,70
5.10 Indicador: média de atendimentos de enfermeiro	0,53	0,53
5.11 Indicador: média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada	11,55	10
5.12 Indicador: proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	62%	60%

Fonte: Três Rios, 2011c

A área estratégica *Vigilância – hanseníase e tuberculose* tem dois indicadores de monitoramento, foi opção do município orientar a meta a partir dos resultados de 2010. Mais uma vez, não foi apresentado o resultado do 1º ciclo. A Tabela 11 apresenta os valores:

Tabela 11. Indicadores de monitoramento na área estratégica *vigilância – hanseníase e tuberculose*

Indicador	Resultado 2010	Meta pactuada
6.1 Média de atendimentos de tuberculose	2	2
6.2 Média de atendimentos de hanseníase	1,125	1

Fonte: Três Rios, 2011c

Os indicadores da área de saúde mental são de monitoramento e não foram calculados para o primeiro ciclo do PMAQ-AB. Para cálculo destes indicadores, o município também optou por aguardar série histórica de um ano (Tabela 12).

Tabela 12. Indicadores de monitoramento na área estratégica *saúde mental*

Indicador	Resultado 2010	Meta Pactuada
7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas	–	–
7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool	–	–
7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas	–	–
7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo	–	–

Fonte: Três Rios, 2011c

A seguir, apresentamos os dados referentes à *Avaliação Externa*.

5.3 TERCEIRA FASE: AVALIAÇÃO EXTERNA

No município de estudo, a fase de avaliação externa ocorreu entre os meses de junho e julho de 2012, sendo realizada por avaliadores vinculados à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

As dimensões avaliativas compostas por padrões de qualidade para ponderação e certificação das equipes envolveram: a realização de autoavaliação (10%), comportamento dos indicadores de desempenho contratualizados (20%), os relatórios gerados a partir das visitas in loco e o preenchimento do questionário on-line com informações complementares desta fase pelos gestores e eSF (para estes dois últimos itens, a ponderação é de 70%).

Para obtenção dos relatórios das visitas in loco, foi acessado o site do DAB/MS, Portal do Cidadão. Foram tomados como referência os relatórios disponíveis, buscando identificar a situação alcançada pelos seguintes segmentos: Equipe de Saúde da Família e Unidade de Saúde. Para cada segmento, foi possível obter as seguintes informações:

- USF: funcionamento e serviços prestados, cadastramento no Programa Requalifica UBS (financiamento federal para reforma/ampliação/construção), avaliação da estrutura física, medicamentos e equipamentos.
- eSF: tipo de equipe, realização de autoavaliação, comportamento em relação aos indicadores de desempenho pactuados e nas dimensões avaliativas do Acesso e da Qualidade, além de certificação final da equipe.

Para a dimensão avaliativa que envolveu a realização de autoavaliação pelas eSF, o município obteve os 10%, já que 100% das equipes (20) realizaram tal avaliação.

A Tabela 13 apresenta os resultados de desempenho por área estratégica de atenção à saúde de 17 equipes (dados disponibilizados pelo MS, faltando a divulgação do resultado de três equipes). O resultado de desempenho indica a certificação por área estratégica de atenção obtida pela equipe.

Tabela 13. Desempenho das equipes nas áreas de atenção à saúde com indicadores contratualizados

Área estratégica	Desempenho das equipes			
	Ótimo	Bom	Regular	Insatisfatório
Saúde da criança	0	9	8	0
Saúde da mulher	1	13	3	0
Diabetes mellitus/hipertensão arterial	0	16	1	0
Consultas realizadas	0	11	6	0

Fonte: Brasil, 2013b

As avaliações decorrentes das visitas *in loco* pelos avaliadores externos e o preenchimento do questionário *on-line* desta fase pelos gestores e eSF foram embasadas em padrões de qualidade sistematizados em cinco dimensões abertas em subdimensões descritas abaixo (BRASIL, 2012ba).

A dimensão Gestão Municipal para Desenvolvimento da Atenção Básica foi avaliada a partir de três subdimensões: a) Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica (perfil da Gestão), b) Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e c) Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial. Apresentou o seguinte resultado de acordo com Tabela 14.

Tabela 14. Conceito das equipes na dimensão gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica

Subdimensão	Conceito	Nº de equipes	%
Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica	Regular	20	100,0
Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	Ótimo	9	45,0
	Bom	11	55,0
Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial	Ótimo	5	25,0
	Bom	5	25,0
	Regular	10	50,0

Fonte: Brasil, 2013b

Pela Tabela 14, observamos que o perfil da gestão foi avaliado como regular. Quanto às informações *on-line*, a gestão respondeu sobre o responsável pela gestão da AB (formação, titulação, carga horária de dedicação, responsabilidades, tempo em que trabalha na AB).

Em relação às ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe, o resultado obtido foi bom ou ótimo. Os avaliadores externos verificaram: contratação dos profissionais e vínculo de trabalho, sendo que, à época do primeiro ciclo, o município possuía como mecanismo de ingresso processo seletivo simplificado e vínculo por contrato temporário pela administração pública; existência de plano de carreira e remuneração por desempenho; principais estratégias de educação permanente para as eSF e qualificação das ações desenvolvidas; vínculo dos profissionais e relação de trabalho.

O apoio institucional e matricial obteve conceito de 50% bom ou ótimo e os outros 50% com regular. Foram avaliados: existência de equipe de apoio institucional, diretrizes do apoio institucional, cronograma de implantação, quantitativo de apoiadores, nº de equipes por apoiador, responsabilidades, atividades dos apoiadores, avaliação das eSF em relação ao apoiador, apoio matricial às EAB; integração da Rede de Atenção à Saúde, com ordenamento e definição de fluxos.

Quando observados os resultados para o estrato de municípios e para o estado, o perfil da gestão destes grupos de municípios apresentou-se superior à gestão municipal, com eSF com conceito bom/ótimo. Em relação às demais subdimensões, o município apresentou comportamento superior ao do estrato e do estado.

A segunda dimensão avaliativa *Estrutura e Condições de Funcionamento das USF* possui sete subdimensões, cujos resultados estão apresentados na Tabela 15.

Tabela 15. Dimensão estrutura e condições de funcionamento das unidades saúde da família

Subdimensão	Conceito	Nº de equipes	%
Características Estruturais e Ambiência, Sinalização Externa e Interna da USF e identificação visual das ações e serviços	Ótimo	3	15,0
	Bom	9	45,0
	Regular	8	40,0
Horário e dias de funcionamento da Unidade de Saúde	Ótimo	1	5,0
	Bom	7	35,0
	Regular	12	60,0
Equipamentos, materiais, insumos e impressos para Atenção à Saúde (incluindo saúde bucal)	Ótimo	2	10,0
	Bom	16	80,0
	Regular	2	10,0
Informatização, conectividade e telessaúde	Ótimo	1	5,0
	Bom	0	0,0
	Regular	19	95,0

Continua...

Subdimensão	Conceito	Nº de equipes	%
Medicamentos componentes da Farmácia Básica	Ótimo	1	5,0
	Bom	15	75,0
	Regular	4	20,0
Imunobiológicos e testes rápidos da USF	Ótimo	0	0,0
	Bom	10	50,0
	Regular	10	50,0
Insumos e medicamentos para práticas integrativas e complementares	Ótimo	1	5,0
	Bom	0	0,0
	Regular	19	95,0

Fonte: Brasil, 2013b

Quanto às características estruturais e ambiência, sinalização interna e externa das USF, observamos que a maioria das eSF recebeu conceito regular, semelhante ao resultado para as equipes de referência do estrato e do estado. Além disso, o cadastramento no Programa Requalifica UBS apresentou cinco equipes para modalidade reforma e cinco equipes para modalidade ampliação.

Em relação à sinalização externa e interna da USF e identificação visual das ações e serviços prestados pelas USF, o relatório consolidado mostra os serviços ofertados pelas USF por número de equipes, conforme Tabela 16. O resultado desta subdimensão apresentou-se superior ao do estrato e do estado.

Tabela 16. Serviços ofertados nas unidades saúde da família por número de equipes

Serviços ofertados nas USF	Nº de equipes
Visitas domiciliares, exames de Papanicolau, acolhimento para atendimento a consultas sem hora marcada	17
Coleta de exames laboratoriais	16
Vacinação	12
Curativos e retirada de pontos	9
Atendimento em casos de urgência e emergência	8
Nebulização	7
Aplicação de medicações injetáveis (penicilina G benzatina), drenagem de abscesso e práticas integrativas e complementares	1
Retirada de unha, sutura de ferimentos e lavagem de ouvido ou possuíam sala de observação	0

Fonte: Brasil, 2013b

Com relação ao horário de funcionamento das USF, os relatórios apontam que uma USF funcionava todos os dias da semana em três turnos, recebendo ótimo. Sete USF atendiam durante cinco dias da semana em dois turnos com abertura frequente durante os finais de semana, apresentando conceito bom. Doze USF funcionavam cinco dias da semana em dois turnos com abertura em alguns finais de semana, recebendo conceito regular. Este resultado mostra-se inferior ao do estrato e estado.

A subdimensão Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos para Atenção à Saúde apresentou 80% das equipes com conceito acima da média.

Já a subdimensão Informatização, Conectividade e Telessaúde evidencia que 95% das equipes receberam conceito regular, sendo observada a existência de equipamentos de informática e vinculação à rede Telessaúde nas USF.

Na subdimensão Medicamentos componentes da Farmácia Básica, observamos que 80% das equipes receberam conceito bom/ótimo. Quanto à verificação de imunológicos das USFs, destaca-se que 50% das equipes receberam conceito bom e 59% foram conceituadas como regulares.

Para a subdimensão Insumos e Medicamentos para Práticas Integrativas e Complementares, destaca-se que 95% das eSF receberam conceito regular.

Em comparação com os resultados dos municípios do estrato e do estado, as USF de estudo apresentaram resultado superior quanto à existência de equipamentos, materiais, insumos, impressos e medicamentos da Farmácia Básica, além de equipamentos de informática e conexão à internet.

A existência de insumos e medicamentos para práticas integrativas e complementares apresentou resultado semelhante ao do estrato e estado, enquanto que, para a existência de imunobiológicos, a comparação mostrou esta subdimensão com resultado inferior.

A dimensão *Valorização do Trabalhador* foi avaliada por quatro subdimensões, sistematizadas na Tabela 17.

Tabela 17. Conceito das equipes na dimensão *valorização do trabalhador*

Subdimensão	Conceito	Nº de equipes	%
Tempo de Atuação e qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica.	Ótimo	18	90,0
	Bom	1	5,0
	Regular	1	5,0
Gestão do Trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo	Regular	20	100,0
Plano de Carreira e Remuneração Variável	Regular	20	100,0
Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	Ótimo	6	30,0
	Bom	8	40,0
	Regular	6	30,0

Fonte: Brasil, 2013b

A subdimensão Tempo de Atuação e qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica avaliou o tempo de atuação dos profissionais na eSF, formação complementar e qualificação, sendo que 90% das eSF (18) receberam conceito ótimo, sendo o resultado superior ao do estrato e estado.

Nas subdimensões Gestão do Trabalho, garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo e Plano de Carreira e Remuneração Variável, 100% das eSF receberam conceito regular. Este resultado teve comportamento inferior ao dos municípios do estrato e do estado.

Para a subdimensão Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas, as eSF inseriram informações sobre participação dos profissionais em congressos e eventos de saúde, atividades de docência, preceptoria, entre outros. Para tal subdimensão, 70% das eSF receberam conceito bom/ótimo, resultado semelhante ao do estrato e estado.

As eSF foram avaliadas também em questões relacionadas à dimensão Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, estruturada em 17 subdimensões, apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18. Conceito das equipes na dimensão *acesso e qualidade* da atenção e organização do processo de trabalho – ações para organização do processo de trabalho

Subdimensão	Conceito	Nº de equipes	%
Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica	Bom	14	70,0
	Regular	6	30,0
Organização dos prontuários e informatização	Ótimo	2	10,0
	Bom	2	10,0
	Regular	16	80,0
Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica	Bom	10	50,0
	Regular	10	50,0
Territorialização e população de referência da Equipe de Atenção Básica	Ótimo	7	35,0
	Bom	5	25,0
	Regular	8	40,0
Acolhimento à demanda espontânea	Ótimo	1	5,0
	Bom	6	30,0
	Regular	13	65,0
Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	Ótimo	1	5,0
	Bom	11	55,0
	Regular	08	40,0
Práticas integrativas e complementares, promoção da saúde e Bolsa Família	Ótimo	3	15,0
	Bom	13	65,0
	Regular	04	20,0
Equipe de Atenção Básica como coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, ordenação e definição de fluxos e resolubilidade das ações e práticas inovadoras	Bom	10	50,0
	Regular	10	50,0
Atenção ao câncer do colo do útero e da mama	Bom	3	15,0
	Regular	17	85,0
Planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério	Bom	9	45,0
	Regular	11	55,0
Criança até os dois anos de vida	Ótimo	2	10,0
	Bom	2	10,0
	Regular	16	80,0
Condições crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus)	Ótimo	6	30,0
	Bom	6	30,0
	Regular	8	40,0
Saúde mental	Ótimo	1	5,0
	Bom	05	25,0
	Regular	14	70,0
Tuberculose e hanseníase	Bom	1	5,0
	Regular	19	95,0
Saúde bucal	Ótimo	3	15,0
	Bom	17	85,0
Programa saúde na escola	Ótimo	8	40,0
	Bom	6	30,0
	Regular		30,0
População rural, assentados e quilombolas	Ótimo	02	10,0
	Bom	2	10,0
	Regular	16	80,0

Fonte: Brasil, 2013b

A organização do processo de trabalho pelas eSF apresentou como principais resultados: quanto ao planejamento das ações pelas equipes, 70% das eSF (14) receberam conceito bom. Foi avaliada também a realização de visitas domiciliares pelas eSF, além da periodicidade, programação e mapeamento dos usuários e registro das ações. Nesta subdimensão, 60% das eSF receberam conceito bom/ótimo. A avaliação da oferta de práticas integrativas e complementares, ações educativas e de promoção de saúde para grupos prioritários, práticas corporais e atividades físicas, além da busca ativa, registro e mapa de acompanhamento de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família foram avaliados na mesma subdimensão. Para tal, 80% das equipes foram conceituadas como bom/ótimo.

Na subdimensão Organização dos prontuários e informatização, 80% das eSF receberam conceito regular. Os itens avaliados envolveram a forma como as eSF dispõem os prontuários, se há modelo para preenchimento dos mesmos e a implantação e funcionamento de prontuário eletrônico. Quanto ao acolhimento e atendimento à demanda espontânea, 65% das equipes receberam conceito regular.

As eSF foram avaliadas também quanto à coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), definição de fluxos e resolubilidade das ações e práticas inovadoras. Verificando-se como é realizado o encaminhamento para consultas especializadas, a existência de Central de regulação, utilização de fichas de encaminhamento, contato entre profissionais das eSF e especialistas, listagem de exames ofertados aos usuários. Nesta subdimensão, 50% das eSF (dez equipes) receberam conceito bom e 50% (dez equipes), regular.

Em relação à assistência nas áreas estratégicas da AB, algumas ações foram tomadas como focos avaliativos nas subdimensões descritas a seguir. Na área de Saúde da Mulher, uma das subdimensões foi a atenção ao câncer de colo de útero e mama, para a qual 85% das eSF receberam conceito regular. A segunda subdimensão refere-se às ações de planejamento familiar e disponibilidade de métodos contraceptivos, assistência durante o pré-natal, existência de maternidade de referência e garantia de consulta puerperal até dez dias após o parto. Para tal subdimensão, nove eSF (45%) receberam conceito bom e 11 eSF (55%), conceito regular.

Na área de Saúde da Criança, a avaliação foi focada na assistência às crianças até 2 anos de idade, 80% das eSF receberam conceito regular. Já na atenção ao portador de tuberculose e hanseníase, 19 eSF (95%) receberam regular.

A assistência aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica foi avaliada quanto à organização da continuidade do cuidado, sendo que 12 eSF (60%) receberam conceito bom/ótimo e oito eSF (40%), regular.

Para a Assistência à Saúde Mental, 70% das eSF receberam conceito regular. A atenção à saúde bucal foi avaliada quanto à assistência oferecida na AB, fluxos de encaminhamento para CEO e reabilitação protética. Sendo que 85% das eSF receberam conceito bom e 15% receberam conceito ótimo.

Com relação ao Programa Saúde na Escola, as eSF foram avaliadas quanto à realização e registro de ações nas escolas, alimentação do sistema de informação, levantamento dos escolares com necessidades assistenciais, e o conceito das eSF variou de regular a ótimo.

A quinta dimensão avaliativa refere-se a Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário e é composta de sete subdimensões, as quais são apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19. Conceito das equipes na dimensão *acesso, utilização, participação e satisfação do usuário*

Subdimensão	Conceito	Nº de equipes	%
Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	Ótimo	3	15
	Bom	17	85
Acolhimento à Demanda Espontânea	Ótimo	3	15
	Bom	17	85
Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	Ótimo	3	15
	Bom	17	85
Atenção à Saúde da Mulher, Gestante e Criança.	Regular	20	100
Condições Crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus)	Ótimo	3	15
	Bom	17	85
Satisfação e mecanismos de participação do usuário	Ótimo	3	15
	Bom	17	85
Saúde bucal	Ótimo	3	15
	Regular	17	85

Fonte: Brasil, 2013b

Para cinco subdimensões, três eSF (15%) receberam conceito ótimo e 17 eSF (85%), conceito bom. Foram avaliados: acesso à USF, perguntando aos usuários sobre a distância da residência do usuário à USF, sinalização interna da USF, horário de funcionamento, presença

de profissionais na USF; agendamento das consultas, tempo de espera, escuta da necessidade dos usuários e profissionais que realizam acolhimento, orientações fornecidas; atendimento às urgências, acesso aos serviços; satisfação do usuário pela assistência prestada pela eSF, materiais, medicamentos e equipamentos para assistência na UBS, higiene e limpeza da USF, mecanismos de participação com o serviço e telefone da ouvidoria municipal e/ou Ministério da Saúde, além da assistência aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, prestação do cuidado, acesso a exames e medicamentos, profissionais que efetuam a assistência.

Na subdimensão Atenção à saúde da mulher, gestante e criança, todas as eSF receberam conceito regular.

A certificação final das eSF está apresentada na Tabela 19.

Tabela 20. Resultado da classificação das equipes do município de Três Rios (RJ) no 1º ciclo do PMAQ-AB

Nível de Certificação	Nº de equipes	%
Ótimo (desempenho muito acima da média)	0	0,0
Bom (desempenho acima da média)	17	85,0
Regular (desempenho mediano ou pouco abaixo da média)	3	15,0
Desempenho insatisfatório	0	0,0
Total	20	100,0

Fonte: Brasil, 2013b

Constatamos que o município apresentou 17 equipes com desempenho bom e três equipes com desempenho regular. Não houve EAB com conceito insatisfatório ou equipe excluída do programa.

5.4 QUARTA FASE: RECONTRATUALIZAÇÃO

A quarta fase do PMAQ corresponde à adesão ao próximo ciclo do programa e à assinatura dos TC. A adesão do município ocorreu em abril de 2013 e a contratualização das equipes se estendeu de abril a junho. Aderiram as 23 equipes de SF, 23 equipes de Saúde

Bucal – modalidade 1, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Os documentos referentes a esta fase correspondem aos Termos de Compromisso assinados primeiramente pelo gestor municipal, pelos coordenadores do CEO e das equipes do NASF. O município apresentou os TC das 23 equipes de SF e equipes de Saúde Bucal (TRÊS RIOS, 2013b). Os documentos relacionados às eSF também apresentam modificações no conteúdo dos compromissos pactuados para as equipes em relação aos do primeiro ciclo. Foi incluída a alimentação do SIAB ou Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (e-SUS/SISAB) de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe e segundo critérios do Manual Instrutivo. Os TC tratam também dos compromissos das eSF no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, com a identificação de pessoas tabagistas e a assistência de acordo com o preconizado pelo programa. Os compromissos para as ESB são os mesmos citados para as eSF, com enfoque na área específica.

Os TC para as equipes do NASF e CEO apresentam os compromissos específicos referentes aos processos de trabalho destes profissionais.

A adesão ao segundo ciclo do PMAQ foi homologada em ata de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite.

6 DISCUSSÃO

O movimento do município para melhoria da AB foi descrito em um estudo realizado por Souza (2011) sobre a gestão e análise da política de saúde de Três Rios no período de 2000 a 2010, com ênfase na organização da AB. Segundo a autora, a Estratégia Saúde da Família foi implantada no município no ano 2000, sendo que, a partir de 2009, foi percebida uma intensificação nos investimentos ocorridos no âmbito da AB.

A análise da autora descreve aspectos relativos à infraestrutura, condições dos equipamentos e insumos das USF, além de questões referentes ao processo de trabalho das equipes e aspectos assistenciais. Foram evidenciadas mudanças tais como a descentralização de ações como pré-natal, exames preventivos de colo uterino e imunização; aumento do número de consultas médicas e odontológicas; implantação de projetos como Saúde Bucal nas Escolas e Primeiro Sorriso; instauração do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; recadastramento das famílias de toda a área adscrita pela Estratégia Saúde da Família com atualização no SIAB; capacitação dos profissionais nas áreas prioritárias para AB e vinculação ao projeto Telessaúde com apoio da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; planejamento de reforma e construção de USF com a finalidade de substituir imóveis alugados, além de compra de equipamentos e de materiais de consumo para suprimento das USF.

A adesão ao PMAQ-AB possibilitou a criação de uma lei municipal que garante a efetivação de um sistema de gerenciamento dos recursos provenientes do componente de Qualidade do PAB variável e da gratificação por desempenho pelo alcance das metas pactuadas. O conceito de desempenho adquirido pelas equipes é referência para os percentuais de gratificação, o que pode gerar estímulo às equipes no sentido de enriquecer os processos de trabalho, que, de acordo com a pactuação, são amplos, indo desde a realização do diagnóstico e planejamento da gestão e do cuidado, a certificação de acordo com os movimentos de mudança identificados e o início de um novo ciclo. Já o percentual destinado ao investimento em estrutura, insumos e materiais para as USF de acordo com as necessidades apontadas pelas equipes representa potencial de melhorar aspectos relativos ao acesso e à qualidade assistencial, discutidos no decorrer do estudo.

A adesão e contratualização ao 1º ciclo do PMAQ-AB no município de Três Rios foi expressiva, envolvendo a participação de 91% das eSF. A pactuação de metas foi norteadada pelos desafios para melhoria de qualidade conforme orientação do MS. No entanto, não foi

realizada pactuação de acordo com as necessidades da população adscrita a cada equipe, optando-se pela pactuação igual para todas as equipes. O presente estudo não conseguiu identificar se tal decisão possa ter gerado perdas na especificidade das necessidades das populações e se gerou impactos na organização do processo de trabalho das eSF. Lopes (2013) evidenciou mudanças ocorridas no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família do Distrito Federal que a partir da adesão ao programa. O estudo mostrou que os profissionais de nível médio das equipes pesquisadas desconheciam a existência dos indicadores do PMAQ-AB, apontando para a centralização das pactuações na esfera da secretaria de saúde, o que contribuiu para a falta de envolvimento de toda a equipe na pactuação e discussão dos indicadores.

Já em relação à análise dos dados referentes à fase de Desenvolvimento do 1º ciclo do programa identificamos avanços com relação ao planejamento das ações pelos gestores e eSF. Souza (2011) evidenciou, em entrevista com gerentes das USF, que, antes de 2009, não havia cultura de planejamento das ações tanto pelas eSF quanto pela gestão municipal de saúde (como exemplo, foi destacado a repetição por vários anos do mesmo Plano Municipal de Saúde). O projeto-piloto de implantação do AMQ no município em 2011 e a posterior adesão ao PMAQ-AB com a realização das autoavaliações e composição de matrizes de intervenção evidenciam o trabalho de planejamento das ações e análise de dados de produção e da situação de saúde da população adscrita a cada USF em caráter mensal e a análise semestral dos resultados do Pacto de Indicadores da AB.

Quanto à criação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) contemplando a AB e a desprecarização dos direitos trabalhistas, foi identificado que o mesmo está em trâmite no município. No entanto, um avanço importante foi a mudança no processo seletivo e na modalidade de contratação. Até maio de 2013, o regime de contratação dos profissionais era realizado através de processo seletivo simplificado com contrato temporário, passando, após este período, para concurso público para os profissionais da AB, exceto para os ACS, para os quais se manteve o esquema de ingresso anterior de processo seletivo em regime celetista. Tais aspectos podem justificar o conceito regular nas subdimensões *Plano de Carreira e Remuneração Variável* e *Gestão do Trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo*.

Em relação ao Apoio Institucional ao PMAQ-AB, identificamos avanços na organização da equipe de apoiadores, passando de um para quatro profissionais, sendo um deles também o coordenador do programa. Cunha e Campos (2010) citam o apoio institucional (Apoio Paideia) como um mecanismo de interação construtiva entre os atores

sociais, pautando-se na supervisão e na avaliação com a participação dos avaliados, articulação de saberes, práticas e interesses dos trabalhadores, com olhar que extrapola a visão interna de quem opera os processos de trabalho. A análise do roteiro de supervisão mensal dos apoiadores permite identificar que estes profissionais mesclam ações de supervisão e apoio institucional. Assim, permite o acompanhamento sistemático e a coordenação das ações, favorecendo o vínculo entre apoiadores e profissionais das eSF e também as ações de monitoramento preconizadas pelo PMAQ-AB.

No âmbito da Educação Permanente, a análise dos dados permitiu identificar que os temas abordados nas capacitações foram condizentes com as necessidades apontadas pelas autoavaliações das eSF, mesmo sendo ainda fragmentadas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) aponta que a instituição desta prática é vinculada à ideia de mudança institucional, expandindo os espaços onde o ensino e a aprendizagem podem ser implementados, sendo incorporados ao cotidiano das organizações. O objetivo é favorecer a problematização, reflexão e aprendizagem dos trabalhadores. Tomando tal referência percebemos a necessidade de melhor estruturação das ações com vista à implementação de um Programa de Educação Permanente no município, achado que também corrobora com o estudo de Souza (2011).

O consolidado das autoavaliações aponta a inadequação de infraestrutura das USF e a necessidade de reforma, ampliação ou construção de novas unidades, já que as condições estruturais apresentam impacto significativo sobre as condições de trabalho e de assistência prestada aos usuários. Além disso, algumas equipes apontaram a dificuldade de realização de atividades devido ao espaço físico, sendo destacado: indisponibilidade de sala para reuniões de equipe, atividades internas dos ACS, ações de educação permanente. Havia também a dificuldade de atendimento conjunto entre dentistas e ASB pelo espaço físico dos consultórios odontológicos, ausência/inadequação de espaço coberto para recepção e espera dos usuários, número insuficiente de consultórios para atendimento concomitante de médicos e enfermeiros, ausência de banheiro exclusivo nos consultórios onde eram realizados exames ginecológicos.

Os pontos destacados nas autoavaliações em relação aos aspectos da infraestrutura das UBS do município foram apontados pelo estudo de Souza (2011) ao destacar que à época 55% das USF funcionavam em imóveis alugados. As unidades próprias também não possuíam condições estruturais mínimas preconizadas para o funcionamento de uma USF. A avaliação externa considerou outros aspectos estruturais referentes à ventilação, luminosidade, acústica, pisos e paredes e de ambiência e sinalização. O resultado desta avaliação apontou que mais da

metade das eSF recebeu conceito bom/ótimo na subdimensão Características Estruturais e Ambiência, Sinalização Externa e Interna da USF e identificação visual das ações e serviços.

Apesar dos problemas levantados em relação a aspectos da infraestrutura, o cenário melhorou após a 1ª avaliação do município no PMAQ-AB. O cadastramento no Programa Requalifica UBS permitiu ampliar os recursos para melhoria das condições de infraestrutura, com cinco USF inscritas para a modalidade construção e cinco para ampliação. Até o ano de 2013, o município inaugurou uma USF, totalizando então 23 USF com 23 eSF e 23 ESB.

Em relação aos equipamentos das USF, as autoavaliações apontaram para situações-problema relacionadas a não existência de serviço de manutenção preventiva e a indisponibilidade de alguns equipamentos como: equipamentos para o trabalho externo dos ACS, linhas telefônicas, equipamentos de informática em algumas USF e acesso à internet, eletrocardiógrafo, ar-condicionado/ventiladores, extintores, equipamentos indicados para primeiro atendimento em casos de urgência e emergência (ex: jelco para adultos e crianças, ambu, máscara, cânula de Guedel, etc.), veículo para o deslocamento dos profissionais para realização das atividades externas programadas, equipamentos eletrônicos para atividades educativas.

Apesar de tais evidências apontadas pelas eSF, os conceitos atribuídos às equipes no relatório de avaliação externa em relação à subdimensão “Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos para Atenção à Saúde” conferiu o resultado de 80% das equipes com conceito bom. Em contrapartida, os dados condizem com o conceito regular que 95% das equipes receberam na observação da existência de equipamentos de informática e vinculação à rede Telessaúde nas USF (à época, apenas uma UBS tinha acesso à internet segundo autoavaliação).

É importante destacar alguns pontos priorizados pelas equipes e que foram efetivados e que podem favorecer o processo de trabalho das eSF tais como: compra de equipamentos para os ACS como protetor solar, boné, uniforme (calça e bermuda jeans, sapato, blusa) e bicicleta elétrica; compra de equipamentos de informática para as USF e de internet, além da instalação de linha telefônica em 45% das USF, abastecimento das USF com materiais para primeiro atendimento em casos de urgência e emergência, aparelhos de televisão e DVD, organização de agenda para disponibilizar veículo para realização de VD pelas equipes. No entanto, ainda há a necessidade de investimento em serviço de manutenção preventiva, o que poderia reduzir os custos com o conserto e a compra de novos equipamentos.

A centralização de medicamentos na SMS, tais como insulina NPH e antiasmáticos, foi apontada como a principal demanda nesta área pelas eSF, sendo que no relatório de

avaliação externa foi possível identificar que, para os medicamentos componentes da farmácia básica, 80% das equipes receberam conceito bom/ótimo. Este resultado sustenta a constatação de Souza (2011) de que, a partir de 2009, a assistência farmacêutica foi reorganizada no município e ocorreu a descentralização de parte da lista de medicamentos para as USF. Ainda com relação a este aspecto, a compra dos frígobares permitirá a descentralização da insulina, facilitando o acesso dos usuários ao serviço de dispensação de medicamentos.

Quanto ao processo de trabalho das eSF, a PNAB define as diretrizes e as atribuições de cada categoria profissional (BRASIL, 2012). As metas estipuladas pela Coordenação Municipal da AB têm o potencial de aprimorar as atribuições apontadas na PNAB e vão ao encontro do que deve ser observado no processo de monitoramento pelos apoiadores institucionais/supervisores.

Em relação à organização da assistência, acolhimento, responsabilização e humanização, a análise do consolidado das autoavaliações permitiu a identificação de situações-problema, aspectos também apontados pelo relatório de avaliação externa. Tiveram destaque:

- A visita domiciliar não era uma atividade de todos os membros de uma equipe, permitindo inferir que a VD era uma atividade já sistematizada em quase todas as EAB, sendo que relatório de AE mostra que 60% das eSF receberam conceito acima/muito acima da média.
- Ausência de registro de aspectos do território e do painel de situação e mapa territorial discriminando as microáreas de responsabilidade dos ACS. Embora Souza (2011) tenha referido que, em 2009, foi realizado recadastramento das famílias de toda área de abrangência da ESF, as informações adicionais sobre o território não estavam disponibilizadas.
- Falta de monitoramento e registro de referências para outros níveis de atenção. Em relação a tal aspecto, o estudo de Souza (2011) apontou que o mecanismo de referência da eSF para especialistas é definido formalmente com cota mensal por especialista destinada a cada USF. Porém, a autora destacou que os mecanismos de contrarreferência são falhos, dificultando a continuidade do cuidado dos usuários ao retornar para assistência na USF por carência de informações;
- Ausência de critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato e atendimento programado.
- Realização de reuniões mensais de equipe: seriam necessárias reuniões com menor intervalo de tempo entre as mesmas, semanalmente. Isto poderia favorecer

o planejamento e avaliação das ações a partir da utilização dos dados disponíveis, além de acompanhamento e avaliação sistemática das ações para readequação dos processos de trabalho.

- Ausência de caixas de sugestões/reclamações nas USF, sendo as solicitações dos usuários respondidas através da ouvidoria, apontando a necessidade de ampliação dos canais de comunicação entre equipes e usuários como forma de ampliar o acesso.
- Falta de organização da agenda por ciclo de vida/patologias/grupos populacionais específicos.

A pactuação de metas para os indicadores de desempenho e de monitoramento para o 1º ciclo do programa não foi completa, pois, segundo o relatório da SMS, alguns dados do SIAB foram introduzidos em 2011, não sendo possível o conhecimento do comportamento de tais indicadores no ano anterior, referência para pactuação utilizada pelo município.

Foi possível constatar também que os valores pactuados para a maioria dos indicadores foram, em alguns casos, significativamente inferiores aos calculados para o ano de 2010. Consideramos que, para os próximos ciclos, seja mais fácil realizar a pactuação e a análise dos dados pelo conhecimento da série histórica de comportamento dos indicadores do programa.

A assistência prestada pelas eSF teve como referencial de análise o comportamento dos indicadores nas áreas estratégicas para a AB, dos dados das autoavaliações e da avaliação externa referentes a tais dimensões.

Os principais eixos de avaliação na área de Saúde da Mulher referiram-se à assistência ao pré-natal e ao exame preventivo de colo de útero. Os dados mostram que o acompanhamento de pré-natal no município está dentro dos parâmetros estimados pelo MS, apesar de a média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada ter sido abaixo do pactuado que teve como referência o ano de 2010 (o resultado para o 1º ciclo foi 8,1 enquanto o valor pactuado foi de 12,7). Para os demais indicadores de pré-natal (proporção de gestantes cadastradas, gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, gestantes com o pré-natal em dia e gestantes com vacina em dia) foi superada a meta pactuada para o 1º ciclo.

Com relação à realização de exames preventivos, Machado (2013) evidenciou uma dificuldade em relação ao PMAQ-AB devido à diferença entre a faixa etária de 15 anos ou mais para acompanhamento de tal indicador pelo programa, contrapondo com a faixa etária de 25 a 69 anos preconizada pelo MS para realização do exame preventivo. O indicador apontado pelo PMAQ-AB amplia a faixa de cobertura da população feminina abrangida pelo

exame preventivo de câncer colo uterino. Mesmo sendo este exame uma das principais ações de atenção à saúde da mulher no município, com 80% dos exames (4278 mulheres) foram realizados nas USF em 2010 (SOUZA, 2011), pelos resultados do PMAQ-AB o resultado do indicador referente a este acompanhamento manteve o valor alcançado em 2010 (20,0) e apresentou-se abaixo dos parâmetros de referência (maior ou igual a 51,0). Assim, o resultado foi que 17 eSF (85%) receberam conceito regular. Isso aponta a necessidade de priorização de ações que ampliem a captação da população feminina ao exame, além da capacitação periódica das equipes e o investimento em infraestrutura e em recursos materiais.

Em relação à assistência à Saúde da Criança, a autoavaliação das equipes mostra que as principais necessidades de saúde são o aprimoramento da assistência em puericultura, estímulo ao aleitamento materno para crianças de seis meses ou mais através de ações de educação em saúde, além da confecção de protocolo clínico para asma de acordo com MS.

Quanto à puericultura, as ações apontadas referem-se ao acompanhamento e avaliação das crianças menores de cinco anos, realização de duas consultas no primeiro mês de vida, com a primeira consulta na primeira semana de vida. O resultado dos indicadores também aponta tal necessidade, já que a média de consultas médicas para menores de um ano e para menores de cinco anos ficou abaixo dos parâmetros norteadores (para os menores de um ano o resultado do 1º ciclo foi de 1,8 consultas e o parâmetro do MS aponta como valores de referência o intervalo entre 3,5 e 7,5; o nº de consultas médicas para crianças menores de cinco anos apresentou uma diferença menor quanto ao parâmetro do MS, alcançando valor de 1,5 para valores de referência entre 1,6 e 3,8).

Na análise dos resultados referentes à área estratégica Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a autoavaliação das equipes mostrou a necessidade de adoção da classificação de risco para acompanhamento e registro dos atendimentos, além de análise semestral a partir da prevalência estimada (comparação do número de hipertensos cadastrados pelos hipertensos estimados). Podemos observar melhoria nos indicadores relativos ao cadastramento de diabéticos e hipertensos com relação ao ano de 2010 (para os diabéticos, o valor passou de 59,1% para 64,7%; para os hipertensos, o valor passou de 69,6% para 71,5%), apesar de tais valores estarem abaixo dos parâmetros preconizados (a referência para o cadastramento de diabéticos seria correspondente a um valor maior ou igual a 65,0% e, para os hipertensos, um valor maior ou igual a 75,0%). Já em relação ao atendimento a diabéticos e hipertensos, o município apresentou significativo aumento das médias, em relação ao alcançados em 2010 (a média de atendimento a diabéticos passou de 8,66 para 13, 1 e a média

de atendimentos a hipertensos apresentou elevação de 4,8 para 7,2), tendo sido a assistência avaliada de forma positiva pelos usuários.

Com relação à assistência em Saúde Mental, destaca-se que 95% das equipes receberam conceito regular. Como proposta de intervenção foi citada no consolidado de autoavaliação das eSF necessidade de estreitar a parceria com os demais serviços assistenciais da área como CAPS e NASF para acompanhamento dos pacientes referenciados e o tratamento dos mesmos acompanhando as referências e o tratamento e melhoria do apoio matricial com realização de reuniões mensais com as eSF.

A área estratégica Hanseníase e Tuberculose foi avaliada por meio dos indicadores de monitoramento e da Avaliação Externa, para a qual 95% das eSF receberam conceito regular. A assistência nestas áreas não foi citada nas matrizes de intervenção por não ser foco de análise do AMQ.

Em relação à dimensão da Produção Geral, tal item precisa ser analisado através de uma série histórica maior o que possibilitaria verificar a tendência e o comportamento dos indicadores para planejamento e organização da assistência médica.

O consolidado das autoavaliações das eSF mostra também a necessidade de aprimoramento de ações de educação em saúde, sendo destacados temas como saúde e direitos dos idosos, violência doméstica, cuidados no trânsito, funcionamento do SUS, direitos reprodutivos/planejamento familiar, detecção precoce do câncer de próstata.

Outras áreas assistenciais abordadas no AMQ tiveram enfoque nas matrizes de intervenção das eSF, objetivando aprimoramento dos processos de trabalho, tendo destaque saúde do adolescente, saúde dos idosos, ações de Vigilância à Saúde e Saúde do Trabalhador.

No tocante à reconstrução, o município ampliou o número de eSF que aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-AB, totalizando 100% das eSF e foram incluídas as equipes do NASF e do CEO, o que representa a continuidade do programa, ampliando as possibilidades para melhoria do acesso e da qualidade na AB.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização da avaliação na Atenção Básica foi sendo estruturada a partir da implantação de programas e serviços com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada e intervir sobre ela na perspectiva de melhoria do planejamento das ações, processos de trabalho, assistência e racionalização dos recursos. A adoção da Estratégia Saúde da Família como principal estratégia para reestruturação da AB impulsionou ações voltadas para o monitoramento e a avaliação. Nesta perspectiva, o PMAQ-AB foi implantado visando à melhoria da qualidade do cuidado e do acesso dos usuários aos serviços prestados pelas eSF. O programa foi estruturado na lógica de ciclo contínuo em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Neste estudo, realizamos uma avaliação dos resultados do 1º ciclo do PMAQ-AB em Três Rios, estado do Rio de Janeiro, um município de médio porte que apresentou alta representatividade de adesão das eSF ao programa. Realizamos estudo de documentos e relatórios referentes a cada fase do PMAQ-AB, a partir da análise de indicadores, matrizes de intervenção das autoavaliações e dos conceitos das eSF nas dimensões avaliativas decorrentes das visitas in loco realizadas por avaliadores externos vinculados à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Foi possível a identificação de aspectos referentes às USF (infraestrutura, equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos, condições de acesso), às eSF (perfil da equipe, organização processo de trabalho, assistência nas áreas de maior foco da AB, participação e controle social, satisfação dos usuários) e à gestão (organização do apoio prestado às eSF, valorização dos profissionais, perfil da gestão).

Nossa pesquisa permitiu identificar alguns movimentos de mudança que ocorreram após a adesão ao PMAQ-AB e que podem contribuir para a melhoria do acesso e da assistência no município. Como reflexos iniciais de implantação do PMAQ-AB em Três Rios, destacam-se avanços na estruturação do trabalho da gestão, com a instituição da gratificação por desempenho e direcionamento dos recursos do programa, o que pode possibilitar maiores investimentos em qualificação, melhoria de infraestrutura, equipamentos, divulgação, ações de promoção da saúde.

Neste sentido, foi identificada compra de materiais e equipamentos apontados nas matrizes de autoavaliação e cuja ausência impacta significativamente na qualidade do trabalho

dos profissionais e do cuidado prestado à população, favorecendo a descentralização das ações.

Além disso, identificamos a implantação da equipe de apoio institucional, ampliando a presença da gestão nas Unidades de Saúde da Família através de reuniões e visitas mensais, possibilitando a discussão dos problemas e o direcionamento das ações pelos gestores e equipes, com definição dos aspectos mais críticos presentes no cotidiano de trabalho, objetivando intervenções mais direcionadas e planejadas.

Como principais desafios, identificamos a necessidade de melhoria da infraestrutura das Unidades de Saúde da Família, sendo apontada também a adesão ao Programa Requalifica UBS com a inscrição de cinco unidades na modalidade construção e outras cinco na modalidade ampliação. Além disso, foi mostrada necessidade de serviço de manutenção preventiva de equipamentos.

Quanto à análise dos processos, destacamos como principais desafios: a reestruturação das práticas de educação permanente, aprimoramento do apoio matricial na área de Saúde Mental, participação comunitária através da organização dos conselhos locais de saúde, pactuação das metas dos indicadores de forma descentralizada a partir da realidade de cada USF e fortalecimento da rede assistencial.

Nossa análise mostra que a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica tem o potencial de aprimorar as práticas gerenciais e assistenciais no município de estudo, na medida em que são observados os movimentos de mudança feitos pela gestão da AB e a manifestação do interesse em dar continuidade ao programa com a adesão de 100% das eSF ao 2º ciclo, apesar da consideração de que só conseguiremos observar mudanças efetivas ocorridas após a implantação do PMAQ-AB com a análise aprofundada de ciclos posteriores.

Para tal, observamos a necessidade de realização de outras pesquisas que contemplem aspectos não estudados através da análise documental, já que, apesar dos avanços e desafios identificados para o município, não foi possível identificar o impacto de tais mudanças no cotidiano das equipes e gestores. Para tal, sugerimos a realização de outras pesquisas que busquem explorar os resultados advindos em ciclos posteriores. Apontamos também como limitação da pesquisa o curto período de estudo de um ciclo para apontar respostas mais consolidadas sobre a implantação do programa.

Pelos resultados apresentados no município de estudo, percebemos o potencial que PMAQ-AB apresenta para induzir à melhoria das condições estruturais, da forma de operacionalização da gestão e da assistência e dos resultados. Como mostrado, outras

propostas para institucionalização da avaliação no âmbito da AB já haviam sido instituídas e, de certa forma, o desenho de cada uma delas parece ter contribuído para a conformação dada à proposta do PMAQ-AB. Esperamos que o programa se consolide como uma estratégia para institucionalizar de fato a avaliação na AB, tal a importância já demonstrada da mesma.

Acreditamos que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre implantação do PMAQ-AB no município de estudo e em municípios com realidades semelhantes à estudada, ao apontar os avanços e desafios alcançados no 1º ciclo do programa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.

ALVES, C. K. A. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 10, p. s145-s146, nov. 2010. Suplemento 1.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 1. p. 150-153, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: MS, 2000. 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**: documento técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (primary care assessment tool - PCATool-Brasil)**. Brasília: MS, 2010b.

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: MS, 2011a. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento síntese para avaliação externa**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica**. Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Avaliação Externa e da Certificação das equipes de Atenção Básica – Três Rios (RJ)**. Brasília: MS, 2013b.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 5, p. 63-69, dez. 2005. Suplemento 1.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, jul./set. 2006.

CAVALCANTE, P.; NOGUEIRA, R. Avaliação e monitoramento: institucionalização na gestão das políticas públicas do governo federal. **Revista de políticas públicas e gestão governamental**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 25-41, jan./jun. 2010.

CONNIL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 563-613.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, jan./jun. 2010.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176 fev./mar. 2007.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, v. 4, p. 317-321, jul./set. 2004.

FELISBERTO, E. Da Teoria a formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, set. 2008.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos Funcap**, São Paulo, p. 98-105, 1996.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação em Atenção Básica**: um estudo exploratório. 2001. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIMANN L. S.; MENDONÇA M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. (Série: Estudos e pesquisas).

LOPES, E. A. A. **O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. 2013. 91F. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2013. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família)– Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NOVAES, H. M. D. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, out./dez. 2007.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1096>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, jul./set. 2006.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012.

SANTOS FILHO, S. B. S.; COSTA, S. M. B.. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 43-53, set./dez. 1999.

SAVASSI, L.C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. 2011. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TAMAKI, E. M. et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 10, p. S201-S208, nov. 2010. Suplemento 1.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Termos de Compromisso para adesão ao 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2011a.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Metas para os indicadores do 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2011b.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Metas a serem cumpridas pelas Equipes de Saúde da Família**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2012a.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Lei n. 3.698, de 21 de maio de 2012. Dispõe sobre a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e sobre a Criação da Gratificação de Desempenho por metas atingidas no PMAQ e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Três Rios, RJ, 21 mai. 2012b.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Consolidado das matrizes de autoavaliação das Equipes de Saúde da Família – 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2012c.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Matriz de autoavaliação do gestor municipal de saúde – 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2012d.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Intervenções priorizadas após autoavaliações referentes ao 1º ciclo do PMAQ-AB**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2012e.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Roteiro da equipe de Supervisão das Equipes de Saúde da Família**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2012f.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Programa de Capacitação para as equipes de AB– 1º Ciclo do PMAQ-AB – Três Rios**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2013a.

TRÊS RIOS. Prefeitura Municipal de Três Rios. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Termos de Compromisso para adesão ao 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)**. Três Rios: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2013b.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2891-2900, dez. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Roteiro para Pesquisa Documental

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal de Juiz de Fora

“Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte”

Roteiro para pesquisa documental

Verificar com a coordenação da Atenção Básica os documentos referentes às quatro fases do PMAQ correspondentes ao 1º ciclo. – adesão/contratualização, desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional), avaliação externa e recontratualização.

1ª Fase: Adesão/Contratualização

Termo de compromissos da gestão e das equipes:

Metas de desempenho e monitoramento pactuadas no 1º ciclo:

Outros documentos referentes à 1ª fase:

2ª Fase: Desenvolvimento

→ Autoavaliação:

Instrumentos de autoavaliação utilizados pelas equipes de atenção básica e equipe gestora:

Relatórios de autoavaliação das equipes de atenção básica e equipe gestora:

Prioridades municipais apontadas após autoavaliação das EAB e equipe gestora:

→Educação Permanente:

Documentos sobre ações de educação permanente efetuadas pela gestão municipal:

→ Apoio Institucional e Monitoramento:

Documentos sobre o apoio institucional e monitoramento das EAB:

Outros documentos referentes à 2ª fase:

3ª Fase: Avaliação Externa

Documentos sobre o Desempenho das EAB durante as visitas dos avaliadores externos e a partir dos dados registrados no Módulo IV preenchido por gestores e responsáveis pelas EAB no sistema PMAQ-AB:

Outros documentos referentes à 3ª fase:

4ª Fase: Recontratualização

Termo de compromissos da gestão e das equipes que apontem conclusão do primeiro ciclo e início do 2º ciclo:

Outros documentos referentes à 4ª fase:

**APÊNDICE B – Metas para cada membro das EAB apontadas pela coordenação da
Atenção Básica**

- METAS A SEREM CUMPRIDAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO (A) DE SAÚDE:

- 1- Visitas Domiciliares: 100% das famílias cadastradas + número de visitas domiciliares extras. Registro de assinatura do usuário em ficha de visita domiciliar.
- 2- Preenchimento correto dos relatórios.
- 3- Realizar alterações de ficha A, envelopes das famílias e SIAB, sempre os mantendo atualizados.
- 4- Realizar acompanhamento das gestantes de sua microárea.
- 5- Realizar acompanhamento das crianças menores de cinco anos: SISVAN, Bolsa Família, Vacina, Puericultura.
- 6- Pontualidade e Assiduidade (número de faltas e atestados).
- 7- Ouvidoria: reclamações, sugestões e elogios.
- 8- Realizar vinte reuniões de educação em saúde (salas de espera) por mês.
- 9- Realizar os DOTs e/ou relatórios para epidemiologia.
- 10- Preencher cartões espelho das crianças de sua microárea.

- METAS A SEREM CUMPRIDAS PELO (A) ENFERMEIRO (A):

1. Cadastrar as gestantes da área no SIS-Pré Natal.
2. Realizar número pactuado de preventivos por mês.
3. Realizar visitas domiciliares aos usuários que se encontram em grupo de risco ou vulnerabilidade.
4. Pontualidade e assiduidade.
5. Entregar os relatórios mensais (SIAB, PMA2, Ficha D, BPA, etc.) dentro do prazo estipulado.
6. Acolhimento à demanda espontânea.
7. Ouvidoria: reclamações, sugestões e elogios.
8. Priorizar grupos de risco e vulnerabilidade de acordo com os princípios da equidade..
9. Realizar vinte palestras de educação em saúde por mês.
10. Realizar consultas de Enfermagem em Puericultura, pré-natal, a hipertensos e diabéticos.
11. Realizar vacinação e atualizar cartões espelho.

- METAS A SEREM CUMPRIDAS PELO (A) MÉDICO (A):

1. Número de atendimentos (400 atendimentos mês). Teto das consultas é 460 consultas mês.
2. Número de visitas domiciliares (de acordo com o número de acamados ou pessoas com dificuldades de se locomover).
3. Realizar atendimento de pré-natal, puericultura, etc.
4. Realizar acolhimento e atendimento à demanda espontânea sempre que for necessário.
5. Solicitar exames de RX para contactantes (tuberculose) e baciloscopia para casos suspeitos.
6. Notificar doenças compulsórias.
7. Ouvidoria: sugestões, reclamações e elogios.
8. Pontualidade e assiduidade.

- METAS A SEREM CUMPRIDAS PELO (A) TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM:

1. Realizar verificação de pressão arterial de qualquer usuário de sua área.
2. Realizar glicemia capilar de qualquer usuário de sua área.
3. Realizar curativo de média complexidade, retirada de pontos, nebulização e pesagem dos usuários de qualquer faixa etária.
4. Realizar vacinação e atualizar cartões espelho.
5. Ouvidoria: sugestões, reclamações e elogios.
6. Pontualidade e assiduidade,
7. Realizar coleta de sangue com acolhimento e humanização.
8. Realizar visita domiciliar com aferição de PA e glicemia capilar.

- METAS A SEREM CUMPRIDAS PELO AGENTE ADMINISTRATIVO:

1. Cumprir suas funções de acordo com as atribuições do agente administrativo.
2. Ouvidoria: sugestões, reclamações e elogios.
3. Pontualidade e assiduidade.
4. Contribuir com a equipe para o bom funcionamento da unidade e rendimento do trabalho.

APÊNDICE C – Roteiro de atividades da equipe de supervisão da ESF

Recursos Humanos:

- Monitorar e avaliar o uso do uniforme, a frequência e o cumprimento do horário de trabalho;
- Monitorar e avaliar a qualidade do atendimento em consonância com a Política Nacional de Humanização; Acolhimento e Classificação de Risco.
- Elaboração da escala de férias e plantão das USF com funcionamento 24hr e dos eventos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil de Três Rios;
- Participar da organização de capacitações das Equipes de Saúde da Família;
- Acompanhamento e atualização do CNES.

Sistemas de Informação:

- Promover a descentralização do SIAB, SISREG, Horus, HIPERDIA E SISVAN;
- Promover a capacitação para utilização do SIAB, SISREG, Horus, HIPERDIA E SISVAN como ferramentas de planejamento das ações.

Programas de Saúde:

- Promover, monitorar e avaliar o desenvolvimento das ações relacionadas aos Programas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde na Escola, HIPERDIA, Controle da Hanseníase e Tuberculose, DST/AIDS e Hepatites, Especificidades Regionais, Bolsa Família e NASF.

Vigilância em Saúde:

- Promover, monitorar e avaliar os registros das Notificações de Doenças dentro das semanas epidemiológicas.
- Monitorar e avaliar os protocolos de intervenção diante de doenças e agravos.

Insumos e Manutenção:

- Monitorar e avaliar a solicitação, a entrega, o armazenamento e a dispensação de insumos de limpeza, escritório, médico, farmacêutico e odontológico;
- Acompanhar o registro e andamento das solicitações de manutenção.

Indicadores de Saúde: PMAQ, IDSUS.

Atribuição da Equipe:

- Monitorar e avaliar as visitas domiciliares realizadas pela equipe, principalmente pela ACS, inclusive *in loco*.

ANEXO

ANEXO A – Compromissos pactuados pelas equipes de Atenção Básica no 1º ciclo do PMAQ-AB

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).p. 20-22.

I – Compromissos da Equipe de Atenção Básica:

- I. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na PNAB;
- II. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;
- III. Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe;
- IV. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- V. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
- VI. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
- VII. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde; e
- VIII. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal.

II – Compromissos do Município:

- I. Garantir a composição mínima da(s) Equipe(s) de Atenção Básica (EAB) participante(s) do Programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- II. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente;
- III. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de

Atenção Básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas pelos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo Programa;

IV. Aplicar os recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica;

V. Estruturar a Coordenação de Atenção Básica, constituindo e garantindo condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do Programa;

VI. Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica participante(s) do Programa;

VII. Definir o território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a população adscrita por Equipe de Atenção Básica;

VIII. Implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica do município;

IX. Realizar ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica;

X. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município;

XI. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho das Equipes de Atenção Básica;

XII. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde;

XIII. Solicitar ao Ministério da Saúde Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica participantes do Programa, nos prazos estipulados pelo Programa; e

XIV. Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica participantes do Programa, oferecendo condições logísticas de hospedagem e transporte para a equipe de avaliadores externos.