

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ - ACESSO E QUALIDADE
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO
E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

MANUAL INSTRUTIVO

Brasília - DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

MANUAL INSTRUTIVO

Brasília - DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

**SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

MANUAL INSTRUTIVO

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 60.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília – DF
Fones: (61) 3306-8090 / 6606-8044
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral

Allan Nuno Alves de Sousa

Revisão Técnica

Alexandre de Souza Ramos
Aristides Oliveira
Eduardo Alves Melo
Marina Manzano Capeloza Leite
Patrícia Sampaio Chueiri

Elaboração Técnica

Aliadne C. Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Oliveira
Carolina Pereira Lobato
Cíntia Lociks de Araújo
Dirceu Ditmar Klitzke
Eduardo Alves Melo
Fernando Maia
Hêider Aurélio Pinto
Patrícia Sampaio Chueiri
Régis Cunha de Oliveira
Sílvia Reis

Colaboração

Alexandre Teixeira Trino
Andréia Gimenez Nonato Vila
Danillo Fagner Vicente de Assis

Edneusa Mendes Nascimento
Edson Hilan Gomes de Lucena
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Elisabeth Susana Wartchow
Elizabeth Regina de Freitas Silva
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Lucinadja Gomes da Silva
Maria Beatriz Kneipp
Natali Pimentel Minóia
Patrícia Constante Jaime
Roberta Maria Leite Costa
Rodrigo Cabral da Silva
Rosa Maria Sampaio de Carvalho
Rosani Pagani
Sônia Maria Dantas de Souza
Wellington Mendes Carvalho
Wesley Fernando Ferrari

Coordenação Editorial

Antônio Sérgio Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva
Renata Ribeiro Sampaio

Projeto Gráfico

Alexandre Soares de Brito

Normalização

Marjorie Fernandes Gonçalves

Revisão

Ana Paula Reis

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1899-8

1. Atenção básica. 2. Promoção à saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título. II. Série.

CDU614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0051

Títulos para indexação:

Em inglês: Health closer to you - Improvement Access and Quality National Program of Primary Health Care - Instructional manual
Em espanhol: Salud más cerca de usted - Programa Nacional para la Mejoría del Acceso y Calidad en Atención Primária en Salud - Manual de instrucciones

LISTA DE SIGLAS

AB – atenção básica
ACS – agente comunitário de saúde
AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipe de Atenção Básica
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SF – Saúde da Família
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica
Sis prenatal – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
Siscolo – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Termo de Compromisso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação

SUMÁRIO

1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	7
2 Atenção Básica em Saúde	13
3 Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	16
3.1 Adesão e Contratualização	16
3.1.2 Compromissos	20
3.1.3 Indicadores de Contratualização	23
3.1.4 Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família	29
3.1.5 Limites para a Adesão e Contratualização ao Programa	33
3.1.6 Etapas para a Adesão ao Programa no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB)	34
3.2 Desenvolvimento	37
3.2.1 Autoavaliação	38
3.2.2 Monitoramento	41
3.2.3 Educação Permanente	45
3.2.4 Apoio Institucional	46
3.3 Avaliação Externa	49
3.3.1 Certificação das Equipes de Atenção Básica	50
3.3.2 Critérios para a Certificação das Equipes de Atenção Básica	53
3.3.3 Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica	56
3.4 Recontratualização	58
Referências	60

1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País.

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40%¹, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil.

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional,

¹ Valor estimado considerando diferentes modos de cálculo, tendo como base a quantidade de Unidades Básicas de Saúde que se organizam a partir de diversificados modelos de atenção básica, diferentes da Estratégia Saúde da Família, e/ou o número de profissionais que atuam nessas UBS.

regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;

VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios

colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

O PMAQ se insere em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre eles, é importante destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários.

Entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se:

I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

XI – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela Política Nacional de Atenção Básica nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir de sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento:

I – Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica (EAB), considerando as diferentes realidades de saúde: um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de atenção básica, respeitando as diversidades dos diferentes contextos.

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: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica considerou, inicialmente, um conjunto de aspectos passíveis de serem mensurados para a totalidade das equipes, independentemente do contexto no qual elas estão inseridas. Contudo se prevê a necessidade, ao longo do desenvolvimento do programa, da definição de novos padrões e indicadores que permitam o acúmulo continuado e adequação dos compromissos a serem contratualizados, coerentes com as especificidades regionais e locais.

III – Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade: o processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal² e das EAB participantes do PMAQ poderá ser acompanhado pelos Estados, municípios e sociedade civil organizada, entre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab.

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: desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e EAB deverão responsabilizar-se por uma série de ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da atenção básica. Os usuários também estarão envolvidos no programa, na medida em que poderão potencializar as mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, uma importante dimensão que estará presente no processo de avaliação das EAB participantes do programa será a avaliação da satisfação dos usuários.

² No presente documento, o Distrito Federal será tratado como município e a gestão local de saúde do Distrito Federal será tratada como gestão municipal, para evitar a repetição da especificidade do DF ao longo de todo o conteúdo.

V – Desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das EAB, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.

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: todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por essa mudança nos usuários e trabalhadores. Tendo como referência os princípios da atenção básica, o programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das EAB. O programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária, além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.

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: a adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa, e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

2 Atenção Básica em Saúde

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

É o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Destacam-se entre seus princípios e diretrizes:

I – Territorialização e responsabilização sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, em que ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito à responsabilidade que as equipes devem assumir

em seu território de atuação (adscrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II – Adscrição dos usuários e vínculo

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de serem referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III – Acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta por mais que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

IV – Cuidado longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V – Ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A atenção básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel-chave na ordenação da Rede. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado, com elevado grau de resolutividade. A ordenação da RAS, dessa forma, implica também que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico seja elaborada e implantada com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

VI – Gestão do cuidado integral em rede

O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

VII – Trabalho em equipe multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há de se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, onde o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

3 Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

- 1 – Adesão e contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 – Avaliação externa;
- 4 – Recontratualização.

3.1 Adesão e Contratualização

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

3.1.1 Adesão e Permanência no Programa

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar toda a atenção básica do País, a partir de um processo pactuado de forma tripartite, permite a adesão ao PMAQ das equipes de Saúde da Família, estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, e também de equipes de atenção básica organizadas em outras modalidades, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no programa.

Dessa maneira, todas as equipes de saúde da atenção básica³, incluindo as de saúde bucal, em diferentes modalidades, poderão aderir ao PMAQ desde que se encontrem em conformidade

³ O detalhamento do processo de formalização de adesão ao programa no SGDAB encontra-se descrito no item 3.1.6 deste instrutivo.

com os princípios da atenção básica⁴. As adesões serão voluntárias e pressupõem um processo inicial de pactuação entre equipes de atenção básica e gestores municipais, que devem anteceder a formalização de adesão dos municípios com o Ministério da Saúde.

O processo de adesão ao PMAQ será permanente e não haverá data limite para as EAB e os gestores municipais ingressarem no programa, excetuando os sete meses que antecedem as eleições municipais. Portanto, nos anos em que ocorrerem eleições municipais, o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) estará aberto para a adesão ao PMAQ até o final do mês de fevereiro. Contudo, cada município somente poderá realizar a adesão de nova(s) equipe(s) de atenção básica ao programa uma vez por ano, com intervalo mínimo de seis meses entre uma adesão e outra.

Neste primeiro ano de implantação do programa, será feita uma exceção à regra, na medida em que as inscrições ocorrerão entre os dias 1º de setembro e 31 de outubro de 2011, ficando suspensas novas inscrições para o ano de 2012 e abrindo novamente no ano de 2013. As adesões ao PMAQ serão por meio do SGDAB, que estará disponível no portal do DAB, no endereço www.saude.gov.br/dab.

É importante destacar, ainda, que cada município poderá incluir todas ou apenas uma parte de suas equipes no programa, respeitando os limites para a adesão e contratualização descritos na seção 3.1.5 deste instrutivo.

Após a homologação da adesão, realizada pelo Ministério da Saúde, o município receberá, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por equipe de atenção básica participante, considerando a competência do mês em que a homologação foi publicada.

O valor integral do Componente de Qualidade do PAB Variável será igual a R\$ 6.500,00 por equipe de atenção básica, podendo chegar a R\$ 8.500,00 nos casos em que houver equipe

⁴ Os critérios de parametrização e equivalência dos diversificados modelos de organização da atenção básica com a Estratégia Saúde da Família encontram-se descritos com maior detalhamento no item 3.1.4 deste instrutivo.

de Saúde Bucal vinculada à EAB. Desse modo, cada município receberá, ao aderir ao programa, R\$ 1.300,00 por EAB e R\$ 1.700,00 quando houver ESB vinculada à EAB⁵. Após o processo de avaliação externa do programa, previsto para a fase 4, o valor a ser transferido por EAB será vinculado ao seu desempenho.

O Ministério da Saúde realizará a homologação dos municípios e EAB que aderirem ao programa, mensalmente, publicando portaria que especifica o conjunto de municípios que passam a participar do PMAQ, com a respectiva quantidade de equipes. Para efeito de formalização da adesão ao programa, será considerada a data de publicação da referida portaria.

Após a homologação da adesão do município, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS)⁶, à Comissão Intergestores Regional (CIR)⁷ e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁸. É importante lembrar que essa etapa não

impedirá a homologação da adesão do município ao PMAQ, nem o início das transferências dos recursos vinculados ao programa. No entanto, o carregamento eletrônico dos documentos digitalizados que comprovam que o município informou sua adesão aos colegiados mencionados será condição para a solicitação do processo de avaliação externa, a ser realizada na fase 4 do PMAQ.

No que diz respeito às condições para a permanência no programa, os municípios serão descredenciados do PMAQ e deixarão de receber os incentivos financeiros nas situações em que a gestão municipal não formalizar, via SGDAB, o pedido de avaliação externa no período máximo de seis meses para o primeiro ciclo e de 18 meses para os próximos ciclos do programa. Nesses casos, os municípios ficarão ainda impedidos de aderir ao programa por um

A homologação dos municípios e EAB que aderirem ao programa, mediante portaria publicada pelo MS, será feita no início do mês, para o conjunto de municípios que cumpriram todas as etapas previstas para a adesão ao PMAQ no SGDAB, até o último dia do mês anterior.

⁵ Esses valores serão reajustados periodicamente pelo Ministério da Saúde, conforme disponibilidade orçamentária.

⁶ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Conselho de Saúde do Distrito Federal.

⁷ Ou comissão, conselho ou comitê análogo, presente no Estado.

⁸ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

período de dois anos. Esse mecanismo procura evitar adesões sem compromisso efetivo com o cumprimento integral do ciclo de qualidade do programa.

Por sua vez, a permanência das EAB no PMAQ ficará condicionada:

I – Às mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente⁹. Entre elas, destaca-se o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das equipes de atenção básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado;

II – À alimentação mensal do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), inclusive do novo relatório PMA2-Complementar¹⁰, por meio da utilização do transmissor simultâneo¹¹ pelo município, para o envio da base de dados do Siab; do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); e do Módulo de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde¹², permitindo, com isso, o efetivo monitoramento dos indicadores contratualizados no âmbito do programa;

III – À não piora em mais de um desvio-padrão por três meses ou mais no escore dos indicadores de monitoramento alcançado e considerado no processo de certificação;

IV – À não verificação, por órgãos de controle e sistema nacional de auditoria, de que as condições certificadas não estão mais presentes, devendo, nesse caso, ser realizado processo conforme as disposições do sistema nacional de auditoria;

9 Para os casos de equipes de atenção básica vinculadas a modalidades de organização diferentes da ESF, passam a valer exigências semelhantes, em termos de funcionamento e alimentação dos sistemas de informação, às das equipes de Saúde da Família, para efeitos de permanência no PMAQ.

10 O Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) está sendo modificado com a inclusão de novos campos referentes ao atendimento dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), que utilizarão ficha específica (PMA2-Complementar) para o registro da produção, além da complementação de informações no cadastramento familiar sobre o Programa Bolsa-Família.

11 O novo formato de arquivo do Siabmun exige a informação desagregada por equipe, quando da transferência para a esfera nacional (Datusus), via transmissor.

12 Futuramente, com o progressivo aperfeiçoamento do processo de monitoramento do programa e dos sistemas de informação em saúde, a permanência no PMAQ também ficará condicionada à alimentação regular de sistemas tais como o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério (Sisprenatal), o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

V – À garantia, por gestores e equipes, da identificação visual estabelecida pelo Ministério da Saúde, contendo informações tais como a carteira de serviços ofertados pela equipe, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e escala dos profissionais, o telefone da ouvidoria do município (quando houver) e do Ministério da Saúde, além do endereço na internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe¹³.

3.1.2 Compromissos

O processo de contratualização prevê:

1 – A assinatura de um Termo de Compromisso (TC) por parte da(s) equipe(s) de atenção básica com a gestão municipal;

2 – A assinatura de um TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde no processo de adesão, que tem como pré-etapa a contratualização da gestão com suas equipes; e

3 – A assinatura de um TC e/ou uma resolução da CIB prevendo compromissos firmados entre a gestão municipal e estadual, para o apoio e participação no PMAQ.

São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:

I – Compromissos das equipes 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;

¹³ O Ministério da Saúde publicará posteriormente os padrões visuais de identificação das equipes.

- 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;
- viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal.

II – Compromissos das gestões municipais:

- i. Garantir a composição mínima da(s) equipe(s) de atenção básica 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 à(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 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 da(s) equipe(s) 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;

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.

III – Compromissos das gestões estaduais:

i. Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios participantes do programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica;

ii. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no Estado;

iii. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;

iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do programa no Estado, de acordo com suas diretrizes;

v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica;

vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa, por meio do Conass;

vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de cofinanciamento estadual da atenção básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Assegurar a efetiva implementação do programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente de Qualidade do PAB Variável, de acordo com as regras do programa;
- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no programa;
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de apoio institucional para subsidiar a implantação do programa;
- v. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no País;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da atenção básica, de maneira singularizada com cada equipe de atenção básica participante do programa, a partir do seu desempenho no processo de certificação.

3.1.3 Indicadores de Contratualização

No momento de adesão ao programa, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores que foi eleito a partir da possibilidade de acesso a informações que possam ter como grau mínimo de agregação as EAB.

Como a unidade de avaliação do PMAQ será a equipe de atenção básica, a escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do

Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada. Contudo, em 2012, o Ministério da Saúde iniciará a implementação de um novo sistema de informação que permitirá o registro nacional de informações em saúde, vinculado ao uso do Cartão Nacional de Saúde e com capacidade de interoperabilidade com os diversificados sistemas utilizados pelos Estados e municípios. A implantação desse sistema, somada ao processo de informatização da rede de atenção, ampliará o horizonte de indicadores e informações a serem acompanhadas.

A escolha do SIAB justifica-se ainda pelo fato de o sistema permitir a alimentação de dados cadastrais sobre a população adscrita a cada equipe (faixa etária, sexo, características epidemiológicas etc.), permitindo a análise da suficiência e adequação da oferta de serviços a algumas necessidades específicas da população coberta pela equipe avaliada. Para viabilizar o uso do Siab no monitoramento do PMAQ, foi realizada uma revisão do sistema, com vistas ao monitoramento dos resultados por equipe, e inclusão de novos campos e atributos relacionados aos indicadores eleitos para a contratualização e monitoramento do programa.

Em consonância com as diretrizes do PMAQ, o processo de monitoramento deverá ser alvo de aperfeiçoamento contínuo tanto dos indicadores como dos parâmetros de desempenho. Tendo em vista as limitações atuais dos sistemas de informação em saúde para um acompanhamento mais efetivo das coberturas e dos resultados esperados das equipes de atenção básica, optou-se por iniciar o monitoramento com os indicadores disponíveis que apresentassem maior solidez. Espera-se, com a melhoria da alimentação do SIAB, induzida pelo processo de monitoramento do PMAQ, a constituição de uma base de dados mais consistente, que permita a inclusão de novos indicadores e torne mais robusta essa etapa da avaliação de desempenho.

Diante de tudo isso, foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso:

i. Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das EAB, conforme o seu desempenho;

ii. Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa. Nos próximos ciclos de implementação do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho. Mesmo que uma temática conte só com indicadores de monitoramento, será avaliada e induzida sua qualificação por meio da avaliação externa e da verificação no processo de certificação, contribuindo assim para que questões importantes não fiquem fora do processo de melhoria da qualidade.

Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de *Diabetes mellitus*, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Cumpre destacar, ainda, que os indicadores definidos para contratualização no PMAQ guardam relação com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde e com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

Quadro 1 – Síntese dos indicadores selecionados

Área Estratégica	Natureza do Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de <i>Diabetes mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Logo a seguir, encontram-se listados os 47 indicadores selecionados, segundo a área estratégica e a natureza do seu uso. Para uma apropriação maior dos indicadores do PMAQ, estão apresentadas, no anexo deste instrutivo, as fichas técnicas de cada indicador, com um detalhamento não só da sua fórmula de cálculo e fontes, mas também de suas possibilidades de uso, parâmetros para interpretação de resultados e ações com potencial de melhorar os resultados de cada indicador.

1. Saúde da mulher:

Desempenho:

- 1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica;
- 1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
- 1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;
- 1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;
- 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia;
- 1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Monitoramento:

- 1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

2. Saúde da criança:

Desempenho:

- 2.1 Média de atendimentos de puericultura;
- 2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;
- 2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;
- 2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;
- 2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano;

2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos.

Monitoramento:

2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;

2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;

2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3. Controle de *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica:

Desempenho:

3.1 Proporção de diabéticos cadastrados;

3.2 Proporção de hipertensos cadastrados;

3.3 Média de atendimentos por diabético;

3.4 Média de atendimentos por hipertenso.

Monitoramento:

3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;

3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

4. Saúde bucal:

Desempenho:

4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;

4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática;

4.3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;

A contratualização de indicadores de Saúde Bucal só se aplicará nas situações em que a adesão da EAB for vinculada a uma ESB.

4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Monitoramento:

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.

5. Produção geral:

Desempenho:

5.1 Média de consultas médicas por habitante;

5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado;

5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada;

5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Monitoramento:

5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação;

5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;

5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;

5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;

5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica;

5.10 Média de atendimentos de enfermeiro;

5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;

5.12 Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.

6. Tuberculose e hanseníase:

Monitoramento:

6.1 Média de atendimentos de tuberculose;

6.2 Média de atendimentos de hanseníase.

7. Saúde mental:

Monitoramento:

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.

3.1.4 Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é, desde 1994, a opção brasileira para expansão e fortalecimento da atenção básica. Desde então, observamos importante aumento de sua cobertura e, ao mesmo tempo, do acesso global a serviços, insumos e ações em saúde.

No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na região centro-sul do País, na década de 1990, já possuíam importantes Redes de Atenção Básica implantadas, responsáveis pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros. Esses serviços que existem em boa parte do País cobrindo de 20% a 40% da população, conforme o critério que se use, se organizam em maior ou menor grau segundo os princípios da AB. O fato é que, reconhecendo que a ESF não teve caráter substitutivo nesses lugares, é necessário que os serviços se organizem segundo os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, qualificando a atenção à saúde de toda a população.

Salienta-se mais uma vez que, com o objetivo de qualificar toda a atenção básica do País, o Ministério da Saúde considera, para o PMAQ, as equipes de Saúde da Família estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, mas reconhece a necessidade de incorporar as equipes de atenção básica organizadas em outras modalidades nos processos de qualificação, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no programa.

Após amplo debate e pactuação tripartite, o Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos para que as EAB organizadas de maneira diferente da ESF possam aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O conjunto de parâmetros construídos considera núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

Conforme descrito nas diretrizes do PMAQ, todas as equipes de atenção básica participantes do programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da atenção básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita por EAB.

Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficará condicionada ao seu cadastramento no CNES, agrupando os profissionais de nível superior de acordo com as faixas de carga horária que se seguem.

Quadro 2 – Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de médicos e enfermeiros

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Equivalência com a ESF
70 horas	60 horas	1 equipe de SF
100 horas	80 horas	2 equipes de SF
150 horas	120 horas	3 equipes de SF

Uma Unidade Básica de Saúde que possuir a quantidade de profissionais médicos cuja carga horária somada extrapole as 150 horas e a de profissionais enfermeiros extrapole as 120

horas poderá conformar mais de uma EAB. Em uma situação na qual a soma da carga horária dos médicos de uma UBS chegue a 220 horas e a de enfermeiros chegue a 180 horas, essa unidade poderá conformar uma EAB (150 horas médicas e 120 horas de enfermagem), que equivale a três equipes de SF, mais uma EAB (70 horas médicas e 60 horas de enfermagem), que equivale a uma equipe de SF. Alternativamente, essa mesma unidade poderá conformar duas EAB¹⁴, sendo que cada uma delas equivale a duas equipes de SF.

Nos casos em que existirem ações em saúde bucal e a adesão da EAB estiver vinculada a uma ESB, a carga horária do cirurgião-dentista deverá estar de acordo com as faixas descritas no quadro a seguir.

Quadro 3 – Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de cirurgiões-dentistas

Soma da Carga Horária Mínima de Cirurgião-Dentista	Equivalência com a ESF
40 horas	1 equipe de SF
80 horas	2 equipes de SF
120 horas	3 equipes de SF

O valor de transferência do Componente de Qualidade do PAB Variável, por EAB que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecerá à equivalência descrita nos quadros acima. Nos casos em que a EAB equivaler a três equipes da Saúde da Família, o gestor municipal receberá, mensalmente, o valor referente a três EAB do Componente de Qualidade do PAB Variável.

Para a parametrização, a composição das EAB deve ainda atender às seguintes regras:

I – Os profissionais médicos que serão considerados para a composição da equipe são:

¹⁴ Nesse caso, a distribuição da carga horária médica e de enfermagem por EAB poderá se dar de diferentes maneiras. Exemplo: (a) duas equipes com 110 horas médicas e 90 horas de enfermagem cada; (b) uma equipe com 100 horas médicas e 80 horas de enfermagem e outra com 120 horas médicas e 100 horas de enfermagem; etc.

- i. Generalista;
- ii. Clínico;
- iii. Pediatra;
- iv. Ginecologista-obstetra.

II – Será obrigatória a presença do profissional médico generalista ou clínico, e a soma da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a dos demais profissionais médicos. Por razões demográficas, a necessidade de médicos que atendam a população adulta (generalista ou clínico) é maior do que a de médicos que atendam crianças (pediatra) e aspectos específicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (ginecologista-obstetra);

A distribuição de carga horária dos profissionais médicos (generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra) fica a cargo do gestor, devendo respeitar o perfil demográfico e epidemiológico local.

III – A presença do ginecologista-obstetra é opcional e, quando não houver algum na equipe, as ações de atenção integral à saúde da mulher serão realizadas pelo generalista e/ou clínico e enfermeiro, conjuntamente;

IV – Os profissionais médicos generalistas, clínicos e pediatras, assim como enfermeiros e cirurgiões-dentistas, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais;

V – Os profissionais médicos ginecologista-obstetras, quando presentes, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 10 horas semanais.

Cada equipe poderá ter diferentes faixas de população adscrita, devendo ter relação com as faixas de carga horária dos profissionais. O gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente, no Siab, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações.

Como já fora salientado, as EAB também deverão cadastrar a população adscrita e alimentar essas informações no Siab como condição para permanência no PMAQ, considerando que boa parte dos seus indicadores será calculada com base no cadastro. No entanto, para essa modalidade de AB, os dados cadastrais poderão ser inseridos em uma única microárea e vinculados não necessariamente a um ACS, mas a qualquer profissional da equipe de atenção básica.

Um mesmo profissional poderá estar vinculado a duas UBS e até a dois municípios diferentes desde que sua carga horária global não ultrapasse os limites estabelecidos pela regulamentação do setor.

No que se refere à população adscrita por equipe de atenção básica, o Ministério da Saúde considerará para o programa as faixas de população adscrita, em relação à composição da carga horária de profissionais médicos e enfermeiros, conforme descrito no quadro a seguir.

Quadro 4 – Faixas populacionais adscritas de referência para as modalidades de organização da atenção básica diferentes da ESF, conforme soma da carga horária mínima de cirurgiões-dentistas

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Faixas Populacionais Adscritas de Referência (Habitantes)	
		Mínima	Máxima
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

3.1.5 Limites para a Adesão e Contratualização ao Programa¹⁵

Em decorrência do cronograma de evolução logística, administrativa e orçamentária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no primeiro

¹⁵ Em função da deliberação da Comissão Intergestores Tripartite do dia 25 de agosto de 2011, as regras que definem o limite de equipes de atenção básica que poderão aderir ao PMAQ no primeiro momento foram alteradas.

ano de implantação, serão fixados por município, para a adesão em 2011 (correspondendo ao período 2011–2012), tetos percentuais de equipe de atenção básica que poderá aderir ao programa, considerando o número de equipes da Estratégia Saúde da Família.

Para os primeiros seis meses, o número total de EAB que poderão aderir ao PMAQ será igual a 17.664, e de Saúde Bucal será 14.590. Como não há informações precisas a respeito do número de EAB que se organizam em modalidades diferentes da ESF, para efeito de definição dos tetos de adesão por município, será considerado o número de equipes da Saúde da Família existentes no município.

Cada município poderá aderir o equivalente a 50% de suas equipes de Saúde da Família. Exemplo: um município com 24 equipes de SF e 5 EAB que se organizam em outras modalidades poderá aderir o equivalente a 50% de suas equipes de SF. Nesse caso, o limite de adesão desse município será igual a 12, de suas 29 equipes. Quando 50% resultar em um número com fração, este será arredondado para cima.

Nos casos em que a cobertura da ESF é igual a zero, o município poderá aderir inicialmente uma EAB e os municípios com apenas uma equipe de Saúde da Família poderão fazer a adesão dessa equipe.

3.1.6 Etapas para a Adesão ao Programa no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB)

A adesão ao PMAQ será formalizada pelo Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) e seguirá as seguintes etapas:

I – Manifestação de interesse do gestor municipal:

i. O gestor municipal deverá acessar o portal do Departamento de Atenção Básica, no endereço www.saude.gov.br/dab, e entrar no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB);

ii. No SGDAB, ele deverá selecionar a opção do Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

iii. Em seguida, deverá realizar o cadastro do usuário responsável pela gestão do programa no município, selecionando o seu Estado e município, entre as opções apresentadas;

iv. O próximo passo será visualizar o conjunto de indicadores a serem contratualizados pelo município. Caso seja de interesse do gestor municipal, nessa etapa, ele poderá também pactuar as metas para o conjunto de indicadores¹⁶;

v. Em seguida, o gestor deverá liberar a(s) equipe(s) de atenção básica de seu município para iniciar a fase de adesão e contratualização;

v. Após a liberação da(s) EAB, o gestor deverá apontar os principais desafios para a qualificação da atenção básica no município. Essas informações serão fundamentais para a organização e planejamento das ações que serão empreendidas pelos gestores estadual e federal, com o intuito de apoiar o processo de qualificação da atenção básica.

II – Adesão e contratualização da(s) equipe(s) de atenção básica:

i. Após a manifestação de interesse do gestor municipal e a liberação para a adesão e contratualização das equipes, cada EAB interessada em participar do programa deverá acessar o portal do DAB, no endereço www.saude.gov.br/dab, e acessar o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB);

ii. No SGDAB, a EAB deverá selecionar a opção do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

iii. Em seguida, a EAB deverá realizar o cadastro do usuário responsável pela equipe, selecionando o seu Estado, município e equipe, entre as opções apresentadas¹⁷;

Será fundamental o envolvimento do gestor municipal na divulgação e convencimento dos profissionais da(s) EAB em participar do PMAQ, orientando a respeito dos principais aspectos do programa e ofertando as condições necessárias para que a(s) EAB do município possa(m) aderir e participar dele.

¹⁶ A pactuação de metas não possui caráter obrigatório e deve ser realizada nas situações em que o gestor municipal entender a necessidade e/ou importância de definir previamente as metas para parte ou para a totalidade dos indicadores. É importante destacar que o alcance ou não das metas pactuadas não será um critério para a certificação das equipes. Como se poderá observar no item 3.3.2 deste Manual Instrutivo, os critérios de certificação considerarão o desempenho das equipes em relação às demais que compõem o mesmo estrato a ser considerado para a avaliação externa.

¹⁷ Cumpre destacar que somente estarão disponíveis para o cadastramento, adesão e contratualização as equipes de atenção básica regularmente cadastradas no CNES.

iv. Após a realização do cadastro, a EAB visualizará o conjunto de indicadores a serem contratualizados. Caso seja definido pelo gestor municipal, nessa etapa, as equipes deverão pactuar as metas para o conjunto de indicadores¹⁸;

v. O próximo passo será apontar, a partir da perspectiva dos profissionais da EAB, os principais desafios para a qualificação dos serviços ofertados pela equipe. Essas informações serão fundamentais para a organização e planejamento das ações que serão empreendidas pelos gestores municipal, estadual e federal, com o intuito de apoiar o processo de qualificação da atenção básica;

vi. Finalmente, a equipe deverá, no próprio SGDAB, gerar o arquivo eletrônico com o Termo de Compromisso (TC), que será o instrumento de formalização da sua adesão e contratualização no PMAQ, e encaminhar o documento, assinado pelo responsável da equipe, ao gestor municipal¹⁹.

III – Adesão e contratualização do gestor municipal:

i. Na medida em que as EAB realizarem o seu cadastro e iniciarem o processo de adesão, o gestor municipal terá na tela do SGDAB as EAB que realizaram essa etapa;

ii. Uma vez findado o prazo estabelecido pelo gestor municipal para a etapa de adesão e contratualização das EAB do seu município, ele deverá ordenar a totalidade das equipes que manifestaram interesse em participar do programa em ordem de prioridade, definindo, caso haja um número de interessadas maior do que o estipulado

A partir do dia 1º de novembro de 2011, após transcorridos dois meses da primeira etapa de adesão ao PMAQ, caso a adesão das EAB seja inferior ao limite de 16 mil equipes, o Ministério da Saúde iniciará a homologação das EAB dos municípios que já aderiram ao programa e que cadastraram equipes em condição de espera para posterior homologação, respeitando a proporcionalidade de equipes em espera existentes em cada município.

pelos critérios de definição de limites de adesão por município, a(s) EAB que deverá(ão)

¹⁸ Do mesmo modo que para o caso da gestão municipal, a pactuação de metas não possui caráter obrigatório e deve ser realizada nas situações em que o gestor municipal entender a necessidade e/ou importância de sua(s) equipe(s) definir(em) previamente as metas para parte ou para a totalidade dos indicadores.

¹⁹ Essa etapa também poderá ser realizada por meio do SGDAB, com o carregamento eletrônico do TC assinado pelo responsável da equipe e digitalizado em formato PDF.

ser homologada(s) no primeiro momento e a(s) que ficará(ão) em condição de espera para possível homologação posterior, caso a adesão nacional seja inferior ao limite previamente estabelecido;

iii. Em seguida, o gestor municipal deverá carregar eletronicamente o TC de cada EAB assinado e digitalizado, em formato PDF, na opção “carregar Termo de Compromisso” do SGDAB. Esse carregamento eletrônico deverá ser realizado no campo específico de cada equipe²⁰ e respeitar os limites de EAB que poderão aderir ao programa no primeiro momento;

iv. Finalmente, o gestor deverá, também no SGDAB, gerar o arquivo eletrônico com o Termo de Compromisso municipal, que será o instrumento de formalização da sua adesão e contratualização no PMAQ, e carregar eletronicamente o documento digitalizado, em formato PDF, na opção “carregar Termo de Compromisso”, com a assinatura do secretário municipal de Saúde, no SGDAB.

Após a finalização da adesão do município, o Ministério da Saúde (MS) analisará se a documentação carregada eletronicamente está de acordo com as regras definidas e procederá pela homologação de adesão do município e sua(s) respectiva(s) equipe(s). Nos casos em que a documentação for considerada inválida ou inconsistente, o MS entrará em contato com o município para solicitar a sua adequação.

3.2 Desenvolvimento

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

²⁰ O carregamento eletrônico do Termo de Compromisso assinado e digitalizado da(s) equipe(s) poderá também ser feito por equipe.

Essa fase está organizada em quatro dimensões:

- 1 – Autoavaliação;
- 2 – Monitoramento;
- 3 – Educação permanente; e
- 4 – Apoio institucional.

3.2.1 Autoavaliação

A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. E, frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. O PMAQ busca contribuir para a superação desses vieses e situa a autoavaliação como instrumento que estimula o coletivo a colocar seu processo de trabalho em análise e a pensar modos de mudá-lo para superar problemas e alcançar objetivos pactuados por esse mesmo coletivo. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde.

No âmbito do programa, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, configurando-se, assim, como ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (UCHIMURA & BOSI, 2002), é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores – entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, questões políticas etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento, para, a partir do reconhecimento das prioridades, serem construídas estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirá, além de outras coisas, para a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como ocasião de pouca relevância, tampouco como momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo, para que possa se constituir como ação crítico-reflexiva, é importante que a autoavaliação seja realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a atenção básica em seus diferentes âmbitos. Com base no resultado da autoavaliação, serão identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

Considerando tudo isso, o DAB oferecerá um instrumento autoavaliativo – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) – construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Cumpre destacar que a ferramenta ofertada pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéque(m) à sua necessidade e realidade.

Sua elaboração foi orientada a partir do princípio de que todos os serviços de atenção básica possam utilizá-la.

O instrumento AMAQ foi construído considerando ainda as seguintes diretrizes:

I – Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

II – Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

III – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;

IV – Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e

V – Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de qualidade.

A partir desses elementos, a AMAQ foi organizada em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços quanto os retrocessos. Contudo, é importante destacar que a AMAQ não pretende esgotar todo o universo das práticas em atenção básica, entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

Com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídos planos de ação, inicialmente contemplando problemas menos complexos e que estejam sob a responsabilidade do ator em questão.

Para contribuir com o processo de organização do uso da AMAQ, a equipe de atenção básica poderá registrar os resultados das autoavaliações e seu plano de ação para o enfrentamento das fragilidades identificadas, no SGDAB. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes monitorem a execução do plano de intervenção, bem como a análise evolutiva dos resultados autoavaliativos.

Não há periodicidade definida para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que entre uma e outra deve haver intervalo de tempo suficiente para a realização de alguns movimentos no sentido da melhoria da qualidade. Dito de outra forma, é fundamental que o intervalo de tempo entre duas autoavaliações permita a execução de parte do plano de ação para que, ao se autorreavaliar, as equipes já sejam capazes de identificar não apenas os impasses, mas também os resultados de suas intervenções.

Por fim, cabe lembrar que a realização de autoavaliações, de tempos em tempos, com auxílio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das “práticas avaliativas” cotidianas, nem sempre conscientes ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

3.2.2 Monitoramento

Na fase de desenvolvimento do PMAQ, o monitoramento dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa.

O monitoramento dos indicadores busca:

I – Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as EAB e o gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

II – Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo;

III – Promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV – Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e

V – Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios.

Cumprir destacar que, no ciclo de melhoria da qualidade da AB, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

No âmbito do trabalho das equipes de atenção básica, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que o primeiro passo para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde. Esse diagnóstico deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade, e as ações implantadas pela equipe devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando ao aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho.

A gestão municipal e as EAB, com o intuito de promover a ampliação da melhoria do acesso e da qualidade, devem promover a melhoria dos indicadores e do desempenho da equipe nos padrões de qualidade da atenção básica. Elas precisam ofertar um conjunto de ações compatível com as necessidades de saúde da população, com qualidade satisfatória, traduzindo esse esforço nos resultados dos indicadores e nos padrões de qualidade a serem avaliados, inclusive em termos de satisfação dos usuários.

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento sistemático daquilo que tem sido produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores contratualizados. Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da AB, é esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas em atenção básica.

Além disso, como será apresentado posteriormente, o desempenho das equipes para o conjunto de indicadores contratualizados irá compor uma parte da avaliação externa para certificação de qualidade das equipes de AB. Será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pela equipe, comparando-se o resultado obtido por ela com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias do seu município, do seu Estado, da sua região, do Brasil e/ou do estrato de municípios do qual faz parte, conforme definido no item 3.3.3, no mesmo período.

No que se refere aos processos locais de monitoramento da AB, alguns pressupostos podem ser úteis para orientar o seu desenho, implantação e aperfeiçoamento. Entre eles, podemos destacar:

I – Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um

compromisso meramente formal, mas sim como mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização;

II – Subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;

III – Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias que dificultem a apropriação de seus resultados e comprometam o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas informação;

IV – Reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados;

V – Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;

VI – Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades;

VII – Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento da AB, com vistas à democratização e transparência desses processos, ao aprendizado institucional, ao reconhecimento dos resultados alcançados e ao enfrentamento dos desafios para melhoria da qualidade da AB.

3.2.3 Educação Permanente

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha, é importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo, é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

3.2.4 Apoio Institucional

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. A supervisão tradicional, em geral, reduz atores a executores, prioriza a checagem, a prescrição e a norma em detrimento da troca problematizadora, apostando mais na disciplina e no enquadramento do que na liberdade com compromisso e na ampliação da capacidade de ação do outro.

Porém o apoio institucional implica um modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, obviamente atentando para as direções de seu uso. O apoio institucional busca auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora ajudando as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de ferramentas e tecnologias. Em vez de negar ou reprimir, o apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e toma os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

O apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados devem estar atreladas a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização, a impotência e a desresponsabilização. Sendo assim, a prática concreta do apoio requer sempre certa sensibilidade, abertura para ser afetado e, ao mesmo tempo, capacidade de afetar, de mobilizar.

Dessa forma, o apoio institucional pode ser realizado nos âmbitos municipal, estadual e federal, e o desenvolvimento das ações de apoio institucional deve possuir um caráter compartilhado e ser construído a partir das realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores. É fundamental que haja dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre eles, que pode ser potencializada a partir da construção de estratégias de comunicação e de agendas regulares de encontros.

A centralidade do apoio institucional no âmbito do PMAQ está fortemente associada à ideia de que os esforços de gestão e de atenção à saúde realizados pelos gestores e pelos

trabalhadores das equipes de atenção básica, no sentido de qualificar aquilo que é ofertado à população, devem ser alimentados pelo encontro das diversas experiências e saberes, em espaços de ampla comunicação que possam potencializar os resultados produzidos pelo trabalho desses atores. O apoiador deve ajudar as equipes a colocar o próprio trabalho em análise e produzirem alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios.

Entre as estratégias de apoio institucional do PMAQ, compreende-se o apoio: do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, Cosems e municípios (eventualmente); das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios; e da gestão municipal às equipes de saúde.

Nessas dimensões, há pelo menos três planos presentes, quais sejam: (a) O das relações interfederativas; (b) O relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado; e (c) O que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano.

É importante considerar que, a despeito da lógica do apoio institucional ser a mesma para as três dimensões de apoio descritas (Ministério da Saúde, coordenações estaduais e gestões municipais), há certas especificidades que marcam cada uma delas, de modo que os três planos (relações interfederativas, arranjos da rede e processo de trabalho cotidiano das equipes), ainda que sempre presentes, terão pesos ou ênfases diferenciadas, a depender do lugar do apoiador e do apoiado. Por exemplo, no apoio às equipes de saúde, os planos dois e três (em especial) tendem a ser mais marcantes.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores:

I – Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;

II – Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;

III – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, a partir de casos ou situações que mobilizam ou desafiam a equipe;

IV – Suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;

V – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;

VI – Análise de indicadores e informações em saúde;

VII – Facilitação dos processos locais de planejamento;

VIII – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns;

IX – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.

Embora os exemplos citados deem maior ênfase ao apoio institucional às equipes de atenção básica, grande parte das indicações também se aplica ao apoio à gestão estadual e municipal.

3.3 Avaliação Externa

A terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Essa fase subdivide-se em duas dimensões:

I – Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II – Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

Todo o processo de avaliação externa do PMAQ será conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

3.3.1 Certificação das Equipes de Atenção Básica

O processo de certificação das equipes de atenção básica deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço de melhoria do acesso e da qualidade da AB desenvolvido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal. Ao mesmo tempo, o objetivo do processo de certificação das equipes não se limita ao reconhecimento daquelas que possuem elevados padrões de qualidade, mas também das que desenvolvem ações para o fortalecimento dos processos de gestão e de trabalho, com vistas à melhoria da qualidade.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural e conhecimentos acumulados sobre o tema, é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos.

A cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

Ao aderir ao PMAQ, o prazo para que o município solicite a avaliação externa, via Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica, será de dois a seis meses, contados a partir da data de publicação da portaria que homologa a adesão do município e equipe(s) de atenção básica ao programa. Para o ano de 2011-2012,

Excepcionalmente, no primeiro ano de implantação do PMAQ, a avaliação externa ocorrerá, para todos os municípios participantes, seis meses após a adesão ao programa, não se aplicando a regra de solicitação da avaliação externa entre dois e seis meses.

teremos uma situação excepcional: dado o cronograma logístico, administrativo e orçamentário do primeiro ano de implantação do programa, para todos os municípios, a avaliação externa ocorrerá seis meses após a adesão.

A partir do segundo ciclo de implementação do programa, a equipe de atenção básica será avaliada a cada 18 meses.

A solicitação da avaliação externa ficará condicionada, além dos critérios acima expostos de permanência no programa e de informação, à CIR, CIB e CMS, à alimentação no SGDAB, de um conjunto de informações referentes às práticas das EAB para as situações em que essas práticas apresentarem maior grau de subjetividade e maior variabilidade da maneira como podem ser desenvolvidas. O sistema possibilitará que cada EAB possa descrever, a partir de formulários padronizados, como são desenvolvidas ações tais como o acolhimento e o diagnóstico de saúde. Essas informações serão fundamentais para nortear o trabalho do avaliador externo, que verificará, no local de atuação da equipes, a conformidade do que foi informado com aquilo que pode ser observado.

Cumprir destacar que a avaliação externa será feita para a totalidade de equipes participantes do município. Portanto, em municípios com mais de uma equipe participante do

programa, não será possível solicitar a avaliação externa das equipes em momentos diferentes.

No que diz respeito à verificação dos padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes, o processo de avaliação externa consistirá na aplicação de um instrumento composto por um elenco de padrões de qualidade, alinhados aos padrões da AMAQ, e suas respectivas formas de verificação, que representam ou traduzem a qualidade esperada.

O instrumento de avaliação externa será organizado em quatro grandes dimensões e 12 subdimensões, que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade.

Ao contrário da autoavaliação (baseada exclusivamente em respostas dos próprios avaliados), a certificação terá como base principal evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), da observação direta e outras fontes verificáveis. Vale ressaltar que a seleção dos elementos que comprovam adequação aos padrões de qualidade considera também soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao padrão, principalmente os relacionados aos processos de trabalho, não limitando à criatividade e proatividade das equipes e da gestão municipal.

Quadro 5 – Dimensões e subdimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	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
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio institucional
		Educação permanente
		Gestão do monitoramento e avaliação – M&A
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Equipes	Perfil, processo de trabalho e atenção à saúde
Organização do processo de trabalho		
Atenção integral à saúde		
Participação, controle social e satisfação do usuário		

3.3.2 Critérios para a Certificação das Equipes de Atenção Básica

As equipes de atenção básica serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando três dimensões:

I – Implementação de processos autoavaliativos;

II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados;

III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade.

No processo de certificação, a nota final de cada equipe será composta a partir da distribuição a seguir.

Quadro 6 – Percentual da nota final da certificação, conforme dimensão

Dimensão	Percentual da Nota Final da Certificação
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	70%

Partindo do entendimento de que a implementação de processos autoavaliativos é de extrema importância para a melhoria da qualidade da gestão e atenção à saúde, 10% da nota final da certificação de cada equipe de atenção básica será vinculada à realização da autoavaliação, independentemente dos resultados alcançados.

A realização da autoavaliação deverá ocorrer após a adesão ao programa. Processos autoavaliativos desenvolvidos em momentos anteriores não serão considerados para a pontuação vinculada à autoavaliação.

A partir dos resultados alcançados para o conjunto de indicadores contratualizados, as EAB poderão receber até 20% da nota final do processo de certificação e, a partir do seu desempenho, para o conjunto de padrões de qualidade a serem verificados no local de atuação das equipes, poderão receber até 70% da nota final.

A certificação será norteada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre equipes, a partir da verificação das médias de desempenho, considerando

as três dimensões definidas. Mas, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, serão consideradas, nos processos de avaliação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e às EAB. Nesse sentido, para a classificação de desempenho das equipes, cada município será distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

A partir da avaliação externa, as equipes de atenção básica poderão ser classificadas em quatro categorias:

I – Desempenho insatisfatório: quando o resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;

II – Desempenho regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

III – Desempenho bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV – Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais 1) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

A partir do segundo ciclo de certificação, o desempenho de cada equipe será comparado não somente com as demais equipes, mas também com o seu desenvolvimento ao longo de uma certificação e outra. Esse aspecto permitirá a análise da equipe com ela mesma ao longo do tempo, considerando a evolução do seu desempenho no esforço de melhoria da qualidade empreendido desde a adesão ao programa.

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho.

Nos casos em que a equipe seja classificada como insatisfatória no processo de certificação, o gestor municipal deixará de receber o valor de incentivo referente a essa equipe e eles, equipe e gestor local, terão que assumir um termo de ajuste.

Nas situações em que a equipe for classificada como regular, o gestor permanecerá recebendo 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 1.300,00), mas a equipe terá também que, mediante recontractualização, assumir um termo de ajuste.

Quando a equipe for classificada como boa, o repasse referente a ela passará a ser de 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 3.900,00) e, quando for classificada como ótima, o repasse será de 100% do Componente de Qualidade (R\$ 6.500,00).

Após o processo de certificação, os municípios receberão os valores referentes ao Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o desempenho de sua(s) equipe(s), retroativamente, a contar do mês de competência da solicitação da avaliação externa.

3.3.3 Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica

Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das EAB no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

Foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores:

- 1 – Produto interno bruto (PIB) per capita;
- 2 – Percentual da população com plano de saúde;
- 3 – Percentual da população com Bolsa-Família;
- 4 – Percentual da população em extrema pobreza;
- 5 – Densidade demográfica.

O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de cinco a dez.

Os dados referentes à densidade demográfica também foram disponibilizados pelo IBGE e, da mesma forma que para o PIB, esse indicador apresentou forte variabilidade entre o menor e o maior valor. Por essa razão, foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir a pontuação referente a esse indicador.

Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica.

O percentual da população em extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza.

Por sua vez, o percentual da população com Bolsa-Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e tem como referência o ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa-Família.

Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, sendo que foi considerada, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa-Família e o percentual da população em extrema pobreza.

Quadro 7 – Peso dos indicadores para a composição do índice de estratificação dos municípios

Indicador	Peso
Produto interno bruto per capita	2
Percentual da população com plano de saúde	1
Percentual da população com Bolsa-Família	1
Percentual da população em extrema pobreza	1
Densidade demográfica	1

Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e porte populacional:

Quadro 8 – Critérios de estratificação dos municípios

Estrato	Critérios de 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

3.4 Recontratualização

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontratualização, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

Nessa fase, está prevista a pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e a outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: O TRABALHO em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para**

o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador:** uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011.

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

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1.561-1.569, 2002.

Colofão
Informações da Gráfica.



SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Sistema
Único
de Saúde

Ministério da
Saúde

G O V E R N O F E D E R A L



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA