



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BRENDA RHANIELLY DE LIMA NÓBREGA

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: Uma análise do instrumento de
avaliação externa.**

Brasília-DF

2015

BRENDA RHANIELLY DE LIMA NÓBREGA

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: Uma análise do instrumento de
avaliação externa.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da
Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata

Brasília-DF

2015

BRENDA RHANIELLY DE LIMA NÓBREGA

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: Uma análise do instrumento de
avaliação externa.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da
Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Data da defesa: 10/12/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Antônia de Jesus Angulo Tuesta
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Prof^a. MsC. Carla Pintas Marques
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

Brasília – DF
2015

À minha mãe, minha razão de e para existir.

Minha eterna gratidão à senhora!

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à minha família, pelo apoio para que eu concretizasse essa pesquisa: minha mãe, responsável por tudo que sou hoje, minha eterna gratidão a senhora, sem você, absolutamente nada faria o menor sentido; ao meu pai, que mesmo ausente em alguns momentos sempre incentivou-me nos estudos; à minha irmã Pâmela, por toda compreensão, apoio e carinho; ao meu irmão Pedro e minhas sobrinhas, Fernanda e Eduarda, que me proporcionaram momentos de pura diversão me ajudando a trilhar os caminhos, sem esquecer da inocência do brilho do olhar de uma criança e; em especial ao meu amado, Guilherme Sousa, que esteve sempre ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, obrigado por todo carinho, apoio, amor e dedicação.

Ao professor José Iturri, meu orientador, pela amizade e orientação, que com agilidade, entusiasmo, inteligência e sua adorável presença no processo de escrita e discussão, contribuiu com aprendizagens, incentivos teóricos, poéticos e humorísticos. Você é dez!

A todos aqueles que dividiram comigo momentos especiais e produtivos na Atenção Básica da Ceilândia, em especial, ao Anderson Coutinho, Mariana Sodário, Carla Pintas, José Iturri, Sérgio Schierholt, Silvia Badim, Clélia Maria e aos trabalhadores da Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Ceilândia (Luiz Henrique de Mota Orives, Walquíria Warley, Aline Daniel, Paula Soraggi, Sandra França, Tharsila Martins, Janaína Lima, e todos os outros). Muito obrigado!

Às minhas amigas Esther Pinto, Kerolyn Ramos e Mônica Oliveira, pela amizade que se enraizou no decorrer desses anos de luta, agradeço por serem tão conselheiras, doces, íntimas e verdadeiras.

Ao trio ternura (eu, Ana Terra e Kerolyn Ramos) obrigada do fundo do meu coração, por fazer parte da minha trajetória.

À querida Tainah Mota, por nossas conversas e nossas risadas.

Ao Dyego, meu irmão da faculdade, amigo viajante de tantas outras terras distantes (não) conhecidas. Você é beleza pura, você me inspira!

Aos meus amigos de momentos insanos: Claudinha, Taiane, Laryssa, Ana Flávia, Thaynarinha, Guilhermino e Bruno.

Aos colegas e professores (em especial, aos da Saúde Coletiva) que contribuíram durante a minha caminhada na Universidade, por tudo que com vocês aprendi e compartilhamos.

Às professoras Antônia Angulo e Carla Pintas por participarem da banca e deste momento, agradeço a disposição para leitura e diálogo. Muito obrigado!

O sentimento de felicidade e de conquista a esta etapa deve-se à algumas pessoas já mencionadas e outras tantas que participaram diretamente e indiretamente deste processo contribuindo para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei. E a toda beleza e emoção que me transbordam ao escrever essas linhas, agradeço à Deus, por ser minha base, por iluminar-me em todos os momentos. Tu és o meu refúgio e fortaleza.

A todos, muito obrigado.

*O futuro não é uma abstração.
O futuro é resultado do que se fez no passado
e das decisões que se tomam no presente.*

Maria Fátima de Sousa

RESUMO

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde apresenta-se como uma necessidade e um desafio para o Sistema Único de Saúde. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela Portaria Nº 1.654 GM/MS do dia 19 de Julho de 2011, com objetivo central de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. Sua fase de desenvolvimento apresenta quatro dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional) essenciais para promover mudanças na gestão e no cuidado em saúde. Com base nisso, este estudo tem por objetivo analisar o instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB para a avaliação da autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, de acordo com dois enfoques de avaliação da qualidade: enfoque sistêmico (categoria de estrutura, processo e resultado) e o enfoque dos pilares da qualidade (categoria efetividade). Trata-se de uma pesquisa exploratória com análise documental. Analisou-se o instrumento de avaliação externa, partindo das quatro dimensões e a partir da proposta do modelo sistêmico (estrutura, processo e resultado) de Donabedian (1988), utilizando ainda, uma categoria dos pilares da qualidade, efetividade, para análise da categoria resultados. Observou-se que as perguntas do instrumento referem-se principalmente à categoria processo e estrutura, respectivamente. Os questionamentos referentes à resultado (efetividade) aparecem em menor escala em todas as dimensões avaliadas. Refletir sobre a avaliação de dimensões essenciais para o trabalho da equipe de saúde é fundamental para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, bem como a análise do instrumento do PMAQ-AB é fundamental para a sustentabilidade e o reconhecimento do programa.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

ABSTRACT

The assessment of quality of health services is presented as a necessity and a challenge for the Unified Health System. The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ -AB) was instituted by the ministerial decree, number 1.654 of July 19 of 2011 , with the central aim of inducing increasing access and improving quality Primary Health Care. Their stage of development has four dimensions (self-evaluation , monitoring, continuing education and institutional support) essential to promote changes in management and health care. Based on this, this study aims to analyze the external evaluation tool of the second PMAQ -AB cycle for evaluating the self-assessment, monitoring, continuing education and institutional support , according to two quality assessment approaches : systemic approach (category structure , process and outcome) and the focus of the pillars of quality (effectiveness category). It is an exploratory research with documentary analysis . Analyzed the external evaluation tool, based on the four dimensions and from the proposal of the systemic model (structure, process and outcome) of Donabedian (1988) , using also a category of quality pillars , effectiveness , for analysis category results. It was observed that the instrument questions mainly refer to the category structure and process , respectively. The concern with the outcome (effectiveness) appear on a smaller scale in all dimensions evaluated. Reflect on evaluating essential dimensions to the health team 's work is critical to improving access and quality of primary care , as well as the analysis of PMAQ -AB of the instrument is essential for the sustainability and recognition program.

Palavras-chave: Health Care Quality, Access, and Evaluation. Primary Health Care. Health Policy, Planning and Management

LISTA DE ABREVIACÕES

AB –	Atenção Básica
ACS –	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ –	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
AMQ –	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS –	Atenção Primária à Saúde
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
DAB –	Departamento de Atenção Básica
EAB –	Equipe de Atenção Básica
ESF –	Estratégia Saúde da Família
MS –	Ministério da Saúde
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB –	Piso de Atenção Básica
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool –	Primary Care Assessment Tool
PIASS –	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB –	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB –	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS –	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PROESF –	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS –	Rede de Atenção à Saúde
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SGDAB –	Sistema de Gestão da Atenção Básica
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação entre o desempenho e o percentual dos recursos do componente de Qualidade do PAB Variável	25
Quadro 2 – Classificação dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, conforme a dimensão de autoavaliação.	30
Quadro 3 – Classificação dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa da segunda fase do PMAQ-AB (segundo ciclo) de acordo com as categorias de estrutura, processo e resultado.	33
Quadro 4 – Número de padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB relacionados às dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, classificadas nas categorias de avaliação de qualidade.	38

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Distribuição dos padrões de qualidade segundo os módulos do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB relacionados às dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.	37
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	16
3.1. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	16
3.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	18
3.3. O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	21
4. OBJETIVOS	27
4.1. GERAL	27
4.2. ESPECÍFICOS	27
5. METODOLOGIA	28
5.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	28
5.2. COLETA DE DADOS	28
5.3. ANÁLISE DE DADOS	30
5.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSSÃO	39
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
9. REFERÊNCIAS	46
10. ANEXOS	54

1. INTRODUÇÃO

A expansão da atenção básica no Brasil aparece, ao longo dos anos, crescente e cada vez mais presente tanto em municípios de pequeno porte como em grandes centros urbanos. A necessidade do monitoramento e avaliação dos resultados alcançados em relação à organização dos serviços e, também a identificação sobre os possíveis impactos produzidos às populações, apresenta-se como uma necessidade importante para a gestão (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2006; GIL, 2006).

Neste contexto, e após vinte anos da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde (MS) tem priorizado as iniciativas da gestão pública de saúde com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados da Atenção Básica (AB), implementando iniciativas que reconheçam a qualidade na oferta dos serviços de saúde. Um destes esforços para a qualificação da AB é apresentada através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria Nº 1.654 GM/MS do dia 19 de Julho de 2011, que trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde do Governo Federal se comprometendo no investimento de ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade da AB no Sistema Único de Saúde (SUS). O programa foi planejado inicialmente para desenvolver-se a partir de quatro fases: adesão, desenvolvimento, avaliação externa e reconstratualização. O PMAQ-AB tem sido reconhecido como potencial estratégia para a o monitoramento e avaliação de políticas específicas do MS (“saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas” (BRASIL, 2013c, p.06), bem como um meio de acompanhamento dos processos de trabalho e das práticas de cuidado em saúde no âmbito da AB (ROCHA, 2014).

A avaliação da rotina dos serviços e processos de trabalho na AB apresenta-se como uma demanda necessária para o fortalecimento e desenvolvimento das ações preconizadas para este âmbito. É fundamental a adoção de estratégias de monitoramento e avaliação para contribuir ao processo decisório, formulação de políticas e capacitação dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, desde os gestores passando pelos profissionais de saúde, instituições parceiras, até os usuários do serviço (FELISBERTO, 2004).

Em outubro de 2015, foi aprovada a revisão das normas do PMAQ-AB através da Portaria Nº 1.645 que apresenta a reorganização do programa em três fases e um eixo

estratégico transversal de desenvolvimento e altera o processo de certificação das equipes (BRASIL, 2015a). Neste mesmo ano, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), lançou o sistema eletrônico de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

Com o objetivo de colaborar com essa discussão, este estudo apresenta uma análise do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB que se relacionam com a autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. O instrumento de avaliação externa se organiza mediante “padrões de qualidade” – perguntas que julgam diferentes aspectos da Atenção Básica –. Os padrões de qualidade são o objeto específico desta pesquisa para análise das quatro dimensões anteriores citadas. Para analisá-los se utilizam as categorias da avaliação de qualidade em saúde – na vertente do “Modelo Sistêmico” de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado; se examinam os padrões do instrumento verificando qual dessas três categorias é avaliada por cada padrão. No caso específico da categoria Resultado, procurou-se verificar se os padrões avaliam ou não a Efetividade (“capacidade de produzir o efeito desejado”) da Atenção Básica.

Os movimentos daquelas quatro dimensões dentro do cuidado em saúde na AB, proporciona essenciais mecanismos para a mudança no processo de trabalho, sendo assim, este estudo tem como pergunta de pesquisa: Quais são os aspectos de Estrutura, Processo e Resultado (Efetividade) analisados no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB no que diz respeito à autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional?

2. JUSTIFICATIVA

Estudos ao longo dos anos (a partir da criação do Programa Saúde da Família/ESF) revelam o impacto positivo da AB nos indicadores de saúde da população brasileira (FACCHIN et al., 2006; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009; RONCALLI; LIMA, 2006). Dessa forma, podemos refletir sobre a necessidade e a importância dos estudos no que tange a avaliação em saúde na AB.

Para consolidação e aprimoramento da AB, assim como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é também importante a reformulação das condutas e das ações desenvolvidas no cuidado a saúde, bem como a priorização do monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB por se tratar de um programa consideravelmente novo no campo da avaliação em saúde, apresenta-se como uma proposta possível de adaptações e aperfeiçoamento decorrente do seu desenvolvimento frente as diferentes realidades brasileiras:

“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.” (BRASIL, 2014, p.50)

Desta forma, e a partir das experiências de Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva, que permitiu a vivência com equipes de saúde participantes do PMAQ-AB, identificamos alguns questionamentos sobre o instrumento de avaliação externa e os processos de trabalho avaliados pelo PMAQ-AB, bem como a observação superficial dos documentos do programa nos levou a impressão de haver predominância, de modo geral, na avaliação de aspectos estruturais das equipes de saúde. Nesse sentido, a motivação para pesquisa partiu do interesse em conhecer o instrumento de avaliação externa.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A AB, apesar de o seu nome às vezes nos remeter o pensamento ao cuidado em saúde simples e fácil, a realidade e aplicabilidade deste nível de atenção nas populações brasileiras apresenta-se ao contrário, a AB é complexa (MENDES, 2012).

Na década de 90, como respostas às demandas de saúde da população, a política de saúde no Brasil foi marcada devido ao grande investimento do MS para a universalização da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde (novo modelo assistencial) voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população (indivíduos e comunidades) no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais, integrando ações preventivas e curativas, para promover a saúde como direito social. (BRASIL, 2010b; 2012b; ESCOREL, 2002)

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define a APS como um dos serviços de saúde mínimo para uma região de saúde (Art.5º), além de porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde, sendo também serviço de referência e contra referência à serviços de atenção hospitalar, ambulatoriais especializadas, e outros de maior complexidade e densidade tecnológica, (Art. 9º e 10º) e ainda, importante ordenadora do acesso universal e igualitário dos usuários às ações e serviços de saúde (Art. 11º) (BRASIL, 2011b). Neste sentido Starfield (2002) utiliza o termo “atenção primária” e define-o como o acesso para a entrada aos serviços de saúde, que desenvolve por meio de um conjunto de funções que abordam os problemas mais comuns das comunidades e oferece serviço de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

No que refere-se a terminologia do primeiro nível de atenção a saúde, no Brasil utiliza-se oficialmente expressão “Atenção Básica à Saúde” para definir a “Atenção Primária à Saúde”, como é conhecida internacionalmente (BRASIL, 2012b; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). As primeiras iniciativas da AB no Brasil apresentavam-se de forma gradativa como experiências de âmbito local nos municípios brasileiros. Alguns exemplos destas iniciativas foram: em 1924 a criação do primeiro Centro de Saúde na Universidade de São Paulo; a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) iniciado no nordeste em 1971 alcançando abrangência nacional em 1979 sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada e; nos anos 80 a

implantação da estratégia de Distritos Sanitários, centrados na ideia de territorialização (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Em 1987 por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, a experiência de implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para um programa de emergência para o combate da seca, apresentou resultados positivos para os indicadores de saúde do Estado (redução da mortalidade infantil e materna), e por esta razão, o Ministério da Saúde, em 1991 estendeu à nível nacional este programa com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir da experiência do PACS observaram-se a necessidade de implementação de um programa que atendessem aos princípios constituídos no SUS e estruturação de Equipe de Atenção Básica (EAB) ampliada. Assim, em 1994, o MS criou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para promover mudanças no modelo de atenção à saúde, com EAB ampliada (formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) (BRASIL, 2010a; SOUSA, 2014).

Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RASs [Redes de Atenção à Saúde]. (MENDES, 2012, p.103)

Inicialmente apresentado como um programa, a partir de 1997 o PSF começou a ser implementado como uma estratégia para a reorganização do modelo de atenção à saúde, oferecendo uma nova abordagem para a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 1997; 2012b). Sendo assim, o PSF foi renomeado como ESF, apresentando-se como proposta de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, população adscrita, trabalho em equipe interdisciplinar, na ampliação dos mecanismos de participação social, coresponsabilização, resolutividade, intersetorialidade, gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, incorporando em suas ações os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – como pilares para as ações desenvolvidas (SOUSA, FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Para acompanhar a implementação da ESF e monitorar as ações e indicadores de saúde, em 1998 a Coordenação da Saúde da Comunidade, hoje DAB, implementou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como um instrumento gerencial dos sistemas locais

de saúde, contemplando alguns conceitos básicos da AB, como território e responsabilidade sanitária, por exemplo (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2015).

A reorganização da atenção básica foi marcada por inúmeras críticas à implementação da ESF.

Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. (BRASIL, 1997, p.09)

Apesar das críticas à ESF, o Ministério vem percebendo ao longo dos anos os bons resultados da implementação da ESF e esforçando-se na criação de medidas para assegurar o cuidado da AB, o crescimento da Estratégia, o acompanhamento e avaliação da qualidade e as inovações possíveis no cuidado, atenção à saúde e processo de trabalho (FAUSTO et al, 2014; MENDES, 2011).

A nova política de AB, vigente desde 2011, trás avanços significativos neste processo, desde a descentralização, aproximando a gestão ao cuidado de saúde da comunidade, bem como preconiza o cuidado em saúde na AB de forma acolhedora e resolutiva, além de atuar em diversos setores (Programa Saúde na Escola, por exemplo) e estimular processos avaliativos (BRASIL, 2012b).

E ainda considerando que algumas iniciativas anteriores à ESF apresentaram resultados otimistas, as normas e resoluções das portarias anteriores permanecem em vigor desde que não conflitem com os fundamentos e diretrizes da AB e do SUS, e que abordem as questões prioritárias preconizadas para a AB (BRASIL, 2012b; 2011b; FIGUEIREDO, 2012).

3.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

No que se refere a avaliação em saúde, encontramos diversos conceitos, assim, optamos por utilizar a afirmativa de Contandriopoulos et al:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se

elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (1997, p.31)

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma demanda necessária da AB no Brasil, entretanto é importante compreender o complexo e relativo conceito de qualidade, considerando que as variáveis de qualidade têm relação direta com os contextos históricos, culturais, políticos, econômicos e sociais de cada comunidade (BRASIL, 2010b). A partir disso, em âmbito nacional, a avaliação de qualidade da AB, é desafiada a contemplar a diversa e complexa realidade apresentada no território brasileiro.

Na concepção de Bosi e Uchimura (2007), para o planejamento e a realização da avaliação dos programas de saúde é interessante considerar as expectativas e o universo simbólico de todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, incluindo como parte especial, a consideração das necessidades e aspirações dos usuários dos serviços de saúde, estes por serem importante componente dos processos da AB. “Em outros termos, a avaliação da qualidade se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços (...) independentemente do fato de serem ou não passíveis de quantificação” (BOSI; UCHIMURA, 2007, p. 151). Para Donabedian (1988), qualidade é o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes.

É preciso pensar em qualidade, tomando como base um sistema de informação/formação capaz de apontar continuamente as sugestões de melhoria, a energia se concentrando mais nas possibilidades de conhecer os problemas do que em uma defesa contra a punição. (HARTZ, 1997, p.122)

Os estudos de avaliação de qualidade em saúde baseiam-se em grande maioria no quadro conceitual proposto por Avedis Donabedian (1966;1988). Na abordagem do autor, utiliza-se para o entendimento da avaliação de qualidade o modelo sistêmico sobre os conceitos de estrutura, processo e resultado, conhecido como a tríade do modelo sistêmico.

Nesta perspectiva, a análise da estrutura refere-se as características mais estáveis da assistência médica ou de saúde, como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Isto é, envolvem desde estrutura física, financiamento e disponibilidade de equipamentos até aos indivíduos que prestam a assistência (contratação, quantidade e capacitação), permitindo tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional. A avaliação dos processos contempla as atividades desenvolvidas para e na ação em saúde, envolvendo assim, os profissionais de saúde e os usuários atendidos. E por último, os resultados referem-se ao produto final, ou seja, as mudanças observadas na situação de saúde

dos usuários, nas mudanças referentes aos relacionamentos, conhecimento e comportamento, bem como a satisfação do usuário com o serviço de saúde (REIS et al., 1990).

Outro modelo de avaliação muito utilizado na avaliação de qualidade em saúde, também proposto por Donabedian (1990), refere-se aos atributos que definem a qualidade ou os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade. Para a avaliação, a escolha dos atributos levará em consideração o contexto e objeto a ser avaliado.

Assim, avalia-se em: a) efetividade: a capacidade de produzir o efeito desejado na situação real (relação entre o impacto real e o potencial), questionando se o programa ou serviço funciona; b) eficiência: a relação entre o impacto real e o custo das ações, questionando se o programa ou serviço vale a pena funcionar dado os recursos empregados; c) eficácia: a capacidade de produzir o efeito desejado na melhor situação possível, questionando se o programa ou serviço pode funcionar; d) equidade: ser justo na distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população; e) aceitabilidade: a adaptação dos serviços e programas de acordo com as normas culturais e sociais e as expectativas dos usuários e familiares; f) otimização: os efeitos do cuidado da saúde avaliados relativamente aos custos e; g) legitimidade: o grau de aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; DONABEDIAN, 1990, MALLET, 2005; SAMICO et al, 2010).

Durante alguns anos, e em especial a partir dos anos 2000, algumas iniciativas para avaliar a AB foram induzidas pelo Ministério da Saúde.

Neste mesmo período, o MS em parceria com instituições de ensino, esforçaram-se, na tentativa de institucionalizar a avaliação da AB, para a realização de pesquisas sobre monitoramento e avaliação na AB (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; FAUSTO; FONSECA, 2013).

Em 2003, com a missão de fortalecer o papel da avaliação como instrumento para a gestão do SUS, o Ministério da Saúde, por meio do DAB, criou a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA), que tem priorizado a execução de ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados e de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados, estimulando a ampliação do acesso com qualidade, nos diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2013b).

Como resultado da sensibilização à avaliação algumas iniciativas na AB foram aparecendo ao longo dos anos: a) os estudos de apoio a extensão do PSF financiados ou realizados pelo MS no período de 2000 a 2006; b) a partir de 2003, foi realizada no Brasil, a

“Pesquisa Mundial de Saúde” cujo objetivo era coletar dados que possibilitassem o cálculo de indicadores para avaliação do estado de saúde da população e o estabelecimento de parâmetros para avaliar a assistência prestada de acordo com as expectativas da população adscrita; c) o chamamento público para pesquisas avaliativas, por meio de Termo de Referência do DAB/MS, sobre as Linhas de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), em 2004; d) o lançamento do “Edital MCT-CNPq/MS- DAB/SAS - nº. 49 - pesquisas avaliativas em AB à Saúde”, em 2005, com o objetivo de expandir o conhecimento básico e aplicado sobre avaliação da AB e ainda no mesmo ano, o MS criou a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) com o objetivo de avaliar a APS nos municípios brasileiros e impulsionar o seu crescimento e; e) lançado em 2010 pelo MS, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, em inglês Primary Care Assessment Tool (PCATool), que baseia-se na combinação de elementos de estrutura e de processo para atributos, gerando escores e estabelecendo grau de orientação e/ou comparação para as equipes de AB (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; FAUSTO; FONSECA, 2013; FONSECA, 2010; STEIN, 2013).

Além destas iniciativas, atualmente um novo ciclo no processo de institucionalização da avaliação de qualidade nos serviços de saúde está acontecendo através da implementação do PMAQ-AB.

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

O Ministério da Saúde, através do DAB, visando a institucionalização da avaliação da AB em nível nacional, instituiu pela Portaria Nº 1.654 GM/MS do dia 19 de Julho de 2011, o PMAQ-AB, com objetivo central de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável em níveis nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde (BRASIL, 2011a).

É um componente da nova PNAB cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB, em seus dois primeiros ciclos foi organizado em quatro fases distintas, porém que se complementam e formam um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: adesão, desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução. A primeira fase do programa consiste no momento formal da **adesão** ao programa, bem como da contratualização dos compromissos e metas dos indicadores de desempenho a serem firmados entre a EAB e os gestores municipais e estaduais, e destes com o MS, em um processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Após a adesão, a próxima fase apresenta questões referentes ao **desenvolvimento** do conjunto de ações, que são organizados em quatro dimensões com elementos essenciais para as mudanças nos processos de trabalho: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional. Para o desempenho dos padrões de qualidade, acontece a **avaliação externa** a partir da aplicação de um instrumento de coleta de dados, informações e verificação de documentos para avaliar as condições de acesso e de qualidade das EABs, e também nesta fase acontece a certificação das equipes conforme seu desempenho. Por fim, após a certificação acontece a **recontratualização**, última fase do programa, que propõe também o início de uma nova avaliação, agora com novos indicadores e contratualização a fim de contemplar o processo cíclico da qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2011a; 2013).

Esta é uma iniciativa que conta com parte dos recursos para a ampliação do acesso e a melhoria da atenção à saúde, neste caso na AB, sendo que o incentivo financeiro (Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável) é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal (BRASIL, 2011a).

Na fase do desenvolvimento (Fase II), equipes de AB, gestores municipais e estaduais e o MS desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover mudanças na gestão e no cuidado em saúde. Estas ações estão referenciadas a partir das dimensões dos elementos essenciais para as mudanças nos processos de trabalho e trabalho. É importante ressaltar que estas dimensões apresentam-se como um dos objetivos específicos do PMAQ-AB, “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” (BRASIL, 2013c, p.6 [grifo nosso]), e em uma visão mais ampla – na PNAB –, é possível identificar a maioria destas dimensões como de responsabilidade comum a todas as esferas de governo e importantes meios a se trabalhar para melhoria do acesso e da qualidade da AB.

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. (BRASIL, 2012b, p.39)

A autoavaliação é compreendida no PMAQ-AB como a dimensão responsável como ponto de partida para a fase do desenvolvimento, possibilitando a equipe “identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento” (BRASIL, 2013c, p.20). Recomenda-se que ela seja realizada utilizando instrumento composto por conjuntos de padrões de qualidade esperados quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações de AB em Saúde (BRASIL, 2013c).

A avaliação, na cultura institucional brasileira é na maioria das vezes, equivocadamente compreendida como um processo ameaçador relacionado ao caráter punitivo; no entanto a autoavaliação no PMAQ-AB possibilita a análise construtiva para identificação das possibilidades e limitações pelas próprias equipes, o que neste sentido, não necessariamente trás em suas bagagens o caráter instituído da avaliação externa. Assim:

Há necessidade de se criar outras iniciativas que estimulem e apoiem de forma permanente esse processo, maximizando e apoiando a participação dos profissionais no processo de planejamento e avaliação das suas ações e devolvendo, de forma clara e inteligível, os resultados do processo. (CASOTTI et al, 2013, p.49)

As práticas de monitoramento em saúde apresentam importante fonte de informação à tomada de decisão técnica e política, permitindo a garantia da atenção com qualidade, neste contexto, os indicadores e o uso das informações constitui um elemento essencial para orientar o planejamento e programação das ações de saúde, bem como a formulação de políticas e a tomada de decisão. Espera-se que os indicadores de saúde reflitam nas atividades das equipes de saúde para a melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2013c).

Além de evidente dimensão pedagógica, a educação permanente, em âmbito do PMAQ-AB e da atenção à saúde, deve ser reconhecida como processos dinâmicos para aprendizagem e “importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços” devido sua capacidade propiciar autonomia para trabalhadores, gestores e inclusive usuários (BRASIL, 2013c, p.27).

O apoio institucional, nas avaliações do PMAQ, é considerado como uma estratégia gerencial para a reformulação do modo tradicional de se coordenar, planejar supervisionar e avaliar as ações de saúde. Seu objetivo é “operar como um forte disparador de processos que

propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los” (BRASIL, 2013c, p.28).

Esse trabalho de apoio, pode se dar em três planos: (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. (BRASIL, 2013c, p.29)

A avaliação externa contou com o apoio das Instituições de Ensino Superior, em que nesta etapa foram parceiros fundamentais do MS para desenvolvimento dos trabalhos de campo, dentre eles a aplicação dos questionários propostos pelo programa. Para orientar o trabalho dos avaliadores externos o instrumento de avaliação é dividido em quatro módulos. O Módulo I consiste em um questionário aplicado à um profissional de saúde da equipe para avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. No Módulo II, o questionário é aplicado a um profissional de saúde da equipe (com nível superior) para conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e organização do serviço e do cuidado para os usuários. O Módulo III consiste na entrevista com o usuário do serviço de saúde da UBS, para verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde ofertados. Por fim, o Módulo IV é diferenciado por ser em meio eletrônico, no qual os gestores respondem à um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III (BRASIL, 2013b).

A certificação das equipes tem como resultado a geração de um escore a partir do somatório de três componentes: a) uso de instrumento de autoavaliação da equipe, com valor correspondente a 10% do escore; b) resultado dos indicadores de desempenho, firmados no momento da contratualização, com valor correspondente a 20% do escore total; c) por fim e com maior percentual do escore, o desempenho dos padrões de qualidade verificados na avaliação externa, correspondente a 70% do escore total. Com base nas avaliações e pontuações dos escores, as equipes são classificadas em quatro categorias (BRASIL, 2013a; 2013b), sendo elas:

- a) Desempenho Insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria que institui o PMAQ-AB e as diretrizes e normas para a organização da AB previstas na PNAB;
- b) Desempenho Mediano (ou abaixo da média): quando o resultado alcançado for igual ou menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato;

- c) Desempenho Acima da Média: 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
- d) Desempenho Muito Acima da Média: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

Após a publicação da certificação das equipes, os municípios passam a receber o valor correspondente ao desempenho de cada EAB, conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 – Relação entre o desempenho e o percentual dos recursos do componente de Qualidade do PAB Variável

Desempenho	Percentual de Recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável
Insatisfatório	Não há repasse do Componente de Qualidade
Mediano (abaixo da média)	20% do Componente de Qualidade
Acima da média	60% do Componente de Qualidade
Muito acima da média	100% do Componente de Qualidade

Fonte: BRASIL, 2013c

O incentivo financeiro variável de acordo com os indicadores de desempenho das equipes é uma das inovações importantes que o programa apresenta, cabendo ressaltar, que para efeitos e uso avaliativo a classificação dos municípios é realizada por estratos, que consideram aspectos sociais, econômicos e demográficos, possibilitando uma comparação avaliativa mais equânime, e que possibilite uma comparação real sobre a AB em nível nacional (BRASIL, 2011a, 2013b).

Atualmente o programa está com contagem regressiva para o início da adesão ao terceiro ciclo do programa. A adesão do primeiro ciclo iniciou-se em 2011 e o segundo em 2013.

Por se tratar de um programa novo, é importante lembrar que o mesmo encontra-se em processo de construção e adaptação às realidades das equipes de AB do Brasil. Além de estar em constante processo de pactuações e parcerias com as instituições de ensino superior, gestão federal, estadual, municipal e local, incluindo também questões referentes à logística para execução e sustento aos ciclos propostos pelo Programa (BRASIL, 2013c).

Algumas mudanças foram apresentadas na criação do segundo ciclo, como por exemplo, a adesão ilimitada das equipes de saúde, e a abrangência de adesão de todos os Centros de Especialidades Odontológicas e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Ainda

nesta perspectiva, recentemente, o MS a partir da Portaria Nº 1.645 de 02 de Outubro de 2015, reorganizou o programa em três fases – adesão e contratualização, certificação e recontratualização – e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento – composto por: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (presencial e/ou virtual) – e alterações no processo de certificação classificando as equipes com desempenho: ótimo, muito bom, bom, regular ou ruim além de instituir o prazo de vinte e quatro meses de intervalo entre os ciclos do programa. Além das alterações instituídas pela Portaria, o DAB/MS, lançou oficialmente, neste mesmo período, o sistema eletrônico do AMAQ, que tem como principal objetivo facilitar a realização da autoavaliação bem como auxiliar no registro dos resultados da autoavaliação realizada com o instrumento AMAQ, disponibilizar relatórios da autoavaliação considerando a classificação nas Dimensões e Subdimensões a partir das respostas inseridas na ferramenta, facilitar o monitoramento das autoavaliações (BRASIL, 2015a; PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Para Protasio et al (2014, p.219), “além de dar suporte para uma análise crítico-reflexiva promove, de uma forma segura, ações para aumentar a capacidade e o desempenho da EqSF [Equipe Saúde da Família] como porta de entrada do SUS”.

Em síntese, o PMAQ-AB apresenta uma nova tecnologia por meio de um mecanismo estratégico de avaliação, com incentivo financeiro, que tem como ações fomentar a reflexão sobre os processos de trabalho e cuidados em saúde resultando na melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada na AB em saúde, bem como influência na tomada de decisões frente às Políticas de AB do SUS.

4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

Analisar o instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, de acordo com dois enfoques de avaliação da qualidade: enfoque sistêmico (categoria de estrutura, processo e resultado) e o enfoque dos pilares da qualidade (categoria efetividade).

4.2. ESPECÍFICOS

- a) Identificar os padrões de qualidade em relação a: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional.
- b) Classificar os padrões de qualidade identificados, de acordo com as categorias: Estrutura, Processo e Resultado (utilizando a categoria efetividade).

5. METODOLOGIA

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Com base em seus objetivos, este estudo utilizou-se metodologicamente da pesquisa exploratória. Segundo Piovesan e Temporini (1995, p.324;320), “a pesquisa exploratória permite um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade” e ainda “pode ajudar a resolver algumas dificuldades em pesquisa” principalmente em situações em que se trata de um tema novo e ainda pouco explorado, como o PMAQ.

Optou-se por utilizar o procedimento de análise documental, utilizando documentos normativos disponíveis em canais do Governo. Gil (2002) ressalta a importância dos documentos, por consistirem em uma rica fonte de informações, e sua análise permitir uma visão crítica e ainda a formulação de hipóteses.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes/Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. (Gil, 2002, p.45)

Para análise da documentação utilizamos como abordagem de avaliação a proposta de Donabedian (1998), que realiza a avaliação qualidade sistêmica a cerca da classificação dos elementos em estrutura, processo ou resultado e a partir desta última classificação, consideramos a avaliação de qualidade dos sete pilares, escolhendo apenas a categoria efetividade.

5.2. COLETA DE DADOS

Primeiramente escolhemos os documentos do PMAQ-AB a serem analisados. Decidimos analisar apenas os instrumentos do segundo ciclo do PMAQ, uma vez que este apresenta algumas mudanças referentes ao primeiro ciclo e também por já estar finalizado e

os resultados de certificação das equipes de AB divulgado no sítio do DAB/MS¹. O terceiro ciclo do programa ainda estava em andamento (revisão dos documentos normativos e período de adesão) durante a realização desse estudo e utiliza outra metodologia no programa, bem como outros instrumentos de avaliação, com indicadores e padrões de qualidade revisados e novos. Em síntese, centramos na análise do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, elaborado pelo DAB/MS.

Decidimos não incluir a análise do instrumento autoavaliativo – AMAQ – devido a sua utilização ser opcional para as EAB, e também por, até o momento, os resultados obtidos por este instrumento não serem monitorados pela gestão federal. Neste sentido, a análise dos indicadores e aspectos observados no instrumento de avaliação externa, tem suas evidências constatadas por meio da observação direta dos avaliadores e outras fontes verificáveis (documentos solicitados no momento da avaliação e sistemas de informações em saúde) que permitem o monitoramento pela gestão federal.

O instrumento de avaliação externa do segundo ciclo está organizado em quatro módulos com setenta e cinco subdimensões: o módulo I é composto por dezoito subdimensões; o módulo II por trinta e três subdimensões; o módulo III por vinte e quatro subdimensões e; o módulo IV é composto por um conjunto de informações complementares aos demais módulos e é respondido através do Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB)². O mesmo foi aplicado durante o período de 2013 a 2014, sendo utilizado para todas as equipes de AB certificadas no segundo ciclo do PMAQ, totalizando 30.522 equipes de AB, 19.946 equipes de saúde bucal e 1.813 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 5.072 municípios (BRASIL, 2015b).

Com relação aos documentos normativos do MS, acerca das dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, consideramos o manual instrutivo do segundo ciclo do PMAQ.

¹ Primeira e segunda lista de certificação do 2º ciclo do PMAQ, disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

² As informações do Módulo IV devem ser respondidas pelos gestores de saúde, no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.

5.3. ANÁLISE DE DADOS

Considerando que são essenciais para as mudanças nos processos de trabalho e consideradas na fase II do Programa, as dimensões analisadas foram: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

Desta forma, buscamos identificar no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, quais padrões estavam relacionados à estas dimensões e classificar em quais aspectos da qualidade estavam sendo avaliados, estrutura, processo ou resultado (Anexos) . Em seguida, os padrões de qualidade relacionados à categoria resultados foram avaliados segundo a categoria de efetividade.

Para melhor compreensão, citamos um exemplo da dinâmica de análise de dados a partir da dimensão de autoavaliação: a) identificamos os seguintes padrões de qualidade sobre autoavaliação no instrumento de avaliação externa: instrumento utilizado para o processo de autoavaliação solicitando documento comprobatório, periodicidade da realização do processo autoavaliativo (último seis meses), a realização de avaliação de satisfação do usuário, a consideração dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho da equipe e da opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho; b) classificamos nas categorias de estrutura, processo e resultado (este último, de acordo com a categoria de efetividade), aplicando a definição de cada categoria conforme consta no referencial teórico. O quadro 2 exemplifica a classificação dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa da dimensão de autoavaliação.

Quadro 2 – Classificação dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, conforme a dimensão de autoavaliação.

DIMENSÃO	CATEGORIAS		
	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO (efetividade)
AUTOAVALIAÇÃO	a) Instrumento utilizado para o processo de autoavaliação, solicita documento que comprove[2]	a) Periodicidade da realização do processo autoavaliativo (último seis meses) [2] b) Realização de avaliação de satisfação do usuário[2]	a) Consideração dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho da equipe [2] b) Consideração da opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho [2]

Fonte: Elaborado pela autora

Em seguida, os resultados foram discutidos com base no referencial teórico e em leituras complementares realizadas durante a análise das informações, a fim de trazer avanços para a pesquisa.

5.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo a Resolução 466/2012, em respeito à dignidade humana, toda pesquisa que envolva seres humanos deverá atender as normas desta Resolução e submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (BRASIL, 2012a). Considerando que este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória que utiliza como fonte de dados documentos e estudos já publicados com acesso ao público e não envolve seres humanos, não se aplica a submissão e aprovação do CEP.

6. RESULTADOS

O quadro 3 apresenta uma síntese dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, relacionados às dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, classificadas nas categorias de estrutura processo e resultado (efetividade).

Quadro 3 – Classificação dos padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa da segunda fase do PMAQ-AB (segundo ciclo) de acordo com as categorias de estrutura, processo e resultado.

DIMENSÕES DA 2ª FASE PMAQ	CATEGORIAS		
	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO (efetividade)
AUTOAVALIAÇÃO	a) Instrumento utilizado para o processo de autoavaliação, solicita documento que comprove[2]	a) Periodicidade da realização do processo autoavaliativo (último seis meses) [2] b) Realização de avaliação de satisfação do usuário[2]	a) Consideração dos resultados da autoavaliação na organização do processo de trabalho da equipe [2] b) Consideração da opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho [2]

Fonte: Elaborado pela autora

[1] Aspectos avaliados no Módulo I do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[2] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[3] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

DIMENSÕES DA 2ª FASE PMAQ	CATEGORIAS		
	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO (efetividade)
MONITORAMENTO	a) Existência de sistema de informação utilizado para registro das informações[1] [2] b) Existência de mapa da área de abrangência (sinalizando ou não necessidades ou grupos específicos de cuidado em saúde), solicita documento que comprove[2] c) Disponibilização, por parte da gestão, de informações que auxiliem na análise da situação de saúde[2] d) Tipo de prontuário, solicita documento que comprove[2] e) Modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais, solicita documento que comprove[2] f) Integração do prontuário eletrônico com os outros pontos da rede de atenção g) Recurso utilizado para monitoramento das gestantes[2]	a) Realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde[2] b) Realização de avaliação de risco e vulnerabilidade[2] c) Temas das reuniões[2] d) Utilização de materiais para registro e acompanhamento dos pacientes, solicita em alguns momentos documento que comprove[2] e) Alimentação dos sistemas de informação[2] f) Realização de busca ativa e monitoramento de situações específicas, solicita em alguns momentos documento que comprove[2] g) Registro de pacientes com necessidade de saúde específicas (tuberculose, usuários com deficiência, etc.), solicita documentos que comprove [2] h) Mensuração e registro de peso e altura nos atendimentos[2] i) Planejamento das atividades considerando os sistemas de informação[2] j) Realização do último mapeamento da área da abrangência da equipe[2] k) Avaliação e monitoramento de aleitamento materno e alimentação complementar saudável[2]	a) Melhoria dos indicadores de saúde da população do território a partir do trabalho do NASF[2]

Fonte: Elaborado pela autora

[1] Aspectos avaliados no Módulo I do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[2] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[3] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

DIMENSÕES DA 2ª FASE PMAQ	CATEGORIAS		
	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO (efetividade)
EDUCAÇÃO PERMANENTE	a) Capacitação para utilização dos Sistemas de Informação de prontuário eletrônico e das fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada[2] b) Capacitação, dos profissionais que realizam o acolhimento, para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários[2] c) Oferta, por parte da gestão, para atividades de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe[2] d) Preparação da equipe para atendimento dos usuários com sofrimento psíquico[2]	a) Participação nas ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal[2] b) Oferta e realização de ações educativas e de promoção e prevenção da saúde para a comunidade, solicita documento que comprove[2] c) Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde (Programa Saúde na Escola-PSE) [2] d) Realização de atividades de educação em saúde [2] e) Temas das reuniões[2]	a) Resultado da participação do usuário em grupos sobre a gravidez e o cuidado com a criança[3] b)Contemplação das demandas e necessidade da equipe a partir da educação permanente [2]

Fonte: Elaborado pela autora

[1] Aspectos avaliados no Módulo I do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[2] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[3] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

DIMENSÕES DA 2ª FASE PMAQ	CATEGORIAS		
	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO (efetividade)
APOIO INSTITUCIONAL	<p>a) Apoio na discussão e análise dos indicadores e da situação de saúde da comunidade[2]</p> <p>b) Apoio à organização e planejamento dos processos de trabalho[2]</p> <p>c) Apoio na resolução de casos considerados complexos[2]</p> <p>d) Atividades realizadas pelo apoiador institucional[2]</p> <p>e) Meios de comunicação com o apoiador institucional ou NASF[2]</p> <p>f) Indução do PMAQ-AB ao Apoio Institucional[2]</p> <p>g) Apoio da gestão para organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ[2]</p> <p>h) Profissionais que realizam apoio matricial</p> <p>i) Profissionais do NASF que apoiam a equipe[2]</p> <p>j) Período para atender as solicitações da equipe (NASF).[2]</p>	<p>a) Parceria e articulação do processo de trabalho com estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão[2]</p> <p>b) Ações com o NASF de apoio e articulação conjunta à organização do processo de trabalho da equipe[2]</p> <p>c) Criação de critérios para os atendimentos a serem realizados pelo NASF [2]</p> <p>d) Critérios e metodologia de trabalho da equipe com o NASF, no compartilhamento dos casos [2]</p>	<p>a) Avaliação do trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas[2]</p>

Fonte: Elaborado pela autora

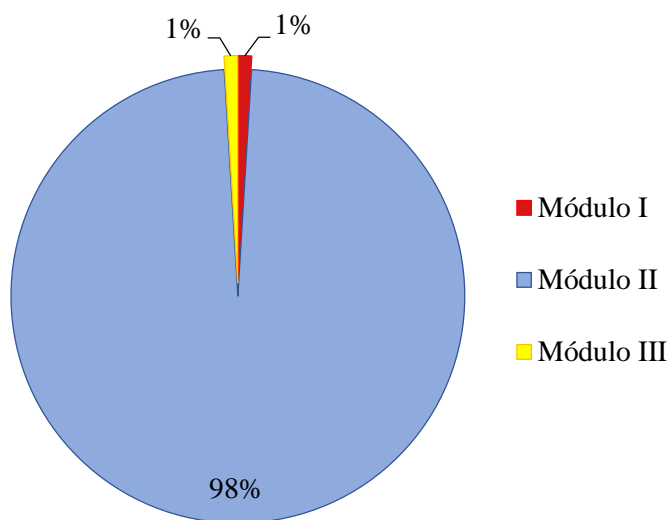
[1] Aspectos avaliados no Módulo I do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[2] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

[3] Aspectos avaliados no Módulo II do Instrumento de Avaliação Externa do segundo ciclo do PMAQ.

Os aspectos identificados no instrumento de avaliação foram localizados nos três módulos (Módulo I, II e III), entretanto, identificamos maior concentração destes padrões de qualidade no Módulo II (Gráfico 1). Nos Módulo I e III identificamos apenas um padrão de qualidade, sendo eles referentes à estrutura da dimensão de monitoramento e ao resultado (efetividade) da dimensão de educação permanente, respectivamente.

Gráfico 1 – Distribuição dos padrões de qualidade segundo os módulos do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB relacionados às dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.



Fonte: Elaborado pela autora

Os padrões de qualidade referentes à estrutura e processos apresentam-se com maior frequência, quando comparados aos padrões de qualidade referente a resultados (efetividade) (Quadro 4).

Quadro 4 – Número de padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB relacionados às dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, classificadas nas categorias de avaliação de qualidade.

DIMENSÕES	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO (efetividade)	TOTAL
Autoavaliação	2	2	2	6 (5,8%)
Monitoramento	17	35	2	54 (51,9%)
Educação Permanente	5	9	2	16 (15,4%)
Apoio Institucional	17	10	1	28 (26,9%)
TOTAL	41 (39,4%)	56 (53,9%)	7 (6,7%)	104 (100%)

Os padrões de qualidade que analisam o componente de estrutura, a partir das dimensões avaliadas, nos apresentam um panorama geral dos instrumentos utilizados (instrumento da autoavaliação, sistemas de informação em saúde e materiais que produzem informação em saúde para monitoramento), da capacitação dos profissionais de saúde para situações características da AB (utilização dos sistemas de informação, acolhimento, práticas integrativas, dentre outros) e do apoio para o processo de trabalho da equipe de AB (análise dos indicadores e situação de saúde da comunidade, resolução de casos complexos, etc.).

Quanto aos processos, os padrões de qualidade nos remetem à realização de ações (periodicidade da realização da autoavaliação, ações de monitoramento e análise dos indicadores de saúde, avaliação de risco de vulnerabilidade, ações educativas e de promoção e prevenção da saúde, ações de capacitação, etc.) e à participação ou apoio da EAB às atividades desenvolvidas por outros atores ou instâncias.

A análise referente aos resultados (efetividade) apresenta-se com grande contraste de menor escala e questionam os resultados a partir das ações e processos de trabalho da equipe, são exemplos: a melhoria dos indicadores de saúde, a consideração dos resultados da autoavaliação no planejamento da equipe, a contemplação das demandas e necessidades da equipe por meio da educação permanente e a avaliação do trabalho em conjunto com o apoiador institucional.

7. DISCUSSÃO

A PNAB em sua composição apresenta o PMAQ-AB como instrumento de avaliação para melhoria da qualidade dos serviços da AB, assim, apresentamos a discussão do instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, com foco nas dimensões analisadas e na avaliação de qualidade com base nas categorias escolhidas e nos resultados obtidos.

Compreender as ações no cuidado da AB em sua essência, desde a compreensão dos fatores que influenciam no cuidado em saúde (estrutura e processos) até os efeitos do cuidado em saúde (resultados) são questões essenciais para avaliação em saúde, principalmente no que refere-se a avaliação do acesso e da qualidade em saúde.

Os padrões de qualidade referentes à autoavaliação apresentam-se harmonicamente equilibrados nas avaliações referentes à estrutura (2), aos processos (2) e aos resultados/efetividade (2). Esta dimensão foi a que apresentou menor número de padrões de qualidade (5,8%).

No que refere-se ao monitoramento, há uma concentração maior de questionamentos referentes aos processos de trabalho da equipe para a realização do monitoramento, seguindo dos questionamentos sobre a estrutura – que apresenta-se em menos da metade do número de padrões de qualidade da categoria processo – e em número inferior, aparecem o padrões de qualidade referentes à análise dos resultados/efetividade. A análise na dimensão de monitoramento foi a que maior demonstrou contrastes nos números apresentados entre as categorias de avaliação de qualidade (estrutura: 17, processo: 35 e resultado: 2) e também foi a dimensão em que mais apresentou padrões de qualidade (51,9%).

Na dimensão de educação permanente, observamos diferença menor entre os números apresentados (Quadro 4), por exemplo quando comparamos com a dimensão de monitoramento, analisando a categoria resultado/efetividade nota-se que esta categoria continua sendo a minoria entre os padrões de qualidade. O componente processo é o que mais apresenta questionamentos seguido da estrutura – que tem um quantitativo pouco maior que a metade dos padrões de qualidade referente à processo –.

Por fim, o apoio institucional, diferentemente das demais dimensões, apresenta a maioria padrões de qualidade referente à estrutura, seguido de processos e por fim, os padrões de qualidade referentes aos resultados/efetividade.

Apesar da metodologia escolhida para análise de dados ser amplamente utilizada para avaliação da qualidade de programas e serviços de saúde, precisamos ressaltar que a mesma apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas.

Cabe destacarmos que apesar de ser um modelo criado com a intenção de aplicação em serviços de assistência com enfoque clínico – em especial aqueles com caráter curativo, analisando o impacto dos profissionais individuais sobre a saúde dos pacientes –, esta metodologia pode ser adotada também na perspectiva populacional — impacto das políticas, programas e sistemas de saúde sobre a população ou subgrupos populacionais –, desde que as medidas de qualidade estejam de acordo com a perspectiva avaliada (STARFIELD, 2002)

Segundo Vuori (1991) cada um dos componentes da tríade apresenta limitações. A maior fragilidade no componente estrutural está relacionada com os seus pressupostos de validade, na relação de dependência e causalidade entre os componentes da tríade. No que se refere à abordagem de processo, o autor destaca o não estabelecimento de relações causais entre os procedimentos utilizados e a melhoria das condições de saúde das pessoas, além de ser um componente estático (assim como a estrutura), o que prejudica o aperfeiçoamento das práticas de saúde. Quanto aos resultados, o autor considera como melhor componente para analisar qualidade da atenção à saúde, contudo às limitações deste componente estão relacionadas à difícil mensuração do resultado final do cuidado em saúde – que pode requerer uma análise à longo prazo – o que pode levar a inviabilidade da análise, além da necessidade de controle das variáveis de confundimento – outros fatores que estão relacionados com o processo de saúde-doença, por exemplo os determinantes sociais de saúde (fatores socioeconômicos, culturais e ambientais gerais) que influenciam nos problemas de saúde e fatores de riscos da população – (FRIAS et al, 2010; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

O próprio responsável pela difusão da tríade, Avedis Donabedian, reconhece as limitações do modelo sistêmico e sugere a seleção de indicadores representativos – de estrutura, processo e resultado –, para uma melhor estratégia de avaliação da qualidade (FRIAS et al).

Avaliar a estrutura da AB permite a análise da suficiência das condições necessárias para a realização do cuidado de saúde, incluindo as tecnologias utilizadas, bem como os profissionais de saúde responsáveis pelo ato do cuidar. Segundo Tanaka (2011, p. 932), “essa abordagem propiciará a tomada de decisão direcionada à otimização dos recursos disponíveis”.

A avaliação da estrutura no instrumento de avaliação externa, nas dimensões avaliadas, permite análise tanto dos sistemas informacionais de saúde utilizado, da análise estrutural do apoio institucional, bem como da capacitação dos profissionais de saúde.

A avaliação dos processos permite avaliar as condições e o desenho das organizações e dos processos de trabalho, bem como das ações de saúde. Tanaka (2011, p. 931) propõe que “a avaliação seja sempre iniciada pelo Processo” por possibilitar uma visão ampla da situação avaliada e poder subsidiar futuras intervenções “no processo para garantir a acessibilidade (...) [de forma a potencializar] a ABS como porta de entrada do SUS”. Por possibilitar visão ampla, o componente processo permite atuação dinâmica e oportuna dos envolvidos no decorrer dos processos de trabalho, além de permitir identificar possíveis resultados esperados que poderão ser utilizados como parâmetros para avaliação dos resultados alcançados pelos serviços, permitindo avaliação e comparação em período de tempo menor, não precisando necessariamente aguardar feedback de resultados. Sendo assim, os processos pode permitir-nos aproximação com fatores estruturais e de efetividade/resultado, e ainda a identificação de fatores facilitadores ou limitantes das ações de saúde.

O componente processo, na análise do programa PMAQ, permite conhecer melhor os processos de trabalho das equipes de saúde da AB. A análise em alguns padrões de qualidade, a depender do caráter da pergunta e das opções de resposta, supõe relação com aspectos estruturais e permite reflexão sobre as relações entre a estrutura e os processos de trabalho.

Para Donabedian (1980, 1992) o processo é o caminho direto e o resultado é o indicador indireto para a avaliação da qualidade em saúde. A análise dos padrões de qualidade do PMAQ, neste estudo, apresentam a necessidade de aprofundamento na avaliação dos resultados/efetividade da AB.

A avaliação de resultado na ABS deverá identificar o quanto o cuidado em saúde foi capaz de evitar, minimizar ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença, considerando aspectos de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico e tratamento oportuno em tempo e com insumos adequados e disponíveis. Com a análise destas ações, pode-se levar à reflexões sobre estruturas e processos, pois estará se medindo o efeito prático das estruturas e processos no objetivo para o qual foram criados.

As avaliações dos resultados, que pese a satisfação dos envolvidos no processo, podem envolver relação direta com a subjetividade dos indivíduos – a menos em situações referentes aos indicadores de saúde –, porém este aspecto não o torna menos significante dentro da avaliação de qualidade conforme o objetivo do PMAQ.

A maioria das iniciativas de avaliação de qualidade em saúde traz em suas abordagens a avaliação focada em aspectos de estrutura e processos. Neves (2012), em seu estudo que procura analisar os relatórios do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), o Manual de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação e os Padrões de Acreditação da Joint Commission International, verifica a prevalência de avaliações em saúde centradas nas categorias estrutura e processo, identificando assim, falhas ou insuficiência dos instrumentos utilizados para avaliação dos resultados.

No caso do PMAQ, mais de noventa por cento dos padrões de qualidade estão distribuídos entre a estrutura e processo. Restando menos do que sete por cento destes padrões para a análise dos resultados/efetividade.

É importante avaliar os resultados/efetividade dos processos de trabalho das equipes de modo que estes possam ser utilizados como indicadores de qualidade e comparados entre a evolução da própria equipe, bem como com serviços de igual estrato, assim como é proposto pelo próprio programa. Nesta perspectiva os resultados podem ser instrumentos facilitadores para o direcionamento do processo de tomada de decisão dos processos de trabalho e dos recursos da saúde para a adoção de ações que visam a melhoria da qualidade dos serviços de saúde da AB (ROSALEM, 2013).

A associação do componente resultado, aos outros dois componentes da tríade, pode permitir a identificação de fatores que pesem nas diferenças encontradas na análise da estrutura e dos processos, bem como pode colaborar na utilização dos recursos e do planejamento da AB, a fim de proporcionar mudanças em prol da efetividade do cuidado em saúde (DONABEDIAN, 1980; FRIAS et al, 2010; SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA, 2011).

Ressaltamos que embora haja uma suposição de relação de ordem entre os componentes da qualidade não existe necessariamente na dinâmica da AB este direcionamento das ações. Como por exemplo, uma bela unidade de saúde de AB com profissionais de saúde atenciosos e prestativos, que impressiona os usuários positivamente, não necessariamente oferece o melhor para a saúde da população. Entretanto, Mallet (2005) apresenta em seu estudo sobre a qualidade em saúde algumas razões que justificam a necessidade da combinação dos elementos da tríade de Donabedian:

A possibilidade de se conduzir uma avaliação ampla da qualidade, já que certas categorias de informação podem ser mais indicativas de aspectos

específicos do cuidado; a ajuda na identificação de locais e causas de falhas na qualidade e as sugestões sobre ações apropriadas (exemplo: modificação na estrutura e/ou no processo); a concordância nas inferências retiradas de vários tipos de indicadores, aumenta a confiança na validade dessas conclusões sobre qualidade; o desacordo nas inferências, retiradas de vários tipos de indicadores, sugere a presença de problemas que incluem (...): a) Dados incompletos [e/ou inadequados]; c) A relação entre processo, estrutura e resultado não é válida porque: o conhecimento disponível foi mal aplicado ou o conhecimento disponível foi adequadamente utilizado, mas não foi válido (o que significa que novas pesquisas são necessárias). (2005, p. 452-453)

No que refere-se a análise geral dos padrões de qualidade, percebe-se que os questionamentos presentes no instrumento de avaliação externa, tem foco principal nos componentes estruturais e processuais. E no que se refere a relação causal entre os componentes da avaliação de qualidade, percebemos que os questionamentos apresentados nos padrões de qualidade, podem em vários momentos, ser analisados correlacionando-os entre si, não partindo da análise como uma certeza, mas como um fator de probabilidade, ou seja, uma possível influência.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização de processos de avaliação em saúde, bem como a criação de instrumentos e ferramentas de avaliação dentro dos programas e serviços de saúde é uma das necessidades enfrentadas pelo SUS, que vem ao longo dos anos trabalhando no desenvolvimento e implementação destas ações.

Observando esta premissa este estudo foi desenvolvido baseando-se no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ. Outra concepção presente nesta pesquisa foi a de que há dimensões essenciais para o desenvolvimento dos processos de trabalho, sendo neste estudo representado pela autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

Assim sendo, o objetivo principal deste estudo foi analisar o instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, em relação à autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, de acordo com dois enfoques de avaliação da qualidade: enfoque sistêmico (categoria de estrutura, processo e resultado) e o enfoque dos pilares da qualidade (categoria efetividade). Para tal foram analisados os padrões de qualidade, identificados conforme as dimensões escolhidas e classificados nas categorias de avaliação da qualidade.

Nas quatro dimensões – autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional – foram identificados padrões de qualidade para as três categorias de qualidade (estrutura, processo e resultado). Percebemos que existe diferença significativa no número de padrões de qualidade principalmente no que refere-se à resultado/efetividade. A categoria processo foi a que mais apresentou padrões de qualidade, seguido de estrutura e por último, a categoria resultado/efetividade.

O desenho do PMAQ-AB nos apresenta um modelo de análise com ênfase na estrutura e processo, no entanto, em que diz respeito aos resultados, baseando-se na efetividade, é possível identificar algumas limitações. Os modelos avaliativos de saúde centrados na avaliação da estrutura e dos processos não é uma característica apenas do PMAQ, como citamos acima, esta caracterização se dá também em vários outros instrumentos e programas avaliativos dos serviços de saúde. Cabe ressaltar ainda que as principais avaliações em saúde pouco exploram a qualidade, em especial o quesito efetividade.

Assim sendo, os resultados deste estudo de modo geral, sugere o aprofundamento da avaliação externa do PMAQ-AB em questionamentos referentes aos resultados obtidos na

AB, com enfoque na efetividade destas ações. Tal aprofundamento poderá contribuir com os resultados da avaliação e com o (re)direcionamento das ações em saúde.

É extremamente importante que o processo de avaliação da AB seja contínuo, assim como propõe o PMAQ, e que os resultados obtidos, além de diagnóstico da situação real da AB, sejam utilizados como instrumento base, político e de informação para os processos de decisões a fim da oferta da AB com a garantia do acesso e da qualidade.

Diante do exposto, percebemos que o presente trabalho é fecundo e não se esgota com os questionamentos aqui apresentados. O PMAQ-AB é um programa novo, que está em seu terceiro ciclo e precisa ser discutido em seu contexto total.

Antes de finalizar este estudo, cabe destacar a importância da contribuição do profissional de saúde coletiva nos processos de avaliação dos serviços de saúde, que com os conhecimentos adquiridos na graduação – um de seus pilares: o planejamento e avaliação em saúde –, contribui de forma panorâmica com a finalidade de somar à efetivação do Sistema Único de Saúde em todos seus princípios e diretrizes.

9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.8, pp. 1727-1742. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2015

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**. 41(1):150-3, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf> >. Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde: Brasília, 1997.

Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde: Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília, 2010b. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf >. Acesso em: 12 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 20 jul. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Presidência da República. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único

de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 29 jun. 2011b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 09 fev. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. p. 110. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 535, de 3 de Abril de 2013. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: **Diário Oficial da União**, 17 abr. 2013a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html >. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 129p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 38p. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____. 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. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 62 p. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 05 out. 2015a. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **2ª Lista de Certificação do 2º ciclo do PMAQ.** Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/2_lista_certificacao_2_ciclo_pmaq.pdf > . Acesso em: 10 out. 2015b

CASOTTI, Elisete et al. Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro. In: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl (Org.). **Rotas da atenção básica no Brasil:** experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 35-59. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al.. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz: Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015

DAHLGREN Göran; WHITEHEAD Margareth. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 jan-fev; 59(1): 84-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015

DONABEDIAN, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**. Vol. I, pp. 77-125, 1980

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**. 260(12): 1743-1748. 1988

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Mem. Fund. Q**. 44:166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, Avedis. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul**, 1992.

DONABEDIAN Avedis. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. 1990;114:1115-1118.

ESCOREL, Sarah (Coord.). **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Ministério da Saúde: Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_implementacao.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):669-681, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl (Org.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. Disponível em:

<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2015.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. ESPECIAL, P. 13-33, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**: Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Especialização em Saúde da Família. UNIFESP. UNA-SUS. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015.

FONSECA, Grazielle Neves Soares. **O projeto AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) como instrumento de gestão para a mudança do processo de trabalho**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2394.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

FRIAS, Paulo Germano et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO et al.(Org.) **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2010. Cap. 4. p. 43-55.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20060006000006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2015

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra; TAVARES, Márcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na

mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública:** Rio de Janeiro, 25(4):868-876, abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo et al. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz: Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015

MALLET, Ana Luisa Rocha. Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ.** v. 18 n. 5. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_05/a2005_v18_n05_art08.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS,** v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/255485839_ATENO_BSICA_E_ATENO_PRIMRI_A_SADE_-ORIGENS_E_DIFERENAS_CONCEITUAIS_Basic_care_and_primary_health_care_-origins_and_conceptual_differences>. Acesso em: 29 set. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/Redes-de-Atencao-condicoes-cronicas.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

NEVES, Marco Aurélio Borges. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. **III Congresso Consad de Gestão Pública,** 2012.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, 29 (4), 1995. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10>>. Acesso em: 05 set. 2014.

PORTAL DA SAÚDE. **DAB lança o sistema eletrônico da AMAQ**. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2088>. Acesso em: 10 out. 2015.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 209-220, out 2014. Disponível em: < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2015.

REIS, Eduardo José Farias Borges dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública** vol.6 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1990. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jun. 2015

ROCHA, Mônica Gonçalves. **Contribuições do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliação da atenção nutricional: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):713-724, 2006. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30985.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

ROSALEM, Vagner. **Análise das percepções dos principais atores da cadeia produtiva da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por hospitais no Estado de Goiás - BR**. Tese (Doutorado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo: São Paulo, 2013.

SAMICO, Isabella et al (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia Almeida. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 out. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2015. **Apresentação**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em 15 nov. 2015.

SOUSA, Maria Fátima de. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Saberes Editora: Campinas SP, 2014.

SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Saberes Editora: Campinas SP, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015

STEIN, Airton Tetelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 1, mar. 2013 . Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 24 set. 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**:São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

VUORI, Hanna. A qualidade da Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. 1991; 3: 17-24.

10. ANEXOS

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde

SUBDIMENSÃO	Nº PADRÃO	QUESTÃO	CATEGORIAS
I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica	I.3.6	Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? Só poderá marcar uma opção de resposta.	SIAB
			e-SUS/SISAB
			Sistema de informação próprio
			Não sabe/não respondeu

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica

SUBDIMENSÃO	Nº PADRÃO	QUESTÃO	CATEGORIAS	
II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	ES - II.7.1	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
	G - II.7.2	Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa? Poderá escolher mais de uma opção	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão	
			Cursos presenciais	
			Telessaúde	
			RUTE – Rede Universitária de Telemedicina	
			UNASUS	
			Curso de Educação à Distância	
			Troca de experiência	
			Tutoria/preceptorial	
			A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros	
			Outro(s)	
	G - II.7.10	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Contempla muito	
			Contempla	
			Contempla razoavelmente	
			Contempla pouco	
Não contempla				
ET - II.7.11	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?	1 vez/semana	4 vezes/semana	
		2 vezes/semana	5 vezes/semana	
		3 vezes/semana	Não recebe	
II.7.12	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?	Muito articuladas		
		Razoavelmente articuladas		
		Pouco articuladas		
II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a	ET - II.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim	
			Não	
	G - II.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim	
Não				

Organização do Processo de Trabalho da Equipe	G - II.8.3/1	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe? Poderá escolher mais de uma opção	Painel informativo Informativos epidemiológicos
			Informativos da atenção básica
			Sala de situação
			Relatórios e consolidados mensais dos SIAB
			Não sabe/não respondeu
			Outro(s)
	II.8.3/2	A equipe planeja/programa suas atividades considerando: Poderá escolher somente uma opção	Nenhuma das anteriores
			A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
			As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
			As informações do Sistema de Informação
			As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
			As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
			As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)
			Os desafios apontados a partir da autoavaliação
			O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
			O envolvimento dos atores da comunidade
			O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área
			Nenhuma das anteriores
			II.8.4
	Não		
ET - II.8.5	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?	Sim	
		Não	
II.8.8	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	Sim	
		Não	
		Não sabe/não respondeu	
II.8.9	Qual o instrumento utilizado? Poderá escolher somente uma opção	AMAQ	
		AMQ	
		Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	

			Instrumento desenvolvido pelo Estado
			Outro(s)
	II.8.9/ 1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
	II.8.10	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? Poderá escolher somente uma opção	Muito Considerado
			Considerado
			Razoavelmente considerado
			Pouco considerado
			Não considerado
	G - II.8.11	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	Sim
			Não
	II.8.12 /3	Quais são os temas das reuniões de equipe? Poderá escolher mais de uma opção	Organização do processo de trabalho e do serviço
			Discussão de casos (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
			Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
			Construção/discussão de projeto terapêutico singular
			Planejamento das ações da equipe
			Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
			Educação permanente
			Avaliação das ações da equipe
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial	ET - II.9.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
	II.9.2	Esse apoio foi por indução do PMAQ?	Sim
			Não
	II.9.2/ 1	Como é realizado o contato do apoiador institucional com a equipe? Poderá escolher mais de uma opção	Webconferência
			Email
			Telefone
			Presencial
			Outro(s)
		Nenhuma das anteriores	
II.9.2/ 1	Quais as atividades que o	Discussão sobre o processo de	

	2	apoiador institucional realiza?	trabalho da equipe de atenção básica
			Apoio à autoavaliação
			Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores
			Apoio ao planejamento e organização da equipe
			Educação permanente
			Participa das reuniões com a equipe
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
			Nenhuma das anteriores
	G - II.9.3	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
G - II.9.4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim	
		Não	
		Não sabe/não respondeu	
II.9.5	Os profissionais que realizam o apoio matricial são: Poderá escolher mais de uma opção	Do NASF	
		Do CAPS	
		Da vigilância em saúde	
		Especialistas da rede	
		Profissionais de outra modalidade de apoio matricial	
		Polo da Academia da Saúde	
		Centro especializado em reabilitação	
II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	G - II.10.3	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	Sim
			Não
	G - II.10.3 /1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
	II.10.3 /1.1	O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens de acordo com o identificado no território: Poderá escolher mais de uma opção	Sinalização das microáreas do território
			Sinalização de grupos de agravos (gestantes, crianças, doenças crônicas, saúde mental, doenças endêmicas e outros)
			Sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)

			Sinalização de grupos organizados (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores e outros)
			Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas e outros)
			Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)
			Condições socioeconômicas (beneficiários do Programa Bolsa Família e outros)
	G - II.10.4	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?	Menos de 1 mês
			De 1 mês a 1 ano
			Mais de um 1 a dois anos
			Mais de 2 anos
II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	ES - II.11.1	Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?	Sim
			Não
	ES - II.11.1 /1	Existe documentação que comprove?	Sim
			Não
	ES - II.11.2	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?	Sim
			Não
	ES - II.11.2 /1	Existe documentação que comprove?	Sim
			Não
	II.11.3 .0	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? Poderá escolher somente uma opção	SIAB
			e- SUS/SISAB
			Não sabe/não respondeu
			Sistema de informação próprio
	ET - II.11.3	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	Sim
			Não
ET - II.11.3 /1	Você pode mostra o sistema instalado no computador?	Sim	
		Não	
ET - II.11.4	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	Sim	
		Não	
II.11.5	Qual o tipo de prontuário? Poderá escolher somente uma opção	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB	
		Prontuário eletrônico próprio	
II.11.6	A equipe teve capacitação para utilização do sistema?	Sim	
		Não	
II.11.7	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?	Sim	
		Não	

	II.11.7 /1	Existe documentação que comprove?	Sim
			Não
	II.11.7 /1/1	A equipe teve capacitação para utilização das fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?	Sim
			Não
II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea	II.12.1 7	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
	G - II.12.1 8	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.14 Atenção à Saúde	G - II.14.7	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: Poderá escolher mais de uma opção	Câncer do colo do útero
			Citopatológico atrasado
			Câncer de mama
			Pré-natal
			Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
			Prematuras
			Com baixo peso
			Com consulta de puericultura atrasada
			Com calendário vacinal atrasado
			Hipertensão arterial sistêmica
			Diabetes mellitus
			Tuberculose
			Hanseníase
	Saúde mental		
Álcool e drogas			
		Não realiza busca ativa	
G - II.14.7 .16/1	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	II.18.1	A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?	Sim
			Não
	G - II.18.2	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	Sim
			Não
	G - II.18.2 /1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
	II.18.8	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto? Poderá escolher mais de uma opção	Recebe a contra referência da maternidade
			Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto
		Recebe informação da secretaria municipal de saúde	

			Outros
			Não possui sistema de monitoramento
II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	II.19.2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	Sim Não
	G - II.19.3	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Sim Não
	G - II.19.4	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre: Poderá escolher mais de uma opção	Vacinação em dia da criança
			Crescimento e desenvolvimento
			Estado nutricional
			Teste do pezinho
			Violência familiar
II.19.6	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	Sim	
		Não	
II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade	II.20.1	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários: Poderá escolher mais de uma opção	Das crianças menores de 2 anos de idade
			Das crianças menores de 10 anos
			Das gestantes
			Dos adultos com hipertensão e diabetes
			Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde
			Outro(s)
			Não realiza
G - II.20.2	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?	Sim	
		Não	
II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose	G - II.21.3	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?	Sim
			Não
			Não há usuário com tuberculose no território
	G - II.21.3 /1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
	G - II.21.8	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?	Sim
			Não
G - II.21.8 /1	Existe documento que comprove?	Sim	
		Não	
II.22	G -	A equipe realiza busca	Sim

Atenção à Pessoa com Hanseníase	II.22.5	ativa de faltosos do tratamento?	Não
	G - II.22.5 /1	Existe documento que comprove?	Sim Não
II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	G - II.23.5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	Sim Não
	ET - II.23.6	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.	Sim Não
	ET - II.23.6 /1	Existe documento que comprove?	Sim Não
II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência	G - II.24.1	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência?	Sim Não Não se aplica(Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
	G - II.24.1 /1	Existe documento que comprove?	Sim Não
	G - II.24.2	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?	Sim Não Não se aplica(Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
	G - II.24.2 /1	Existe documento que comprove?	Sim Não
	II.25.4	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	Sim Não
II.25 Práticas Integrativas e Complementares	II.25.6	A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando: Poderá escolher mais de uma opção	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
			Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica
			Outro(s)
			Não realiza atividades de educação em saúde abordando as práticas integrativas e complementares
II.26	G -	A equipe oferta ações	Mulheres (câncer do colo do útero e

Promoção da Saúde	II.26.1	educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Poderá escolher mais de uma opção	de mama)
			Planejamento familiar
			Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
			Homens
			Idosos
			Alimentação saudável
			Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva
			Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território
			Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas
			Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
			O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
			O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos
			Outro(s)
Não realiza atividades de promoção à saúde			
	II.26.2 /1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
II.27 Programa Bolsa-Família	II.27.2	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?	Sim
			Não
II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	G - II.28.4	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?	Sim
			Não
	G - II.28.4 /1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	II.29.1	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?	Sim
			Não
	II.295	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Sim
			Não

II.30 Atividades nas Escolas	G - II.30.3	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?	Sim
			Não
	G - II.30.3 /1	Existe documento que comprove?	Sim
			Não
	G - II.30.5	Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? Poderá escolher mais de uma opção	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)
			Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas
			Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS
			Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas
			Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde
			Debate com os professores da escola
Não realiza ações de promoção e prevenção			
Outros			
Nenhuma das anteriores			
II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	NII.33 .1	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?	Sim
			Não
			Não sei
	NII.33 .2	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? Poderá escolher mais de uma opção	Arte Educador (profissional com formação em arte e educação)
			Assistente social
			Farmacêutico
			Fisioterapeuta
			Fonoaudiólogo
			Médico pediatra
			Médico psiquiatra
			Médico Acupunturista
			Médico Homeopata
			Médico Ginecologista/ Obstetra
			Médico Geriatra
			Médico Internista (Clínica Médica)
Médico do Trabalho			
Médico Veterinário			
Nutricionista			
Médico Acupunturista			
Médico Homeopata			

			Médico Ginecologista/ Obstetra
			Médico Geriatra
			Médico Internista (Clínica Médica)
			Médico do Trabalho
			Médico Veterinário
			Nutricionista
			Profissional de educação física
			Psicólogo
			Sanitarista
			Terapeuta Ocupacional
			Outro
NII.33 .5	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?		Sim
			Não
			Não sabe/Não respondeu
NIII.3 3.17	Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?		Consultas compartilhadas
			Consultas individuais do profissional do NASF
			Consultas individuais do profissional do NASF
			Planejamento e avaliação de ações
			Grupos terapêuticos ou de educação em saúde
			Visitas domiciliares
			Intervenções na comunidade
			Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares)
			Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas
			Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF
			Discussão de temas / ações de educação permanente
			Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional
			Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada
			Apoio à organização do processo de trabalho da equipe
NII.33 .6	Indique o que foi discutido neste planejamento: Poderá escolher mais de uma opção		Pactuação das atividades a serem desenvolvidas
			Definição de funções e atribuições entre as equipes
			Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF
			Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF

			Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção
			Outros
NIII.3 3.8	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?		Em dias programados de atividades presenciais
			Por e-mail
			Por telefone
			Diretamente, a qualquer momento na própria UBS
			Mensagem de texto no celular
			Outro
NIII.3 3.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?		1 dia
			2 dias
			3 dias
			4 dias
			5 dias
			6 dias
			7 dias
			8 dias
			9 dias
			10 dias
			11 dias
			12 dias
			13 dias
			14 dias
			15 dias
			16 dias
			17 dias
			18 dias
			19 dias
			20 dias
			Mais de 30 dias
			21 dias
			22 dias
NIII.3 3.10	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:		Sempre
			Na maioria das vezes
			Às vezes
			Raramente
			Nunca
NIII.3 3.13	Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?		Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Sem periodicidade definida
NIII.3 3.14	Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?		Sim
			Não
			Não sabe/ Não respondeu
NIII.3 3.15	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?		Encaminhamentos por escrito
			Discussão de casos
			Consultas compartilhadas
			Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
			Outros
NIII.3 3.16	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?		Sim
			Não
NIII.3 3.16.1	Nessas situações imprevistas, sua equipe		Sim
			Não

		consegue fazer contato com o NASF?	
NIII.3 3.16.2	Por quais meios os profissionais do NASF podem ser acionados nessas situações?	Telefone pessoal	
		E-mail	
		Mensagem de texto	
		Outro	
NIII.3 3.18	Os profissionais do NASF realizam ações com pessoas das seguintes faixas etárias?	Crianças	
		Adolescentes	
		Adultos	
		Idosos	
NIII.3 3.19	Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe	Saúde mental	
		Atenção materno-infantil	
		Atenção às pessoas com doenças crônicas	
		Atenção às pessoas com deficiências e Reabilitação	
		Atenção nutricional	
		Assistência farmacêutica	
		Práticas Integrativas e Complementares	
		Saúde do Trabalhador	
		Apoio à organização do processo de trabalho da equipe	
Outras			
NIII 33.20. 5	Melhoria dos indicadores de saúde da população do território	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
NIII 33.20. 6	Ações e verificação de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

SUBDIMENSÃO	Nº PADRÃO	QUESTÃO	CATEGORIAS
III.13 - Gravidez e Pré-natal	III.13 .21	A(s) participação(ões) no(s) grupo(s) ajudou(aram) a senhora a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança? Poderá marcar só uma opção de resposta	Sim
			Sim, ajudou em algumas questões
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

