

PAULINE CRISTINE DA SILVA CAVALCANTI

**ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DESAFIOS E INICIATIVAS PARA
QUALIFICAÇÃO**

Brasília, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PAULINE CRISTINE DA SILVA CAVALCANTI

**ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DESAFIOS E INICIATIVAS PARA
QUALIFICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa

Brasília

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1018142.

C376a Cavalcanti, Pauline Cristine da Silva.
Atenção básica no Brasil : desafios e iniciativas
para qualificação / Pauline Cristine da Silva Cavalcanti.
-- 2014.
130 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde
Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
2014.

Inclui bibliografia.

Orientação: Maria Fátima de Sousa.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde pública
- Brasil. 3. Política de saúde - Brasil. I. Sousa,
Maria Fátima de. II. Título.

CDU 614(81)

PAULINE CRISTINE DA SILVA CAVALCANTI

**ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: DESAFIOS E INICIATIVAS PARA
QUALIFICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Aprovado em: 30 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Fátima de Sousa

Presidente

Prof.^a Dr.^a Eliana Goldfarb Cyrino

Examinadora

Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

Examinadora

Prof.^a Dr.^a Noemia Urruth Leão Tavares

Examinadora Suplente

Aquilo bate, ilumina
Invade a retina
Retém no olhar
O lance que lança na hora
Aqui e agora,
Futuro não há
Aquilo te pega de jeito
Te dá um sacode
Pra lá de além
O mundo muda, estremece
O caos acontece
Não poupa ninguém
(Lenine)

AGRADECIMENTOS

Esse território é livre de quaisquer referências, que não aquelas que me influenciaram, estimularam e apoiaram durante minha formação profissional e de alguma forma me ensinaram muito na vida. Chego ao final de mais uma etapa muito feliz e com a sensação de ter realizado um trabalho que tem a ver com meu cotidiano e, também, propiciou espaço para produção acadêmica.

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram a produzir este trabalho e estiveram ao lado nesses últimos anos:

Ao, meu amor, Aristides, que foi o grande estímulo para essa minha conquista. Um homem carinhoso, romântico, inteligente que faz meus dias coloridos e vibrantes. Agradeço a paciência, dedicação e incentivo.

À minha família, principalmente minha mãe por todo amor, confiança e pelos ensinamentos diários. Aos meus avós João e Paulina (in memoriam), e Tia Leu (in memoriam) pelos exemplos de vida, generosidade e amor que depositaram na nossa relação. Não posso esquecer dos meus irmãos (Junior, Guido e Rafaela) que amo e me orgulham.

À minha orientadora Maria Fátima de Sousa por compartilhar seus conhecimentos, ideias, experiência, por acreditar no meu trabalho e me ajudar a produzir ciência. Sinto que construímos uma relação de afetuosa ao longo desse percurso.

Aos trabalhadores do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que me receberam com muito carinho e disponibilidade desde que fui residente lá e, principalmente, aos colegas de trabalho pela convivência profissional e amigável.

A todos os colegas do mestrado, em especial Aline, Charleni, Janaína, Kelly, Karina, Mayara e Maria. Adoro vocês, foi massa poder conhecê-las e compartilhar com vocês de alegrias (muitas) e angústias. Rumo ao final de mais uma conquista, parabéns meninas!

Obrigada a todos pela ajuda, carinho, atenção, compreensão e companheirismo.

RESUMO

A Atenção Básica à saúde no Brasil, principalmente após a criação da Estratégia Saúde da Família, atingiu uma expressiva cobertura populacional e resultados importantes na saúde da população, contudo é imprescindível superar alguns desafios e avançar na qualificação dos serviços. Esse estudo identifica alguns desafios da Atenção Básica e analisa iniciativas implantadas pelo Ministério da Saúde, entre 2011 a 2014, com vistas à sua qualificação. Trata-se de um estudo quali-quantitativo que utilizou a análise bibliográfica e documental e a base de dados secundários no âmbito da Política Nacional da Atenção Básica. Os resultados mostram que os principais desafios da atenção básica estão relacionados à necessidade de aprimorar as práticas de monitoramento e avaliação e a utilização das informações em saúde com subsídio à tomada de decisão; aprimorar os processos de gestão de pessoas no município; adequar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde; garantir a informatização das unidades com acesso a internet; desenvolver e estimular o Planejamento em Saúde; e efetivar a Rede de Atenção à Saúde com ênfase na Atenção Básica. A qualificação dos serviços de Atenção Básica no país desponta como tema central na agenda do Governo Federal por meio de iniciativas como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, e o Censo das Unidades Básicas de Saúde. Desta forma, observou-se que têm se investido em ações de monitoramento e avaliação como dispositivo para melhorar às práticas da gestão e das equipes de saúde, e financiado obras para qualificação dos serviços de Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Saúde da Família; Monitoramento; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Primary Health Care, especially after the creation of the Family Health Strategy, reached a significant population coverage and an important impact on the population health, although it is still essential to overcome some challenges and advance in qualifying services. This study identifies some challenges in Primary Care and analyzes initiatives that were implemented by the Ministry of Health between 2011 and 2014, aiming their qualification. It is both a qualitative and a quantitative study using the bibliography and documentary analysis and the base side of the National Policy on Primary Care data. The results show that the main challenges in primary care are related to the need to improve the monitoring and rating practices and the use of health information with along with money support for decision making; improve processes for managing people in the municipality; adapting the physical structure of the Basic Health Units; ensure computers with internet access for the health units; develop and stimulate the Health Planning; and conduct the Network of Health Care with emphasis on primary care. The qualification of Primary Care services in the country emerge as the central themes in the Federal Government's agenda through initiatives such as the Program for Improving Access and Quality in Primary Care, the Program for Rehabilitation of Basic Health Units, and the Census of Basic Health Units. Thus, it was observed that have been invested in monitoring and evaluation actions as a device to improve the practice of managing and the health teams, and financed works for qualification of primary care services.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Monitoring; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AE	Avaliação Externa
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Amapá
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
Censo das UBS	Censo das Unidades Básicas de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
eAB	Equipes de Atenção Básica
eAB	Equipe de Atenção Básica
ES	Espírito Santo
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Instituições de Ensino e Pesquisa
M&A	Monitoramento e Avaliação
MG	Minas Gerais
MI	Monitoramento dos Indicadores
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PR	Paraná
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família

PSF	Programa de Saúde da Família
Requalifica UBS	Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde
Requalifica UBS	Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SB	Saúde Bucal
SC	Santa Catarina
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3	PERCURSO METODOLÓGICO	21
4	RESULTADOS	25
	Artigo 1: Quais os Desafios para a Qualificação da Atenção Básica na Visão dos Gestores Municipais?	27
	Artigo 2: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma contribuição para o Monitoramento e Avaliação no Sistema Único de Saúde	47
	Artigo 3: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: Uma Narrativa sobre a sua Construção	80
	Artigo 4: Unidades Básicas de Saúde no Brasil: Características e Análise das Estratégias para sua Qualificação	104
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	128
	ANEXOS	130
	ANEXO A – Comprovante de submissão de artigo na Revista Saúde em Debate	130
	ANEXO B – Comprovante de submissão de artigo na Revista Ciência e Saúde Coletiva	131
	ANEXO C – Comprovante de submissão de artigo na Revista Saúde em Debate	105
	ANEXO D – Confirmação de recebimento de artigo da Revista Saúde em De Comprovante de submissão de artigo na Revista Saúde em Debate	105
	ANEXO E – Declaração de Autorização para Acesso a Bases de Dados do Ministério da Saúde	107
	APÊNDICE – VARIÁVEIS DOS BANCOS DE DADOS	108

APRESENTAÇÃO

Na área da saúde, a Atenção Básica (AB) tem se destacado nos últimos anos, tanto como campo de estudo, quanto como prioridade para intervenção por meio de políticas públicas. Inicialmente muitos estudos estavam centrados na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), mas, atualmente, com a consolidação da Saúde da Família e crescimento dos serviços de AB, há uma necessidade de aprofundar as análises na perspectiva de avaliar suas ações e os serviços. Com isso, é fundamental a realização de estudos que possam reconhecer caminhos que vêm sendo traçados com vistas a enfrentar os desafios para qualificação da AB.

O meu envolvimento com o tema nasceu das experiências de atuação AB. Na minha vivência, tive oportunidade de passar por equipes de saúde da família e espaços de gestão, que me instigaram/instigam a compreender o Sistema Único de Saúde (SUS), seus processos sociais, rumos e avanços no Brasil. Quando fui residente em saúde coletiva, especialmente no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), pude conhecer várias ações, programas e políticas voltados à AB e, dos quais alguns deles com foco na sua qualificação, o que me estimulou ainda mais e me levou a querer me aproximar desse universo.

Atualmente, como trabalhadora do DAB, mais precisamente na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, atuando na formulação e acompanhamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), o interesse para a questão da qualificação da AB tem aumentado cada vez mais. Nessa perspectiva, a oportunidade de cursar um mestrado me convida a aprofundar meus conhecimentos e poder colaborar para a reflexão sobre a qualidade em saúde, entendendo a urgência e relevância desse tipo de estudo para o país.

Esta dissertação está organizada em quatro partes para melhor ajudar na sua leitura e compreensão:

A primeira parte aborda o tema da AB, suas características, importância e avanços no SUS. Trata, ainda, da questão da qualidade em saúde com ênfase no aprimoramento dos serviços e nas necessidades de saúde da população.

A segunda explicita a construção metodológica, descrevendo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados, além dos procedimentos adotados na coleta e análise das informações.

A terceira parte apresenta, na forma de artigos submetidos para publicação, os resultados e discussões deste estudo. O primeiro artigo aborda os desafios para a qualificação da AB na perspectiva dos gestores municipais, identificando os cinco principais e analisando-os no âmbito Nacional, por Região e por Estrato de municípios (definidos a partir de critérios criados pelo MS em 2011, para auxiliar na comparação dos desempenhos alcançados pelas equipes participantes do PMAQ).

O segundo artigo trata das práticas de Monitoramento e Avaliação (M&A) com vistas à qualificação dos serviços de saúde da na AB, caracterizando a implantação do PMAQ, a partir da identificação dos resultados da implantação das suas fases e estratégias, como forma de contribuir nas discussões sobre o M&A em saúde no Brasil.

O terceiro artigo aborda a questão do acesso e da qualidade na AB e faz uma narrativa da construção do PMAQ com ênfase na criação do instrumento de avaliação externa e na parceria com instituições de ensino e pesquisa envolvidas no processo avaliativo.

O quarto artigo foca na caracterização das condições de estrutura física e ambiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e analisa as estratégias para sua qualificação por meio da implantação dos componentes de construção, reforma e ampliação do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde (Requalifica UBS).

Por último, temos as considerações finais que aponta necessidade de continuar apostando em processo que qualifiquem a AB e reconhece as iniciativas do Governo Federal como potentes para dialogar com os seus desafios. Ao mesmo tempo, ressalta-se a importância de que estas iniciativas sejam continuamente avaliadas em sua capacidade de atingir os objetivos esperados.

1 INTRODUÇÃO

Com a criação do SUS, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado. Neste contexto, o sistema de saúde também assumiu um caráter inovador e propulsor do processo de descentralização, possibilitando participação social e maior conscientização do cidadão do direito à saúde (PAIM et al., 2011).

O SUS aumentou o acesso a ações de saúde para uma grande parte da população brasileira, desde ações de AB até às direcionadas a situações de urgência e emergência. Muitos avanços foram alcançados no país: cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e a melhoria significativa em alguns resultados em saúde, como a redução na Taxa de Mortalidade Infantil pósneonatal. Destaca-se, ainda, o investimento em recursos humanos e em ciência e tecnologia (PAIM et al., 2011).

Apesar dos muitos avanços, o SUS enfrenta alguns desafios “antigos”, “contemporâneos” (SOUSA, 2007) e “futuros” (PAIM, et al., 2011) que tocam em questões importantes e complexas relacionadas a financiamento, a modelo de atenção, trabalho das equipes, e a renegociação dos papéis público e privado. “Em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos”, portanto, para resolvê-los são necessários esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade (PAIM, et al., 2011, p. 11).

Nos últimos anos, a Atenção Básica no Brasil vem ganhando destaque, principalmente a partir da década de 90. Diversos autores (PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007) afirmam que se trata de uma estratégia assumida pelo governo brasileiro como proposta que visa à organização e o reordenamento do SUS.

Diversos fatores têm contribuído para a crescente relevância da AB, como a busca pela garantia do acesso com qualidade a serviços do SUS, a busca pela integralidade da atenção apostando na implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o investimento no fortalecimento da atenção básica. A AB busca oferecer acesso universal, coordenar o cuidado e promover ações intersetoriais. Abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011; PAIM et al., 2011).

A grande importância da AB está ligada ao seu papel estratégico no SUS, como primeiro nível de atenção e reorientadora do sistema de saúde (PAIM, 2003; SOUSA, 2007). Neste sentido, propõe-se a oferecer acesso universal, a implementar ações visando à atenção integral e de qualidade, além de considerar o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde e a produção de relações de vínculo entre os profissionais/equipes e os indivíduos, família e comunidade (SOUSA, 2007; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante do exposto, o debate da qualidade em saúde torna-se fundamental no âmbito do SUS, como forma de reconhecer e aprimorar as ações desenvolvidas nos serviços de saúde com foco nas necessidades de saúde da população.

Tanto as instituições privadas quanto as públicas vêm desenvolvendo estratégias que visam à qualificação dos serviços, entendendo que a qualidade é um traço da modernidade. Nas discussões atuais sobre qualidade, o usuário tem assumido um papel importante, podendo indicar as suas expectativas acerca da qualidade que espera de um serviço. A opinião das pessoas tem influenciado na forma das instituições buscarem resultados melhores daqueles serviços que são ofertados à sociedade (NOGUEIRA, 1994).

A “qualidade é expressão objetiva de certas condições subjetivas” (NOGUEIRA, 1994, p.74). Para tanto, considera-se que a qualidade resulta da preocupação com a conscientização dos trabalhadores da unidade de saúde acerca dos serviços prestados à população e, ainda, a preocupação em satisfazer as demandas e necessidades dos usuários do serviço. As condições subjetivas devem transparecer um trabalho que é centrado na equipe, a partir de um trabalho conjunto e cooperativo, visando fornecer serviço de saúde de qualidade (NOGUEIRA, 1994).

A qualidade na saúde deve ser compreendida como resultado dos processos de produção dos serviços (NOGUEIRA, 1994). Para o SUS, aperfeiçoar os seus serviços e ações pode ser uma alternativa para conquistar parcelas da população e/ou assegurar a sua sustentabilidade como política de saúde (PAIM, 2011).

O objetivo deste trabalho é analisar iniciativas lançadas pelo Ministério da Saúde na gestão de 2011 a 2014 visando à melhoria da qualidade na AB. Para tanto, foram definidos os seguintes objetivos específicos, a saber:

- 1) Identificar os desafios para a qualificação da AB apontados pelos gestores municipais na adesão ao PMAQ em 2011;
- 2) Mapear iniciativas lançadas pelo MS na gestão de 2011 a 2014 com vistas à qualificação da AB; e
- 3) Caracterizar o cenário atual dos resultados iniciais alcançados na implantação das iniciativas identificadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A formulação da Atenção Primária à Saúde (APS) foi se constituindo ao longo dos últimos quarenta anos, no entanto há diversos entendimentos sobre seu conceito. Na primeira metade do século XX, já existia a concepção de níveis de assistência, mas, foi na Conferência de Alma-Ata (1978) que os princípios e diretrizes de uma nova proposta de APS foram declarados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Segundo Starfield (2002) as novas formas de organização da APS devem ser capazes de viabilizar pactos entre os diversos setores da sociedade com vistas à promoção da saúde e que considere os indivíduos, as famílias e a comunidade no processo de construção da saúde, bem-estar e qualidade de vida.

O desenvolvimento da APS está interrelacionado ao significado e a compreensão do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde pública. A atenção primária é um arranjo assistencial fundamental para os países que aspiram por um sistema de saúde de qualidade, na qual a saúde seja considerada um direito de cidadania (Starfield, 2002).

Nos últimos anos, a APS passou por um processo de destaque mundial, adquirindo o papel de estruturar redes integradas de atenção à saúde. Na América Latina, atualmente, é uma estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde (CONNIL, 2007).

No Brasil, a APS assumiu características próprias, a começar pela sua terminologia, aqui conhecida como Atenção Básica à Saúde (ABS). A construção da ABS no país vem sendo construída desde a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que em 1994 evoluiu para o Programa de Saúde da Família (PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007).

Esses Programas surgiram como parte do processo de reforma do setor da saúde a partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988, com objetivo de aumentar o acesso das pessoas ao sistema de saúde e incorporar ações de prevenção e promoção da saúde (PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007).

De acordo com Sousa (2000), o PACS foi lançado com objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidade materna e infantil no nordeste do Brasil. O Programa foi a apresentando resultados positivos na saúde da população e para dar continuidade ao processo o Ministério da Saúde lançou o PSF com vistas a intensificar o processo de reorganização do sistema de saúde (SOUSA, 2000).

Em 2006, o Saúde da Família foi transformado de “programa” para “estratégia”, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família. Com isso, foi incorporada dentro de uma Política nacional de Atenção Básica e adquiriu visibilidade importante para o sistema de saúde brasileiro (PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007).

Desta forma, podemos dizer que a ABS no Brasil foi impulsionada por iniciativas como o PACS e o PSF, que inicialmente estavam pautadas em ações seletivas e voltadas para populações em extrema pobreza. Os avanços alcançados e a consolidação do Saúde da Família ao longo dos anos mostra que essa foi a estratégia fortemente induzida pelo Governo Federal, desde meados dos anos 90, como abordagem em APS que deveria “converter o modelo assistencial” vigente, permitindo a reestruturação e reorganização do sistema de saúde. (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007).

De acordo com a atual PNAB (portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), a AB abrange um conjunto de ações relacionadas com aspectos coletivos e individuais de uma população. Envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde dos indivíduos.

Entende-se que a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, levando atenção à saúde o mais próximo possível da vida das pessoas, visando resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância na população (BRASIL, 2011).

A AB deve ser a porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009). Starfield (2002) explicita que a APS é porta de entrada do sistema de saúde para novas necessidades e problemas, possibilita a atenção sobre a pessoa e o seu acompanhamento ao longo do tempo, fornece atenção para diversas doenças/condições, e

coordena ou integra os serviços de atenção à saúde. Assim, a APS "aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar" (STARFIELD, 2002, p. 28).

PAIM et al. (2011) afirmam que a ABS busca oferecer acesso universal, coordenar o cuidado, implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Com isso, tem um papel estratégico no SUS, de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, e a efetivação da integralidade (BRASIL, 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A APS lida com pacientes que apresentam múltiplos diagnósticos e queixas confusas que, muitas vezes, não são possíveis de serem encaixadas em diagnósticos conhecidos e em oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida. Neste sentido, a doença não deve ser um único disparador para atuação da APS, sendo primordial que o enfoque da saúde não esteja descolado do entendimento do indivíduo como um ser social. Logo, o indivíduo deve ser compreendido no meio onde vive e trabalha (STARFIELD, 2002).

Conforme Starfield (2002), podemos dizer que existe um conjunto de aspectos estruturantes dos serviços de saúde da APS, que são definidos como atributos essenciais e derivados. São atributos essenciais e exclusivos da atenção primária: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; e coordenação da atenção. Os derivados são aqueles que qualificam as ações e serviços desse nível de atenção, e envolvem: a atenção à saúde centrada na família; a orientação comunitária; e a competência cultural.

Desde a criação do PSF no Brasil, houve considerável expansão da cobertura do programa, principalmente em municípios com população acima de cem mil habitantes. Todavia, novos e velhos desafios permanecem no cotidiano dos gestores, equipes e usuários da ABS, exigindo reformas do setor saúde (SOUSA, 2008; PAIM et al., 2011). Atualmente, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o principal investimento do MS para promover a organização das ações de AB no país (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; BRASIL, 2011).

A ESF ainda é um processo em construção (PAIM et al., 2011; SOUSA, 2009). Em adição, outras iniciativas podem propiciar avanços na melhoria do acesso e da qualidade dos

serviços de saúde, como a ampliação de equipes de Saúde Bucal, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Consultórios na Rua (CnR). Segundo Paim et al. (2011), a configuração de novas modalidades de equipes pode colaborar para "expandir a cobertura e o escopo da atenção básica e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais".

Com isso, o debate sobre a qualidade em saúde tem se tornado central no SUS, considerando seus avanços e os desafios acumulados ao longo dos anos. Entretanto, existem diversas definições para o termo qualidade na literatura, o que torna seu conceito complexo. O entendimento sobre qualidade baseia-se nas referências dos sujeitos, variando de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

É fundamental "entendermos que o termo qualidade assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva" e varia conforme o papel e interesse dos atores envolvidos dentro das instituições. A dimensão objetiva é mensurável, podendo ser aplicada a outros os cenários/situações. Contudo, no caso da dimensão subjetiva, isso não ocorre, já que esta perpassa o campo das vivências e da afetividade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A qualidade em saúde deve ser analisada, ainda, considerando as perspectivas do sistema de saúde e da sociedade. Com isso, pode-se dizer que o seu significado está associado a compreensão das necessidades e expectativas que influenciam nesta definição (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Nos últimos anos, é notável o maior interesse pela qualidade dos serviços de saúde. Alguns fatores cooperaram para esse fenômeno: a crise fiscal do estado e a necessidade de reduzir as despesas públicas estimulam a busca por gasto de recurso de forma mais eficiente; a redução da despesa pública levou a requisitar a participação dos usuários no financiamento do sistema de saúde, dando-lhes o poder de opinar; a necessidade de reduzir as queixas e os procedimentos judiciais de pacientes insatisfeitos; e a exigência de recuperar a ideia do paciente como uma unidade, sem divisão da mente e corpo, tencionou para reconhecer a satisfação dos usuários (SERAPIONI, 1999).

A partir da década de 80, os estudos passaram a abordar, de forma mais contundente, questões com foco no controle de qualidade e à satisfação dos usuários (SERAPIONI, 1999).

Desta forma, pode-se dizer que a AB é um terreno fértil para ser explorado por novos estudos, pois detém elementos importantes a serem analisados.

É importante destacar, no que se refere ao tema da qualidade, a relação entre quantidade e qualidade. Demo (2000) afirma que os termos quantidade e qualidade não são dicotômicos, na verdade, expressam coisas complementares. São faces de uma mesma realidade, impossíveis de se separar. Para o autor, a quantidade é base e condição para qualidade, por outro lado, a qualidade está mais para a dimensão da intensidade. Assim, a qualidade tem relação com profundidade, perfeição, e principalmente, com participação e criação, podendo significar a perfeição de algo em função das expectativas das pessoas.

O tema da qualidade pode ser abordado de vários ângulos. Para Demo (2000), qualidade implica em qualidade formal e qualidade política. A primeira está relacionada à "habilidade de manejar meios, instrumentos, formas, técnicas, procedimentos diante dos desafios do desenvolvimento" (DEMO, 2001, p. 14). A outra tem a ver com a "competência do sujeito em termos de se fazer e de fazer história, diante dos fins históricos da sociedade humana em uma dimensão subjetiva, simbólica".

Um conjunto de fatores contribui para a qualidade em saúde. Não basta ter conhecimento e habilidade em utilizar ferramentas e aplicar técnicas. É preciso também garantir o engajamento do indivíduo com a finalidade de "inovar na realidade", de forma a intervir nos "valores e fins historicamente considerados desejáveis e necessários, eticamente sustentáveis" (DEMO, 2001, p.12).

A qualidade abarca dimensões do conhecimento técnico-científico e das relações interpessoais entre os profissionais e o paciente, e, ainda, considera a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção (DONABEDIAN, 1982 apud VIEIRA- DA-SILVA; 2009; VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994;). Em 1990, Donabedian apud Vieira- da-Silva (2009) e Vieira-Da-Silva e Formigli (1994) propôs que o conceito de qualidade pode ser definido com base nos "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Segundo Donabedian (1990 apud OPAS, 2007), os serviços que são orientados à qualidade geram resultados positivos e se antecipam às necessidades das pessoas. Nesse contexto, as pessoas são tratadas com dignidade e respeito e têm a garantia do melhor

tratamento possível para seus problemas de saúde, evitando quaisquer danos. Para tanto, é preciso prover aos profissionais de saúde conhecimento clínico baseado em evidências e treinamento contínuo, além de estabelecer mecanismos que avaliem a eficiência, a efetividade e a segurança de intervenções de saúde.

Starfield (2002) explica que a responsabilidade do Estado em relação ao desempenho do sistema de saúde se concretiza por meio da garantia de qualidade. A qualidade da atenção reflete a adequação dos serviços de saúde para atender às necessidades de saúde existentes ou potenciais. Além disso, os serviços de alta qualidade levam em consideração também as características populacionais ou de grupos específicos que podem ameaçar a saúde futuramente. Assim, "o conceito de qualidade é visto, mais adequadamente, como uma estratégia que envolve mais do que a prevenção e o manejo enfocados na enfermidade" (Starfield, 2002, p.428).

Existem diversas abordagens que podem ser utilizadas para avaliar a qualidade da APS. Nesse sentido, Starfield (2002) cita quatro aspectos que devem ser observados: capacidade para organizar a APS, prestação de serviços, desempenho clínico e resultados da atenção à saúde.

A qualidade em saúde não depende só da definição e implementação dos requisitos para a qualidade. Requer a compreensão do seu significado, da incorporação de atividades de gestão e clínicas em harmonia com os objetivos e resultados que se pretende alcançar. Como os serviços de saúde são movidos por pessoas, a qualidade do serviço depende muito do envolvimento, mobilização e aceitação para trabalhar de forma cooperativa, visando às transformações desejadas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Dentre os vários caminhos para a apreensão do objeto em estudo, optou-se pela pesquisa qualiquantitativa, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2004).

Para atender aos objetivos desse estudo foi escolhida a pesquisa bibliográfica e documental – considerada adequada para visualizar o problema, retirando-o da generalidade ao especificá-lo. Estas técnicas complementadas a outras fontes de informações obtidas por bases de dados secundários de cunho oficiais possibilitam ampliar as possibilidades para revelar melhor o objeto em investigação.

Nessa direção, esta pesquisa utilizou a base de dados secundários do Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde. Os dados foram coletados, processados e analisados, com a finalidade de identificar os desafios mais frequentes para a qualificação dessa política e as iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde visando à qualificação da Atenção Básica, no período de 2011 a 2014.

Para tanto, traçamos o seguinte percurso metodológico, a saber:

Na **primeira etapa**, foi analisada a base de dados do Sistema do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica para identificar os cinco principais desafios para a qualificação da AB selecionados pelos gestores municipais na adesão ao Programa em 2011.

Na época, dentre os vinte cinco desafios apontados pelo Ministério da Saúde, os gestores puderam escolher os cinco principais, de acordo com a realidade do seu município. Concluída a adesão, obteve-se informações referentes a 3.934 municípios das 27 Unidades Federativas do país. A partir desses dados, calculou-se a frequência absoluta e a relativa para os vinte cinco desafios, permitindo identificar os cinco principais desafios da AB.

Na **segunda etapa** deste estudo foram analisados os documentos relacionados às iniciativas do Ministério da Saúde implantadas durante a gestão 2011 a 2014, com vistas à

qualificação da AB. Para efetuar esta etapa foram utilizados como fontes de dados documentos oficiais (portarias ministeriais) e técnicos (materiais institucionais) publicados pelo MS no período de 2011 a 2013. Assim, procedeu-se a análise dos documentos descritos a seguir:

- 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;
- 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);
- Manual Instrutivo do PMAQ versões 2013 e 2012;
- Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica versões 2013;
- Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ;
- Portaria nº 2206, de 14 de setembro de 2011 - Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma;
- Portaria nº 339, de 4 de março de 2013 - Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Portaria nº 340, de 4 de março de 2013 - Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Portaria nº 341, de 4 de março de 2013 - Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);

- Nota técnica - Alteração de regras do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que darão nova redação às portarias GM/MS 339 e 341/2013 (artigos 18 e 30) e GM/MS nº 340/2013 (artigos 17 e 32), publicadas no Diário Oficial da União do dia 05 de março de 2013.

Na busca dos documentos para análise realizou-se uma pesquisa utilizando os termos “qualidade da atenção básica”, “melhoria da qualidade da atenção básica” no site do DAB do MS e na internet a partir da ferramenta de busca do Google®.

A seleção dos documentos considerou aqueles que tinham mais informações sobre as iniciativas direcionadas à AB lançadas pelo MS, como forma de não tornar repetitiva as informações utilizadas. Os documentos selecionados foram reunidos, e posteriormente realizou-se leitura e fichamento das partes consideradas essenciais para atender ao objetivo deste estudo.

A **terceira etapa** objetivou mostrar os resultados alcançados na implantação das seguintes iniciativas do MS voltadas à qualificação da AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Foram utilizados dados sobre a adesão ao PMAQ em 2011 e 2013 originários do “Sistema do PMAQ” para obter informações sobre os municípios e as equipes que aderiam e comparar com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em relação aos municípios existentes no país e as do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sobre as equipes implantadas no Brasil em outubro de 2012 e maio de 2013.

Os dados do PMAQ foram extraídos do Banco de Dados Nacional da Avaliação Externa do 1º Ciclo do Programa, oriundos da coleta de dados realizada na sua terceira fase (Avaliação Externa) por avaliadores vinculados a 45 Universidades brasileiras. Na coleta dos dados foi utilizado o Instrumento de Coleta para Avaliação Externa que buscou avaliar a UBS em relação à infraestrutura, equipamento, materiais, insumos e medicamentos; verificar as ações desenvolvidas pelas equipes para organização do trabalho e de atenção à saúde para a população; além de buscar informações sobre a percepção e satisfação dos usuários em relação ao serviço.

Os dados do Requalifica UBS são provenientes de informações inseridas no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) pelos gestores da AB dos municípios atendidos pelo Programa até maio de 2014, como forma de comprovar as etapas de andamento das obras de reforma, ampliação e construção de UBS.

Foram utilizados, ainda, os dados do Censo das Unidades Básicas de Saúde (Censo das UBS), realizado simultaneamente à avaliação externa do PMAQ e uso parte do Instrumento de Coleta para Avaliação Externa para avaliar 38.812 unidades de saúde do país.

Esses bancos de dados somam mais de 1.500 variáveis. As 55 variáveis selecionadas para este estudo foram armazenadas em um banco de dados estruturado no programa Microsoft Office Excel 2010 para Windows®. A partir disso, foram criadas tabelas e gráficos para serem analisadas na seção dos Resultados e Discussão desta dissertação. O período de tempo destinado à busca, seleção e processamento dos dados teve duração de dois meses. A análise dos dados e informações foi realizada durante os meses maio, junho e julho de 2014.

Como este estudo utiliza dados secundários está dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética, no entanto os bancos de dados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que o objetivo deste estudo não é analisar exaustivamente todas as iniciativas que podem estar relacionadas com a qualificação da AB, pactuadas entre os três entes federados desde 2011, mas sim destacar questões que são apontadas como problemáticas para o sistema de saúde e algumas transformações que vêm ocorrendo no sentido de aprimorar os serviços de AB no país.

4 RESULTADOS

Os resultados e a discussão serão apresentados na forma de 4 artigos:

Artigo 1: submetido a revista "Saúde em Debate" do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 10/09/2014.

Quais os Desafios para a Qualificação da Atenção Básica na Visão dos Gestores Municipais?

Autores:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Maria Fátima de Sousa

Artigo 2: submetido a revista Ciência e Saúde Coletiva, em 10/09/2014.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma contribuição para o Monitoramento e Avaliação no Sistema Único de Saúde

Autores:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Maria Fátima de Sousa

Artigo 3: submetido a revista "Saúde em Debate" do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 10/08/2014.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: Uma Narrativa de sua Construção

Autoras:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Maria Fátima de Sousa

Artigo 4: submetido a revista "Saúde em Debate" do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 10/08/2014.

Unidades Básicas de Saúde no Brasil: características e análise estratégias para sua qualificação

Autores:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Maria Fátima de Sousa

Artigo 1: Quais os Desafios para a Qualificação da Atenção Básica na Visão dos Gestores Municipais?

What are the Challenges for Qualification of Primary Care in the View of Municipal Managers?

Autoras:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti¹

Aristides Vitorino de Oliveira Neto²

Maria Fátima de Sousa³

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81860359

E-mail: pauline.cavalcanti@gmail.com

² Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Assessor Técnico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81988196

E-mail: aristidesoliveira80@gmail.com

³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB).

Endereço: SCLN 406 bloco A, sala 220 – Asa Norte

Telefone: 61-3340-6863

E-mail: fatimasousa@unb.br

Resumo

Nos últimos anos a Atenção Básica proporcionou muitos avanços na saúde da população, mas, muitos desafios ainda persistem. Este trabalho busca analisar os principais desafios da Atenção Básica na visão dos gestores municipais de saúde, identificando e analisando os cinco mais frequentes a nível Nacional, nas Regiões do país e por Estrato de municípios, além de fazer uma comparação para estes agregados. Realizou-se uma abordagem quantitativa com análise de dados secundários da Atenção Básica, oriundos do Ministério da Saúde. Observou-se que muitos desafios são recorrentes e outros evidenciados em alguma Região ou Estrato, sugerindo sua dimensão no contexto local.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Saúde da Família; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

Abstract

Nowadays the Primary Care has provided many advances in community health, however, many challenges remain still. This paper seeks to analyze the main challenges of Primary Care through the perspective of the local health managers, identifying and analyzing the five most common challenges found nationally, in different regions of the country and by stratum of municipalities, as well as making a parallel between these aggregates. We did a quantitative approach to the data analysis of Primary Health, of the Ministry of Health. It was noted that many challenges are recurrent but some are shown in an specific region or shown Stratum, suggesting its size in the local context.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

Introdução

Nos últimos anos, a Atenção Básica (AB) tem recebido muito destaque no SUS, especialmente, a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o do Programa de Saúde da Família (PSF). Atualmente, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o principal investimento do Ministério da Saúde (MS) para promover a (re)organização das ações de AB visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013; PAIM et al., 2001; TANAKA; RIBEIRO, 2009; ROCHA et al., 2008; SOUSA, 2007).

A AB cumpre o papel estratégico no SUS, de garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, e a efetivação da integralidade (PAIM et al., 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2011b; TANAKA, RIBEIRO, 2009). A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a AB abrange um conjunto de ações relacionadas com aspectos coletivos e individuais de uma população, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde dos indivíduos.

A AB deve levar ações de atenção à saúde o mais próximo possível da vida das pessoas, buscando resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância na população (BRASIL, 2011a). Deve, ainda, ser a porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009), para novas necessidades e problemas (STARFIELD, 2004).

Desde a criação do SUS e, posteriormente, do PSF, houve considerável expansão da cobertura dos serviços de AB, aumentando o acesso a ações de saúde para uma grande parte da população brasileira e, em consequência, houve melhoria significativa em muitos resultados em saúde do país (PAIM et al., 2011).

No entanto, assim como o SUS, pode se dizer que a AB enfrenta desafios “antigos”, “contemporâneos” (SOUSA, 2007) e “futuros” (PAIM, et al., 2011) que remetem a problemas importantes e complexos que devem ser resolvidos progressivamente para permitir maiores avanços em direção a sua qualificação.

O objetivo deste estudo é analisar os principais desafios da AB na perspectiva dos gestores municipais de saúde. Neste contexto, busca identificar os cinco principais desafios apontados pelos gestores da AB na etapa de adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ); analisar os cinco desafios mais frequentes Nacionalmente, e ainda, por Região do país e por Estrato; e comparar os desafios mais frequentes considerando os agregados mencionados.

Os Desafios da Atenção Básica à Saúde

Considerando que a ESF está efetivamente incorporada à AB, e que essa estratégia tem função de reordenar o SUS e organizar os serviços de saúde nos municípios (PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; CAETANO; DAIN, 2002), entende-se que os desafios colocados para esta impactam diretamente na outra. Simultaneamente, as iniciativas que objetivam o enfrentamento dos desafios da ESF convergem diretamente para a melhoria da AB e do sistema de saúde.

Diversos estudos (ROCHA et al., 2012; PAIM et al., 2011; CAETANO; DAIN, 2002) apontam os avanços da AB, principalmente a partir dos resultados alcançados pelo PSF, e mais atualmente, pela ESF. Entretanto, a saúde ainda sofre com questões que dificultam a superação dos seus desafios. De acordo com Paim et al. (2011), os desafios enfrentados pelos SUS são, na verdade, políticos. Assim, só serão resolvidos a partir dos esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade na intenção de garantir ao sistema sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

Um bom exemplo para refletir sobre os problemas políticos do sistema de saúde é a questão do financiamento da AB que, de acordo com Sousa (2008), impõe novos desafios, principalmente no que diz respeito à prática “cooperativa” e “complementar” construída entre os gestores do SUS, ressaltando que as esferas de governo (federal, estadual e municipal) devem “estabelecer pactos de corresponsabilidade no financiamento das ações e dos serviços de saúde, provendo o direito à saúde de forma responsável e solidária (SOUSA, 2008, p.156)”.

Neste sentido, Paim et al. (2011) explica que, para o SUS superar os desafios atuais, é necessária maior mobilização política atuando no sentido de reestruturar o financiamento das

ações de saúde e redefinir os papéis dos setores público e privado. Segundo o autor, os desafios futuros do SUS estão relacionados aos citados anteriormente, e a outros voltados à adequação do Modelo de Atenção para atender às necessidades da população e do país, e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.

Outro problema relevante para a AB refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para atuar na Saúde da Família, considerando que há uma escassez e insuficiência de profissionais, despreparo e precária qualificação destes (CAETANO; DAIN, 2002) para atender às exigências deste Modelo de Atenção, que envolve uma diversificada e complexa realidade sanitária (CAETANO; DAIN, 2002; CAMELO; ANGERAMI, 2009). Este Modelo requer dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas para trabalhar junto às comunidades, além de criatividade e adequado suporte técnico-científico (CAMELO; ANGERAMI, 2009).

Vale ressaltar que a questão da escassez e ausência de profissionais na Atenção Básica vêm sendo enfrentada pelo Brasil por meio do Programa Mais Médicos. Com isso, o Governo Federal buscar garantir médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Além disso, o Programa prevê, ainda, expandir a oferta de vagas de medicina e de residência médica e aprimorar a formação médica no Brasil (BRASIL, 2013).

Para Rocha et al. (2008), as soluções devem ser buscadas para melhoria do atendimento em serviços de AB e focar desde aspectos relacionados ao atendimento clínico-assistencial até o reconhecimento e incentivo à experiências exitosas que levam a reorganização da AB. A busca pela qualidade não envolve apenas mudanças nas práticas dos profissionais das equipes, exigem também a qualificação da gestão, especialmente no nível local, sobretudo no que diz respeito às suas práticas e posturas (SAVASSI, 2012).

Savassi (2012) aponta alguns aspectos que devem ser foco da atuação dos gestores visando à melhoria da qualidade na AB, como: a ambiência das unidades de saúde; o uso e disponibilidade de tecnologias adequadas ao trabalho; passar uma imagem de confiabilidade e competência técnica dos profissionais das equipes; ter agilidade no atendimento; a definição das funções e obrigações dos setores e funcionários; e a priorização da satisfação do usuário.

Em síntese, podemos dizer que os desafios da AB são um problema cotidiano para gestores, profissionais das equipes de AB e, mais ainda, para os usuários. Embora exista uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões elevados de qualidade nos serviços de saúde (PAIM et al., 2011).

Algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas visando reconhecer e superar os problemas da AB, principalmente após a criação do PSF (ROCHA et al., 2012; PAIM et al., 2011). Os atuais desafios da AB imprimem a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as iniciativas com vistas à superação dos seus problemas e com o compromisso direcionado à melhoria da qualidade na AB (PAIM et al., 2011; CAETANO; DAIN, 2002).

Logo no início de 2011, após várias reuniões, o Governo Federal destacou a AB como prioridade para a saúde e determinou a criação de um conjunto de programas para tal. A partir disso, surgiram os desafios para o desenvolvimento da AB que deveriam ser foco de atuação por meio de ações e programas da nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

De acordo com Pinto (2011) apud Pinto, Sousa e Ferla (2014, p.4), os desafios para a AB no Brasil são:

“1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica; 2 - Infraestrutura das UBS inadequada; 3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde; 4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis; 5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; 6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; 7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; 8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; 9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na atenção básica; 10 - Importância de ampliar a legitimidade da

atenção básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade.”

A partir da compreensão que esses são os desafios a serem enfrentados na AB, buscou-se promover discussões e construir consenso acerca desse entendimento nas esferas de pactuação tripartite do SUS. Nesse contexto, em abril do mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 439 sobre a AB que serviu para revisão da PNAB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Na Resolução, o CNS ressalta que as ações de AB são responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e aponta a necessidade de: 1- “aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica”; 2- garantir ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica se efetive como a “principal porta de entrada do SUS”; 3- “fortalecer o controle social, a participação da comunidade em cada serviço”, e realizar “coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário”; 4- “garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país”; 5- que o MS e as Secretarias Estaduais e Municipais “aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades”, (...) e de “avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica” (BRASIL, 2011b).

A nova PNAB engloba diversas iniciativas que dialogam com os desafios apontados pelo Governo Federal e com as propostas do CNS. Neste contexto, destacam-se o Programa de Requalificação das UBS; a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica e a estratégia e-SUS AB; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ); a reestruturação do Programa Saúde na Escola; a criação do Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política de Educação Permanente do SUS; o Plano Nacional de Educação Médica; o Programa de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos, além de medidas para adequação do Financiamento da AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo de análise de dados secundários, referentes à Atenção Básica em Saúde. Para tanto, analisou-se a base de dados do Sistema do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) oriundos do Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica (DAB), visando identificar os principais desafios para a qualificação da AB no Brasil.

Para este estudo, utilizou-se informação de 3.934 gestores municipais das 27 Unidades Federativas do país que selecionaram, dentre os vinte cinco desafios apontados pelo MS (Quadro 1), os cinco principais desafios para a qualificação da AB no seu município no momento de adesão ao PMAQ em 2011.

Quadro 1 – Desafios para a qualificação da AB municipal - 2011

Desafios	Descrição
1	Aperfeiçoar a capacidade de gestão de pessoas da coordenação da ABS
2	Aperfeiçoar a capacidade de gestão financeira da coordenação da ABS
3	Aperfeiçoar a capacidade de gestão de equipamentos e insumos da coordenação da ABS
4	Aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação da ABS com base em indicadores
5	Auxiliar as equipes na análise e manejo de informações em saúde, inclusive indicadores, de modo que tenham valor de uso e sirvam para a tomada de decisão no âmbito local
6	Qualificar a equipe de gestão municipal para realização de apoio institucional
7	Compor grupo de apoiadores das equipes de saúde
8	Estimular a gestão colegiada nas unidades
9	Estimular a constituição de espaços regulares de reunião das equipes, para discussão do processo de trabalho e construção/acompanhando de projetos terapêuticos singulares
10	Realizar reformas das unidades próprias existentes
11	Realizar construção de unidades em substituição de unidade alugadas
12	Realizar construção de unidades para ampliação do número de equipes
13	Realizar processos de compra dos equipamentos necessários ao funcionamento da equipe
14	Realizar processos de compra regulares para garantir o abastecimento de insumos
15	Garantir a informatização das unidades básicas de saúde, de modo assegurar o acesso a internet nas unidades

(Continua)

(Conclusão)

Quadro 1 – Desafios para a qualificação da AB municipal - 2011.

Desafios	Descrição
16	Promover, instituir, estimular e coordenar espaços que fomentem o Apoio Institucional para dentro da Gestão e junto às eAB, com o objetivo de superar modelos tradicionais de supervisão
17	Desenvolver e estimular o Planejamento de forma educativa, integrativa e ascendente, tanto para a organização dos processos internos da Gestão, quanto para qualificar a produção do cuidado junto às eAB e outros dispositivos (Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF–, Centros de Apoio Psicossocial, Academias da Saúde, etc.)
18	Promover a Integração da AB na lógica da longitudinalidade e coordenação do cuidado, criando interfaces com os demais serviços e redes de atenção
19	Realizar ações intersetoriais numa perspectiva de construção da Integralidade do cuidado
20	Fomentar e ofertar ações e espaços de educação permanente em diálogo com as necessidades e desafios do cotidiano das equipes
21	Priorizar a participação popular em todos os estágios da política de atenção à saúde: definição dos princípios, diretrizes e prioridades, planejamento e pactuação, acompanhamento e avaliação das ações
22	Facilitar o contato e diálogo entre eAB e profissionais/serviços de outros pontos de atenção
23	Implantar apoio matricial para as eAB, via NASF e por profissionais de outros pontos de atenção da rede de cuidados
24	Concretizar a função da ABS como ordenadora da Rede, colaborando para que o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde parta do diagnóstico de necessidades dos serviços
25	Articular a construção de linhas de cuidado na Secretaria Municipal de Saúde e/ou região de saúde, de forma compartilhada com os diversos pontos de atenção do município, partindo da AB como centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, definindo o fluxo dos usuários dentro do sistema local de saúde

Fonte: adaptado do instrumento de adesão ao PMAQ.

Para as análises do banco de dados da adesão ao PMAQ, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2010 para Windows®, no qual as variáveis selecionadas para este estudo foram armazenadas em um banco de dados estruturado. Em seguida, foram calculadas a frequência absoluta e a relativa para os vinte cinco desafios e criadas tabelas, permitindo identificar os cinco mais frequentes considerando os agregados Brasil, Regiões do país e Estratos dos municípios.

Os Estratos dos Municípios surgiu a partir do entendimento de que a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros podem produzir diferenças entre municípios e nos seus sistemas locais de saúde e às EAB. Assim, o MS estabeleceu critérios para a comparação dos resultados alcançados pelas equipes de atenção básica no PMAQ com objetivo de garantir maior equidade no processo (BRASIL, 2012b).

Para tanto, criou um índice municipal, que varia de zero a dez, com base em cinco indicadores (Produto Interno Bruto per Capita, Percentual da população com plano de saúde, Percentual da população com Bolsa Família, Percentual da população em extrema pobreza, e Densidade demográfica), que juntamente com o porte populacional serviu para distribuir os municípios em seis estratos (BRASIL, 2012b), descritos a seguir:

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

Como este estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, está dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética. Os dados foram solicitados formalmente ao DAB/MS.

Resultados e Discussão

Nesta seção mostraremos os principais desafios para a qualificação da AB na perspectiva dos gestores municipais considerando o nível Nacional, as Regiões do país e os Estratos dos municípios.

Ao final da adesão em 2011, os gestores de 3.934 municípios do país selecionaram os principais desafios para a qualificação da AB municipal. A tabela a seguir apresenta a classificação dos desafios de acordo com a frequência absoluta e a relativa calculada para cada um deles.

Tabela 1 – Classificação dos desafios para a qualificação da AB nos municípios a nível Nacional

Desafios	Frequência absoluta (N°)	Frequência relativa (%)	Classificação do desafio (C)
<i>4</i>	1.760	9,8	1°
<i>5</i>	1.602	8,9	2°
<i>1</i>	1.266	7,1	3°
<i>15</i>	1.113	6,2	4°
<i>10</i>	1.061	5,9	5°
<i>25</i>	967	5,4	6°
<i>17</i>	949	5,3	7°
<i>13</i>	867	4,8	8°
<i>24</i>	799	4,5	9°
<i>9</i>	732	4,1	10°
<i>2</i>	612	3,4	11°
<i>14</i>	597	3,3	12°
<i>21</i>	552	3,1	13°
<i>22</i>	552	3,1	14°
<i>20</i>	546	3,0	15°
<i>19</i>	530	3,0	16°
<i>11</i>	493	2,7	17°
<i>3</i>	490	2,7	18°
<i>6</i>	474	2,6	19°
<i>18</i>	474	2,6	20°
<i>12</i>	413	2,3	21°
<i>16</i>	350	2,0	22°
<i>23</i>	299	1,7	23°
<i>7</i>	276	1,5	24°
<i>8</i>	193	1,1	25°
Total	17.967	100,0	-

Conforme a tabela 1, os cinco desafios para a qualificação da AB nos municípios considerando o agregado Nacional são: *desafio 4, desafio 5, desafio 1, desafio 15 e desafio 10* (ver descrição dos desafios no Quadro 1).

A tabela 2 apresenta os principais desafios para a qualificação da AB nos municípios considerando como agregado cada Região do país.

Tabela 2 – Classificação dos desafios para a qualificação da AB nos municípios por Região do país

Desafios	Centro-oeste			Nordeste			Norte			Sudeste			Sul		
	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C
1	99	5,6	6º	389	6,7	3º	102	8,0	3º	373	6,9	3º	304	7,6	3º
4	146	8,2	1º	585	10,1	1º	135	10,6	1º	533	9,8	1º	365	9,1	2º
5	126	7,1	2º	511	8,8	2º	117	9,2	2º	483	8,9	2º	370	9,2	1º
10	108	6,1	4º	359	6,2	4º	91	7,1	5º	294	5,4	6º	219	5,5	6º
13	76	4,3	10º	348	6,0	5º	74	5,8	6º	205	3,8	10º	177	4,4	10º
15	109	6,1	3º	322	5,5	6º	94	7,4	4º	363	6,7	4º	240	6,0	4º
17	104	5,9	5º	290	5,0	8º	60	4,7	8º	273	5,0	7º	239	6,0	5º
25	89	5,0	8º	313	5,4	7º	45	3,5	12º	333	6,1	5º	212	5,3	7º

Conforme a tabela 2, os cinco desafios mais presentes em cada Região do país são:

- Centro-oeste: *desafios 4, 5, 15, 10 e 17;*
- Nordeste: *desafios 4, 5, 1, 10 e 13;*
- Norte: *desafios 4, 5, 1, 15 e 10;*
- Sudeste: *desafios 4, 5, 1, 15 e 25;*
- Sul: *desafios 4, 5, 1, 15 e 17*

Observou-se que os desafios 4 e 5 destacam-se em todas as Regiões do país. Os desafios 10 e 15 também foram encontrados em pelo menos três Regiões brasileiras.

A seguir, a tabela 3 mostra os principais desafios para a qualificação da AB por Estrato dos municípios.

Tabela 3 – Classificação dos desafios para a qualificação da AB nos municípios por Estrato

Desafios	Estrato 1			Estrato 2			Estrato 3			Estrato 4			Estrato 5			Estrato 6		
	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C	Nº	%	C
1	478	8	3º	241	7	3º	165	6,6	3º	251	7	4º	85	6	5º	46	7,6	3º
4	604	10	1º	348	10	1º	254	10	1º	357	10	1º	132	9,4	2º	65	11	1º
5	533	9	2º	316	9,2	2º	208	8,4	2º	344	9	2º	144	10	1º	57	9,4	2º
10	396	6	4º	192	5,6	5º	161	6,5	5º	212	6	7º	72	5,1	6º	28	4,6	10º
13	359	6	5º	176	5,1	7º	114	4,6	9º	167	4	10º	41	2,9	16º	10	1,7	24º
15	352	6	6º	215	6,2	4º	164	6,6	4º	266	7	3º	86	6,1	4º	30	5	7º
17	326	5	7º	176	5,1	8º	125	5	7º	216	6	6º	67	4,8	8º	39	6,4	5º
25	290	5	8º	184	5,3	6º	144	5,8	6º	219	6	5º	89	6,3	3º	41	6,8	4º

Considerando cada um dos Estratos dos municípios, os cinco desafios mais frequentes foram:

- Estrato 1: *desafios 4, 5, 1, 10 e 13*
- Estrato 2: *desafios 4, 5, 1, 15 e 10*
- Estrato 3: *desafios 4, 5, 1, 15 e 10*
- Estrato 4: *desafios 4, 5, 15, 1 e 25*
- Estrato 5: *desafios 4, 5, 25, 15 e 1*
- Estrato 6: *desafios 4, 5, 1, 25 e 17*

No caso dos Estratos também verificamos que os desafios *4, 5 e 1* são recorrentes em todos. Constatou-se, ainda, que os desafios *10 e 15* continuam presentes em pelo menos três dos Estratos.

Comparando os desafios verificados a nível Nacional, Regional e dos Estratos, verificamos que os desafios *4 e 5* estiveram presentes em todos os agregados considerados e sempre atingiram as frequências mais altas. Logo, podemos dizer que os gestores consideram os processos de monitoramento e avaliação (M&A) da ABS importantes para a qualificação da AB e destacam a necessidade de apoiar as equipes na análise e uso das informações em saúde, conferindo-se como instrumentos para auxiliar na tomada de decisão no âmbito local.

Assim, a incorporação de atividades de M&A na AB faz todo sentido, já que podem auxiliar na definição dos problemas, reorientar as ações, fornecer elementos que permitam reconhecer as transformações ocorridas e mensurar o impacto das intervenções (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014).

Diversos autores (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014; CARVALHO, 2009; FELISBERTO, 2004) apontam a necessidade do M&A estar articulado às ações de gestão, como subsídio à formulação de políticas e ao processo decisório, devendo ser desenvolvidos de forma permanente e sistemática. Explicam, ainda, que a preocupação com essa questão vem crescendo nos últimos anos, porém, ainda encontram-se defasadas nos serviços, conforme observado neste estudo.

Fialho (2004) observou que uma das alternativas para ampliação da capacidade de análise e utilização da informação em saúde é estimular o seu uso pelas equipes a partir da atuação em serviço, demonstrando, com isso, possíveis abordagens e, para tanto, aponta a necessidade de sensibilizar as equipes e estabelecer compromissos para o uso, retorno e discussão da informação, além de adequações contínuas dos instrumentos utilizados. O autor afirma que o manejo das informações dentro dos próprios serviços de saúde pode apoiar na orientação/reorientação das práticas do cotidiano.

Os desafios *1, 10 e 15* também foram evidenciados nos três níveis de agregados, mesmo estando ausentes, um ou outro, em algumas Regiões e Estratos. Esses desafios reverberam em um problema pujante para os gestores, o financiamento, já que envolvem a informatização das UBS, assegurando o acesso à internet, aperfeiçoamento da capacidade de gestão de pessoas da coordenação da ABS, e reformas das UBS próprias dos municípios.

Nas Regiões do país e Estratos alguns novos desafios tonaram-se eminentes, podendo apontar problemas mais específicos quando vamos nos aproximando do nível mais descentralizado. Os desafios *13, 17, e 25* apontam para questões estruturantes para o sistema de saúde local, tais como a disponibilidade de equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde pelas equipes, o Planejamento como ferramenta para a gestão e para a produção do cuidado junto às equipes e outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, e a necessidade de construção de Linhas de Cuidado no município e/ou Região de Saúde.

Os desafios encontrados por Rocha et al. (2012) tem conexão com os verificados neste estudo. Segundo os autores, a pesquisa observou a necessidade de fortalecimento da capacidade formuladora do nível local, de alocação dos recursos na AB, de desprecarização do trabalho, de fortalecimento da participação social, de qualificação do M&A para subsidiar a tomada de decisão, e de efetivação de Rede de Atenção à Saúde. Mesmo nos municípios considerados em estágios mais avançados de implantação e consolidação do PSF permanece o desafio do sistema de saúde local constituir-se em uma rede integrada de serviços.

Apona como sugestões para a expansão e consolidação do PSF a coerência entre o financiamento e recursos aplicados na Atenção Básica, investimentos na adequação da estrutura dos serviços, escopo de ações de saúde diversificado em função das reais necessidades das pessoas, estímulo à promoção da saúde e perfis de equipe compatíveis com conceitos ampliados de saúde (ROCHA et al., 2008).

Em relação à informatização, Facchini et al. (2014) verificou, em 2005, que neste aspecto as UBS do país estavam bastante precárias: em apenas 34% das UBS dos municípios existiam computador. No que se refere à conexão com internet, a situação era ainda pior. A partir de dados preliminares da avaliação externa do PMAQ em 2001, observou-se um avanço no acesso ao computador, mas o acesso à internet permaneceu baixo.

Conforme observado por Santos et al. na pesquisa realizada em Belo Horizonte no estado de Minas Gerais, a incorporação de tecnologias de informação e a informação no município impactaram positivamente na área assistencial. Esse processo caracterizou-se pela implantação de uma estrutura de gerenciamento da informação que ocorreu em um ambiente favorável à formulação de importantes políticas do sistema de saúde. Destaca-se, então, a priorização da gestão na implantação de iniciativas neste sentido.

Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) comentam sobre alguns desafios que persistem na AB e destacam a diversidade das realidades dos territórios e as assimetrias regionais frente às normas nacionais. Afirmam que as realidades encontradas denotam a necessidade de modelos assistenciais mais flexíveis, em razão dos obstáculos que dificultam a garantia de ações e serviços de AB, e a conformação de redes e referência para a atenção especializada.

Considerações Finais

A partir desse estudo, podemos observar que “problemas velhos” se tornaram “novos desafios” (CAETANO; DAIN, 2002) para a AB. Diante dos resultados encontrados podemos dizer que os desafios apontados pelos gestores municipais em 2011 tem conexão com aqueles observados em outros estudos mencionados neste artigo.

Vimos que todos os gestores municipais consideram importante aperfeiçoar as atividades de monitoramento e avaliação da AB, e apontam a necessidade de auxiliar as equipes na análise e manejo de informações para subsidiar a tomada de decisão no âmbito local. Outra grande parte dos gestores também evidenciou a necessidade de aprimorar os processos de gestão de pessoas no município, adequar a estrutura física das UBS, garantir a informatização das unidades com acesso a internet, desenvolver e estimular o Planejamento em Saúde e efetivar a RAS com ênfase na AB.

Observamos que alguns desafios foram evidenciados quando desagregamos do nível Nacional para analisar por Região do país ou Estratos. Portanto, consideramos que as iniciativas já existentes que visam enfrentar os desafios e qualificar a AB devem ser fortalecidas e outras devem ser desenvolvidas ou estimuladas com base nas realidades locais.

Por fim, consideramos que este estudo possibilitou reconhecer os desafios da AB sob a ótica dos gestores municipais, possibilitando fazer análises e comparações para o Brasil, Regiões e Estratos, podendo servir como instrumento para os gestores das três esferas de governo (municipal, estadual, federal) debaterem e refletirem soluções para o seu enfrentamento.

Referências

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: SOUZA, M.F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A.V.M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes editora, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2012.

Disponível em

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> .

Acesso em 01 de março de 2014. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a.

BRASIL. Resolução no 439, de 7 de abril de 2011 do Conselho Nacional de Saúde

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html>. Acesso em 01 de maio de 2014. Brasília, 2011b.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Revista Ciência, cuidado e saúde*, v.7, n.1, jan./mar. 2008, p. 45-52.

CAETANO, S.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis* [online], vol.12, n.1. 2002, p. 11-21. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100002>.

Acesso em: 7 mar. 2014.

CARVALHO, A.L.B. de. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus- Actas de Saúde Coletiva*, vol.3, n.3, jul./set 2009, p.16-30.

FACCHINI, L.A. et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M.F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A.V.M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes editora, 2014.

FAUSTO, M.C.R; MENDONÇA; M.H.M, GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M.C.R, FONSECA, H.M.S. (Org.). *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes editora, 2013.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online], vol.4, n.3, Jul./Set 2004, p. 317-321. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A; VIEIRA-DA-SILVA, L.M (Org.). *Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA, 2005.

PINTO, H.A; SOUSA; A.N.A de, FERLA; A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. No prelo 2014.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.24, suppl.1. 2008, p. 69-78. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, vol.7, n.23, Abr./Jun. 2012, p. 69-74.

SOUZA, M.F de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.* [online], vol.61, n.2., Mar./Abr. 2008, p.153-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

STARFIELD, B.. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SOUSA, M.F de. Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

TANAKA, O.U; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.2. 2009, p.477-486.

Artigo 2: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma contribuição para o Monitoramento e Avaliação no Sistema Único de Saúde

Program for Improving Access and Quality in Primary Care: a Contribution to the Monitoring and Evaluation in the Public Health System

Autoras:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti¹

Aristides Vitorino de Oliveira Neto²

Maria Fátima de Sousa³

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81860359

E-mail: pauline.cavalcanti@gmail.com

² Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Assessor Técnico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81988196

³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB).

Endereço: SCLN 406 bloco A, sala 220 – Asa Norte

Telefone: 61-3340-6863

E-mail: fatimasousa@unb.br

E-mail: aristidesoliveira80@gmail.com

Resumo

O presente artigo aborda o Monitoramento e Avaliação no Sistema Único de Saúde, na perspectiva de qualificar os serviços de saúde da Atenção Básica. Objetiva caracterizar a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, a partir da identificação dos resultados da implantação das suas fases e estratégias, buscando contribuir para fortalecimento das práticas de Monitoramento e Avaliação na AB no Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, que utilizou a análise bibliográfica e documental e a análise de bases de dados secundários do Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde. Vimos que o Programa induziu e fortaleceu diversas ações para a melhoria das práticas da gestão e de atenção à saúde, provocou mudança na forma de repasse de recurso, além de trazer à tona a importância da participação e satisfação do usuário para o SUS. O Programa revela complexidades da cultura institucional acerca de ações avaliativas, exigindo, dos gestores e profissionais responsáveis por sua implantação, serenidade com o tempo, saberes e práticas âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Palavras chave: Atenção Básica à Saúde; Monitoramento; Avaliação em Saúde.

Abstract

The article discusses the Monitoring and Evaluation of the Health System in the perspective of qualifying health services from Primary Care. It tries to characterize the deployment of Program for Improving Access and Quality in Primary Care, through the identification of results of the implementation of these steps and strategies, seeking to contribute to the strengthening of the Monitoring and Evaluation practices in Brazilian Primary Care. This is both a qualitative and a quantitative research that is based in the bibliographic and documentary analysis and the analysis of secondary databases of Ministry of Health, under the National Policy of Primary Health Care. We were able to certified that the Program induced and strengthened several actions to improve management practices and health care and also changed in the form of pass-through feature, besides bringing to the fore the importance of the user participation and satisfaction evaluation for the National Health System. The program reveals the complexities of culture about institutional evaluative actions, demanding, managers and professionals responsible for their deployment, serenity with time, knowledge and practices within Primary Health Care.

Keywords: Primary Care; Monitoring; Health Evaluation.

Introdução

Nos últimos anos, a Atenção Básica (AB) no Brasil vem ganhando destaque, especialmente a partir da década de 90^{1,2,3}. Desde a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), houve considerável expansão dos serviços de AB. Todavia, novos e velhos desafios permanecem no cotidiano dos gestores, profissionais das equipes, e usuários da AB^{1,4}.

Neste sentido, diversas iniciativas voltadas à avaliação vêm sendo desenvolvidas progressivamente, motivadas pela necessidade de aferir a qualidade e a efetividade das intervenções em saúde⁵ e com vistas a aperfeiçoar as práticas de gestão e atenção à saúde^{1,6,7,8}. Para o SUS, a importância em aperfeiçoar os seus serviços pode ser uma alternativa para conquistar parcelas da população e/ou assegurar a sua sustentabilidade como política^{9,10}.

Em 2011, a partir do reconhecimento da necessidade de qualificar os serviços da AB, gestores das três esferas de gestão do SUS debateram os desafios para o desenvolvimento da AB que deveriam ser foco de ações e programas, e assumiram o compromisso de formular soluções visando à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB¹¹.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB (PMAQ) com objetivo induzir melhoria do atendimento e do cuidado prestado à população nos serviços de AB. O Programa baseia-se no acompanhamento e avaliação de ações desenvolvidas pelas equipes de AB, com garantia de um padrão de qualidade que sirva para comparação nacional, regional e local^{12,13,14}.

O PMAQ busca fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS, promovendo maior conformidade dos serviços com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e apostando fortemente na institucionalização de uma cultura de avaliação da AB no

SUS, com base no acompanhamento de processos e resultados, além de estimular o foco da AB no usuário^{13,14}.

O Programa está organizado em quatro fases complementares que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade. A primeira fase é momento da adesão dos municípios e equipes ao PMAQ, por meio da contratualização de compromissos e indicadores, a partir da construção de pactos e compromissos para qualificação dos serviços^{12,13,14}.

A segunda fase é uma etapa central no Programa, na qual são desenvolvidas ações para melhoria do acesso e da qualidade com ênfase nas estratégias de Autoavaliação, Monitoramento de Indicadores, Educação Permanente e Apoio Institucional^{12,13,14}.

A terceira fase objetiva verificar as condições de acesso e de qualidade dos serviços de AB nos municípios. É o momento de reconhecer os esforços e resultados das equipes e gestores envolvidos no processo. Ao final, as equipes são certificadas, e os municípios passam a receber recursos de acordo com o desempenho alcançado^{12,13,14}.

A quarta fase, é uma etapa importante de repactuação de compromissos e de novos padrões e indicadores de qualidade, considerando os resultados obtidos pelos participantes do Programa e para dar sequência aos avanços alcançados^{12,13,14}.

Em 2011, o MS e o CNS apontaram a necessidade de aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação (M&A) da AB, como uma das principais questões a ser estimulada visando à qualificação dos seus serviços, o que mostra compreensão acerca da potência desses processos para alcançar melhores resultados.

Nesse contexto, este estudo objetiva analisar a implantação das estratégias M&A no PMAQ, com vistas à qualificação da AB. Para tanto, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1- Descrever e analisar os dados da Adesão, Autoavaliação, Monitoramento dos Indicadores, Avaliação Externa e Certificação das equipes e, 2- Apontar questões que possam contribuir no fortalecimento das ações de M&A na AB no Brasil.

Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica

Em função do estágio que chegamos de consolidação do SUS, os processos de M&A tornam-se fundamentais para orientar a gestão e o planejamento de programas e políticas de saúde⁵, uma vez que possuem objetivos intrinsecamente vinculados ao desafio de consolidação do SUS⁹. No caso da AB, essas iniciativas intensificaram-se, sobretudo, a partir dos anos 90 com a ESF⁵.

Ainda que a AB não tenha sido sistematicamente e uniformemente monitorada durante todo período de sua expansão, este processo foi acompanhando por diversas iniciativas de avaliação. Desde os anos 2000, o MS vem realizando esforços para avaliar a Saúde da Família por meio de pesquisas desenvolvidas em parceria com instituições acadêmicas¹⁵.

A partir de 2003, os esforços para institucionalização da avaliação da AB se intensificaram, com destaque para o financiamento de pesquisas avaliativas a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família; o desenvolvimento de uma metodologia de autoavaliação, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ); e o monitoramento de indicadores do Pacto de Indicadores da AB¹⁵.

As ações de M&A na saúde devem estar articuladas às de planejamento e de gestão, como subsídio à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos atores envolvidos¹⁶. Nesse sentido, a institucionalização do M&A na AB é uma demanda real, em razão da ausência de informações qualificadas que auxiliem na tomada de decisão¹⁷.

Desta forma, ressalta-se as características que devem orientar o M&A: deve estar articulado aos processos decisórios; os processos avaliativos devem ser permanentes e sistemáticos, nas diferentes esferas de gestão; e ser incorporado na rotina dos serviços de saúde e da gestão⁵.

O M&A é essencial para a reorganização dos sistemas e serviços de saúde, e deve estar articulados às ações implementadas. O monitoramento, por sua vez, pode auxiliar na definição dos problemas, reorientar as ações, fornecer elementos que permitam reconhecer as transformações ocorridas e mensurar o impacto das intervenções, além de possibilitar a avaliação da situação de saúde da população e do trabalho das equipes^{5,16}.

Portanto, é uma ferramenta essencial para o acompanhamento de informações prioritárias de um programa, uma vez que este não produzirá os efeitos esperados se os gestores estiverem desapropriados dos "sinais vitais dos processos que conduzem, como também da(s) situação(ões) na(s) qual(is) intervém"⁹.

Contandriopoulos et al.^{18,19} afirmam que a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, objetivando auxiliar na tomada de decisões. A avaliação busca auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção; e contribuir para o progresso dos conhecimentos.

A avaliação é uma ferramenta útil aos atores na busca pela melhoria de suas práticas. No entanto, ainda há resistência aos processos avaliativos, pois persiste uma característica burocrática ou punitiva no que se refere à avaliação²⁰

A introdução de atividades avaliativas estimula a participação e a compreensão da avaliação nos serviços, promovendo a responsabilização dos indivíduos em aprimorar os serviços, de forma não culpabilizante. Os processos avaliativos que visam à melhoria da qualidade devem ser, preferencialmente, voluntários, contínuos e sistemáticos, realizados pelos profissionais no seu dia-dia e nos locais de trabalho, de modo a instituir uma cultura de avaliação que se baseia em fatos, e não em opiniões²¹.

Segundo Contandriopoulos¹⁸, o processo de tomada de decisões pelos gestores no Brasil ocorre de forma não estruturada, refletindo na ineficiência dos sistemas de saúde. É preciso desenvolver uma cultura avaliativa com foco na qualificação da capacidade técnica e articulação com o planejamento e gestão⁵.

Atualmente, com o PMAQ, inicia-se um “novo ciclo no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no país”, que incorpora elementos de abordagens anteriores e se diferencia por seu “caráter universal” e “rotineiro”. O Programa busca “mensurar o desempenho das equipes de atenção básica e os efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar as transferências financeiras e a tomada de decisão para melhoria do acesso e da qualidade” dos serviços¹⁵.

Por fim, entende-se que a institucionalização do M&A na AB busca contribuir para a produção e aprimoramento do conhecimento, subsidiar a tomada de decisão e a prestação de contas à sociedade²⁰, incrementando os avanços do SUS.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa que utilizou a análise bibliográfica e documental e a análise de bases de dados secundários oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) na Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados, processados e analisados, com a finalidade de descrever e analisar a implantação do PMAQ a partir das suas fases e estratégias delineadas.

Na **primeira etapa** deste estudo foram analisados os documentos relacionados ao PMAQ. Para isso, utilizou-se como fontes de dados os documentos oficiais e técnicos publicados pelo MS no período de 2011 a 2013, descritos a seguir:

- 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;
- 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);
- Manual Instrutivo do PMAQ versões 2013 e 2012;
- Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica versões 2013;

- Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ;

Os documentos foram buscados utilizando os termos “qualidade da atenção básica”, “melhoria da qualidade da atenção básica” no site oficial do Departamento de Atenção Básica/MS e na ferramenta de busca do Google®. O critério para seleção dos documentos considerou aqueles que tinham mais informações sobre o PMAQ, como forma de não tornar as reflexões repetitivas.

A **Segunda etapa** objetivou obter os dados da Adesão, Autoavaliação, Monitoramento dos Indicadores (MI), Avaliação Externa (AE) e Certificação. Foram utilizados dados originários do Sistema do PMAQ para obter informações sobre a adesão de municípios e equipes ao Programa em 2011 e 2013, e comparar com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em relação aos municípios existentes no país e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sobre as equipes implantadas no Brasil em outubro de 2012 e maio de 2013.

Outros dados foram extraídos do Banco de Dados da Avaliação Externa do 1º Ciclo do PMAQ, oriundos da coleta de dados realizada Avaliação Externa por avaliadores vinculados a 45 Universidades brasileiras. O Instrumento de Coleta para AE que avaliou as UBS em relação à infraestrutura, equipamento, materiais, insumos e medicamentos, verificou as ações desenvolvidas pelas equipes para organização do trabalho e de atenção à saúde, e buscou informações sobre a percepção e satisfação dos usuários.

As variáveis selecionadas para este estudo foram armazenadas em um banco de dados estruturado no programa Microsoft Office Excel 2010 para Windows®. A partir disso, foram

criadas tabelas e gráficos para serem analisadas, permitindo apresentar os resultados nacionais relacionados ao Programa.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Neste tópico serão apresentados os resultados de implantação do PMAQ com foco na Adesão, Autoavaliação, MI, AE e Certificação.

Adesão ao PMAQ

Em 2011, no 1º ciclo do programa, houve adesão de 3.965 (71,2%) municípios e, em 2013, no 2º ciclo, esse número chegou a 5.092 (91,4%), aumentando em 20,2% as adesões de um ciclo para o outro.

Em relação às equipes, a adesão foi 17.482 (53,1%) em 2011, e alcançou 30.522 (88,7%) em 2013, representando crescimento de 35,6%. No que se refere às equipes com saúde bucal (SB), também cresceu o número de adesões, que passou de 12.436 (57,4%) no 1º ciclo para 19.946 (86,3%) no 2º, aumentando em 36,4%.

Na etapa de adesão do PMAQ, alguns aspectos devem ser considerados: as mudanças nas regras de adesão de um ciclo para o outro; o surgimento de um tipo de equipe denominada parametrizada; a forma de repasse do recurso por desempenho; e a maior preocupação com a qualidade e busca por melhores resultados.

Em 2011, o MS estabeleceu uma limitação importante para adesão, na qual somente 50% das equipes por município poderiam aderir ao Programa^{13,14}. Os gestores e equipes cadastravam-se por meio do Sistema do PMAQ destinado à adesão e acompanhamento de

suas etapas. Ao final, os gestores selecionavam as equipes que iriam participar em função desse limite. Apesar disso, o MS permitiu a entrada de mais equipes no PMAQ, expandindo a adesão do 1º ciclo para 53,1% de equipes existentes no Brasil.

Alguns municípios tiveram adesão abaixo de 50% de suas equipes, permitindo que, dentro de cada região, fosse redistribuída a possibilidade de adesão. Assim, outros municípios puderam aderir com mais equipes, ocasionando adesões maiores de 50% em onze estados: PE, ES, PR, BA, RJ, GO, SP, RS, MG, TO e SC.

Em 2013, a adesão ao PMAQ tornou-se universal, permitindo a participação de 100% das equipes^{12,14}. Nesse ano, a adesão teve dois momentos: o primeiro, no qual os gestores municipais declaravam a quantidade de equipes para aderir ao PMAQ; e o segundo, destinado à adesão formal ao programa de, no máximo, a quantidade de equipes declaradas anteriormente. Desta forma, os gestores estabeleceram a quantidade de equipes no Programa. Ressalta-se que apenas no AP e em RR houve adesão de todas as equipes.

No 2º ciclo foram inseridas os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no PMAQ^{12,22}. Destaca-se que ambos atingiram um número significativo de adesões, de respectivamente 81,7% e 90%.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o PMAQ alcançou números expressivos desde o seu início em 2011, obtendo sucesso nas adesões em todos os ciclos e modalidades, conforme também ressaltam Pinto, Sousa e Ferla¹¹ ao constatarem significativo incremento de municípios de um ciclo para outro.

É na etapa de adesão que gestores e equipes firmam os indicadores a serem monitorados e se comprometem em seguir as diretrizes do programa e da PNAB. Uma vez

que essas não são exigências “triviais”, os números alcançados na adesão “são expressivos e impressionam pela alta capacidade de convocação do Programa”²³.

Em relação às eSB, é importante dizer que entre os dois ciclos houve aumento na participação, significando que mais equipes que realizam ações de SB estão desenvolvendo estratégias como Educação Permanente, M&A, presentes no PMAQ, compreendidas como atividades que auxiliam na qualificação da SB²⁴.

Outro aspecto a ser analisado foi o surgimento de um novo tipo de equipe, a parametrizada. Isso permitiu que equipes com composição de profissionais diferentes da eSF pudessem aderir ao PMAQ, desde que cumprissem as regras do programa e diretrizes da PNAB, o MS reconhece a necessidade de incorporar as equipes de AB organizadas em outras modalidades nesse processo¹³.

No 1º ciclo do PMAQ, do total de equipes parametrizadas, 46 (74,2%) aderiram, e no 2º ciclo, a adesão aumentou para 203 (86,4%). Embora a parametrização tenha significado o inédito financiamento federal de outras modalidades de equipe por meio do PMAQ, não houve adesão de 100% dessas equipes em nenhum dos ciclos. Um dos motivos pode estar vinculado ao receio de seu desempenho demonstrar inadequações em relação à PNAB.

O PMAQ “vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica”²³. Assim, é possível ter maior indução à participação motivada pela perspectiva dos gestores em aumentar o recurso da AB¹⁵, uma vez que garantem o custeio mensal por eSF implantada e podem captar mais recurso em função do desempenho das equipes, “representando uma profunda mudança na forma de custeio da AB”²³.

O PMAQ provocou o desenvolvimento de diversas ações com vistas à mobilização das equipes e maior adequação das UBS aos padrões avaliativos. Ademais, a remuneração por desempenho no PMAQ estimulou a melhoria das práticas visando bons resultados, porém é preciso atentar ao mascaramento de situações tidas como indesejadas pelos gestores ou equipes, caso impliquem em prejuízos no financiamento previsto no programa⁵.

Vale ressaltar que o PMAQ fundamenta-se na adesão voluntária e visa instituir processos de M&A. Portanto, a alta adesão também pode indicar uma maior preocupação com a questão da melhoria da qualidade dos serviços, o interesse dos gestores em conhecer e comparar os desempenhos de suas equipes e, ainda, o interesse destas em expor a qualidade do seu trabalho.

Autoavaliação

A fase de desenvolvimento do PMAQ é a etapa central no programa e, ao mesmo tempo, ponto de partida para o desenvolvimento de ações para melhoria da qualidade do serviço, na qual os gestores e equipes realizam as ações necessárias para a mudança na AB^{12,13,23,25}.

A autoavaliação é voluntária, porém, quando realizada resulta em 10% no desempenho da equipe. Para a sua operacionalização, o MS ofertou o AMAQ e declarou que seus “padrões de qualidade” teriam coerência com os elementos a serem verificados na AE, possibilitando uma aproximação inicial com a avaliação^{12,13,25}.

Assim como a autoavaliação, a utilização do AMAQ não é obrigatória, sendo possível o uso de outros instrumentos^{12,13,25}. Com isso, possibilitou-se optar por instrumentos considerados mais adequados à realidade dos sujeitos.

Ressalta-se que a realização da autoavaliação pelos gestores não conta para o desempenho da equipe. Entretanto, o processo autoavaliativo realizado pelo gestor é uma estratégia potente para refletir e planejar as ações no âmbito do PMAQ^{12,13,25}, entendimento fortalecido pela quantidade de gestores (3.191 - 80,5%) que realizaram o processo. No entanto, 775 (19,5%) não realizaram.

As equipes que optaram pelo AMAQ puderam comprovar a realização da autoavaliação por meio do Sistema do PMAQ ou na AE. Aquelas que utilizaram outros instrumentos comprovaram a autoavaliação somente na AE.

No PMAQ, 16.113 (92,1%) equipes comprovaram a realização da autoavaliação por meio do sistema ou na AE, e obtiveram os 10% do desempenho. Em consequência da não realização da autoavaliação, 1.369 (7,8%) equipes não obtiveram os 10%. O AMAQ foi o instrumento mais utilizado: 14.235 equipes inseriram os resultados no sistema, alcançando 88,3% daquelas que realizaram a autoavaliação.

A comprovação da autoavaliação na AE permitiu distinguir alguns instrumentos utilizados. A maioria das equipes utilizou o AMAQ (11.684 - 67,9%); as demais utilizaram o AMQ (1.004 - 5,8%), um Instrumento desenvolvido pelo município/equipe (793 - 4,6%), um Instrumento desenvolvido pelo estado (84 - 0,5%), ou outros instrumentos (482 - 2,8%). Por outro lado, 3.155 (18,3%) não sabiam ou não informaram o instrumento utilizado.

Com isso, destacamos dois aspectos. Primeiro, a comprovação do uso AMAQ no sistema foi maior do que na AE. Segundo, 3.155 equipes não sabiam ou não informaram o instrumento utilizado. Assim, ao cruzar as informações do banco da AE com o do sistema do PMAQ, verificou-se que das 3.155 equipes, 2.387 já haviam inserido os resultados da autoavaliação no sistema.

Essa incongruência de informações pode ser decorrente da falta de registro das atividades realizadas pela equipe; da não inclusão de alguns profissionais no processo, mesmo daqueles que responderam a entrevista na AE; ou refletir a rotatividade de profissionais, assim, a equipe atual desconhece alguns processos realizados.

O resultado encontrado neste estudo difere daquele apontado por Sousa (2013) apud Pinto, Sousa e Ferla (2014), podendo ser resultado do uso de metodologias distintas para o cálculo. Segundo o autor, ao final do 1º ciclo do PMAQ, 15.431 (79,5%) eAB realizaram a autoavaliação, das quais 98,6% utilizaram o AMAQ.

O processo autoavaliativo proposto no PMAQ já foi utilizado pelo MS anteriormente, porém com um instrumento distinto, o AMQ. Sousa apud Pinto, Sousa e Ferla¹¹ destaca que o AMQ, em 6 anos, foi utilizado por cerca de 2.500 equipes e que o AMAQ teve uso 6 vezes maior pelas equipes em um período de tempo 6 vezes menor. Comparando, no âmbito do PMAQ, o uso do AMAQ com o do AMQ, o primeiro foi usado por mais de 14 mil equipes, e o segundo teve uso 14 vezes menor.

A quantidade de equipes que utilizaram o AMAQ pode ser resultado da necessidade de conhecerem os aspectos que serão verificados na AE, já que o MS deixou isso claro nos materiais técnicos do Programa, e porque a maior parcela do desempenho decorre da AE. Ressalta-se, ainda, que a diferença de uso não diz respeito à qualidade superior de um instrumento em relação ao outro, mas sim, à forma como está desenhado e articulado o processo autoavaliativo no PMAQ¹¹.

No que concerne à SB, verifica-se que os padrões de qualidade no AMAQ do 1º ciclo descrevem pouco sobre as ações definidas na Política Nacional de Saúde Bucal. Assim, a

insipiente presença de padrões relativos a este tema no instrumento autoavaliativo pode gerar um afastamento dos profissionais de SB do processo e do restante da equipe.

No 2º ciclo, foi criado um instrumento específico para a autoavaliação da eSB. Apesar de poder permitir maior envolvimento dos profissionais da SB no processo, ainda é preciso ficar atento ao afastamento mencionado, especialmente em relação a questões que devem ser pensadas por todos integrantes da equipe.

Fausto e Fonseca (2013) perceberam a não integração entre os profissionais das equipes, revelando a fragmentação do trabalho e o desconhecimento das ações, principalmente no que diz respeito à SB. É nesse contexto que o processo autoavaliativo se mostra potente para democratização, integração e mobilização dos sujeitos.

Portela, Dias e Vasconcelos²⁶ afirmam que a autoavaliação possibilitou aos gestores e equipes realizarem uma “autoanálise do trabalho desenvolvido e através desta verificaram pontos positivos e negativos da unidade de saúde como um todo”.

Monitoramento dos indicadores

No PMAQ, o MI é um componente da certificação das equipes e corresponde a 20% do desempenho final. No 1º ciclo, foram definidos 47 indicadores para acompanhamento sistemático por equipe. A escolha dos indicadores limitou-se àqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do SIAB. Considerou, ainda, as áreas estratégicas da AB e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo, e indicadores relacionados com o Pacto pela Saúde e com o Indicador Nacional de Saúde^{12,13}.

Os indicadores estão divididos em 6 áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, doenças transmissíveis, saúde mental, produção geral) que fazem

parte de programas prioritários do MS^{12,13}. Tais indicadores foram classificados em duas categorias: desempenho e monitoramento. Os de desempenho são utilizados para a certificação das equipes e os de monitoramento são acompanhados para obter informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelas equipes^{12,13}.

Inicialmente seriam monitorados 7 indicadores para as eSB, 4 de desempenho e 3 de monitoramento. Contudo, ao final da certificação, todos os indicadores passaram a ser de monitoramento em decorrência da recente inserção dos campos da SB no SIAB, que prejudicou a coleta de dados e impossibilitou a análise do banco de dados¹⁸.

Ao aderir ao PMAQ, o município se comprometeu em enviar a base de dados municipal para a federal. Caso isso não aconteça, a equipe será considerada insatisfatória e desclassificada do Programa^{12,13}, pois sem os dados é impossível calcular os indicadores para contar no desempenho. O período considerado para o monitoramento foi março, abril e maio de 2012, sendo 31 de julho de 2012 a data limite para envio de alterações, correções e/ou atualizações das bases de dados do SIAB¹⁸.

Foram enviadas as bases de dados referentes a 17.094 (97,8%), e outras 388 (2,2%) ficaram insatisfatórias no programa. Dezoito estados tiveram equipes insatisfatórias, dentre os quais, destacam-se o AP (53- 100%), o PI (86- 23,2%) e o MT (30- 13,2%) com maior número de equipes que aderiram nessa condição.

Das 17.094 equipes que enviaram a base de dados do SIAB, 7.050 (41,2%) tiveram todos indicadores de desempenho calculados, e 8.981 (52,6%) tiveram pelo menos um indicador calculado. Entretanto, para 1.063 (6,2%) não foi possível calcular nenhum indicador de desempenho.

Considerando todas as equipes que aderiam ao PMAQ, a maioria não foi adequadamente monitorada, pois não enviaram a base de dados municipal (insatisfatórias), ou as que enviaram não tiveram todos indicadores calculados devido a inconsistências nos dados.

Antes do PMAQ, os dados enviados à base nacional do SIAB chegavam agregados por município, impossibilitando calcular indicadores por equipe. Em 2011, o sistema foi modificado para que os dados transmitidos chegassem à base nacional desagregados por equipe, permitindo o monitoramento das equipes no Programa^{12,13}.

As mudanças promovidas no SIAB objetivaram a institucionalização da prática permanente de M&A, a partir da identificação de problemas, dos resultados alcançados e da necessidade de reorientação/aperfeiçoamento das intervenções¹¹. Contudo, essas modificações podem ter dificultado ou impossibilitado o envio dos dados de alguns municípios para a base nacional, resultando no desempenho insatisfatório.

As inconsistências e cálculos relacionados ao MI foram divulgados após a Certificação, quase dois anos após a Adesão. Só ao final do processo, equipes e gestores souberam se alcançaram os 20% do desempenho no monitoramento, sem que pudessem verificar os problemas e corrigi-los. O alerta sobre a data limite para envio das alterações, correções e/ou atualizações das bases de dados do SIAB, e o período para o monitoramento, não considerou as inconsistências nos dados, apenas o envio da base municipal.

Um dos compromissos assumidos no PMAQ está relacionado ao MI do SIAB durante seis meses da fase de desenvolvimento^{12,13}, no entanto, observamos que isso não ocorreu. Além disso, a divulgação dos resultados nos indicadores de desempenho foi tardia, e os resultados nos indicadores de monitoramento não foram divulgados. Desta forma, o MI do PMAQ focou na certificação visando os 20% no desempenho.

Embora o 1º ciclo tenha sido desenvolvido em aproximadamente 14 meses (adesão em setembro de 2011 e a adesão ao 2º ciclo em fevereiro de 2013), na maioria do tempo as equipes estavam sendo avaliadas ou, as que foram avaliadas no início da AE, estavam aguardando o resultado da Certificação.

Mesmo acreditando que a fase de desenvolvimento não é estanque e que as ações planejadas geram uma dinâmica de trabalho em busca da concretização dos objetivos, há uma expectativa enorme em relação ao desempenho alcançado, inclusive para pensar novos rumos e refletir sobre os resultados alcançados, retroalimentando a fase de desenvolvimento.

De acordo com Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a segunda fase tem um corte artificial quando chega o momento da AE, “pois na realidade não tem como encerrá-la sem interromper também as próprias ações de atenção e gestão das equipes de cuidado e de coordenação da AB no município”.

Destaca-se que a finalidade da primeira e terceira fases do PMAQ, “é promover a segunda fase, motivando o protagonismo e o esforço de mudança das EAB e da gestão municipal”. Diante disso, é preciso aprimorar o MI, entendendo que no PMAQ há uma conexão importante deste processo com as outras estratégias induzidas²³.

Avaliação externa (AE)

A AE, que representa a terceira fase do programa, é o componente mais expressivo no desempenho da equipe, resultando em 70% na Certificação. Neste momento, são verificadas as condições de acesso e de qualidade dos serviços, além dos esforços e resultados na qualificação da AB¹⁸.

Para a avaliação utilizou-se o Instrumento de AE do PMAQ, composto por “padrões de qualidade” visando coletar informações sobre a UBS, a organização do processo de trabalho e as ações desenvolvidas pelas equipes, e sobre a satisfação usuário do serviço. De forma a complementar essas informações, os gestores e equipes também alimentaram o módulo *online* no sistema do PMAQ¹⁸.

Os padrões estão distribuídos em cinco dimensões avaliativas: “Gestão municipal para desenvolvimento da AB”; “Estrutura e condições de funcionamento da UBS”; “Valorização do trabalhador”; “Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho” e, “Utilização, participação e satisfação do usuário”¹⁸.

Em relação à avaliação, observou-se que do total de equipes que aderiram ao PMAQ, 17.202 (98,4%) foram avaliadas, e 280 (1,6%) foram excluídas do programa como resultado da não realização do processo¹⁸. De acordo com o banco de dados da AE, distintos motivos declarados por gestores, profissionais das equipes ou pela universidade responsável pela avaliação justificam a exclusão das equipes.

Dentre os motivos de recusa da gestão municipal em ter as equipes avaliadas, destacam-se:

1. Receio em relação ao uso dos dados coletados;
2. A UBS estar em reforma e a equipe atuando em local provisório;
3. Desistência em continuar no PMAQ e por isso não solicitaram a AE, muitas vezes causadas por impasses com os trabalhadores;
4. Desistência pacífica de gestores e profissionais das equipes;

5. No ato da AE, os gestores informaram que não houve adesão programa.

Os profissionais das equipes recusaram a avaliação pelos seguintes motivos:

6. Por tensões políticas com a gestão municipal;
7. Em razão do conflito de sindicatos ligados às profissões da saúde com a Secretaria Municipal de Saúde;
8. Por não conhecer ou saber que estavam no PMAQ, pois algumas equipes revelaram que não haviam aderido ao programa e/ou não sabia do que se tratava.

As universidades não realizaram avaliação de algumas equipes pelas razões, a saber:

9. No momento da avaliação, verificou-se a não existência da equipe;
10. A falta de profissional de nível superior para responder a entrevista, em geral, em razão de férias do profissional ou de todos da equipe e licença médica do profissional.
11. A UBS estava fechada mesmo em horário de funcionamento;
12. O serviço visitado não realizava ações de AB;
13. A equipe era itinerante

Considerando que essa foi a primeira experiência de AE para a maioria dos profissionais, algumas situações podem ter dificultado esta etapa. Uma delas relaciona-se ao funcionamento das equipes diferente do que está previsto na PNAB e inibe o desenvolvimento de ações essenciais para o atendimento adequado da população²⁷.

Além disso, houve alguns movimentos de resistência: negação de agendamentos da avaliação que foram realizados previamente; a indisponibilidade de profissionais respondentes

no dia marcado, o cancelamento da entrevista e a dispensa dos usuários; e o questionamento da legitimidade e a receptividade dos entrevistadores com manifestações de desconfiança²⁷.

Outros fatores que geraram problemas na avaliação foi a “coincidência com o ano eleitoral e uma incipiente cultura avaliativa no SUS” que podem ter influenciado negativamente no PMAQ, que muitas vezes foi entendido como “auditoria” e “fiscalização”²⁷.

Além disso, houve grande preocupação dos gestores e equipes com a perda de recurso financeiro do Programa, que foi sendo minimizada ao longo do processo. No caso dos profissionais, esteve presente o receio de receberem punição em caso de desempenho ruim²⁷.

Conforme o banco da AE, verificou-se que a falta de profissionais nas equipes é frequente. Em muitas equipes percebeu-se ausência e a alta rotatividade de profissionais (principalmente médicos). Em geral, os argumentos usados para justificar a ausência dos profissionais nas equipes foram férias, licença maternidade e licença médica. Muitos profissionais não atendiam/estavam na UBS, e no caso dos dentistas, não trabalhavam na equipes mesmo quando cadastradas no CNES como eSB²⁷.

O banco da AE revelou o enfermeiro como o principal respondente da avaliação, situação vista também pela universidade. No entanto o dentista ou o médico raramente assumiram essa tarefa. Percebeu-se, então, que o enfermeiro assume um papel central na organização do processo de trabalho²⁷.

A avaliação do PMAQ evidenciou a “falta de entrosamento da saúde bucal com os demais profissionais”, às vezes considerada como “algo à parte dentro da própria equipe”. Em muitas equipes pode-se perceber que o processo de trabalho e as ações desenvolvidas pelos profissionais de SB eram desconhecidas e isoladas das outras realizadas pelo restante da equipe¹⁵.

A partir da adesão ao PMAQ, os gestores e equipes desenvolveram diversas ações até chegar o momento da avaliação. A adesão foi concluída em novembro de 2011 e o processo de AE foi iniciado seis meses depois. É possível que esse período não tenha sido suficiente para os participantes realizarem adequadamente grande parte das ações planejadas na segunda fase, sugerindo a necessidade de mais tempo para desenvolvê-la. Afinal, muitas das estratégias a serem implantadas no PMAQ exigem negociação, planejamento e organização dos processos.

Desde os anos 90, os municípios têm aderido a programas em busca de captar recursos financeiros. Entretanto, muitas vezes os aspectos ligados à execução e sustentação do Programa não estão suficientemente claros, gerando descompasso “entre o tempo dos formuladores e dos executores de programas”²⁷. Na avaliação percebeu-se que o componente da AE do PMAQ pode não ter sido entendido adequadamente, sugerindo falta de informações sobre a sua finalidade e metodologia²⁷.

A avaliação revelou um cenário no qual as equipes “referiram que debateram, planejaram e priorizaram ações junto com a gestão visando melhorias nas condições de trabalho nas UBS e a implantação de ações para melhoria do atendimento aos usuários”, ficou clara a participação ativa dos gestores na implantação do Programa; e outro no qual algumas equipes relataram não terem sequer feito a adesão ao PMAQ, e outras, nem conheciam o Programa²⁷.

Com isso, muitas vezes o caráter voluntário no Programa não foi considerado, não havendo debate e negociação para participação²⁷. Nesse sentido, espera-se que no decorrer de novos ciclos, o PMAQ avance na consolidação de uma “cultura de negociação e gestão comprometida com a mudança do modelo de atenção e gestão, o desenvolvimento da equipe e a orientação dos serviços em função das necessidades de saúde dos usuários” a partir de uma

“dinâmica que propicie a constituição de espaços de negociação e implicação dos atores envolvidos”²³.

Certificação das equipes

Para a Certificação das equipes foi considerada a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios, entendendo que podem produzir diferenças entre os municípios e seus sistemas locais de saúde¹³.

Com objetivo de garantir maior equidade na comparação das eAB na Certificação, foi criado um índice municipal com base em cinco indicadores (Produto Interno Bruto per Capita, Percentual da população com plano de saúde, Percentual da população com Bolsa Família, Percentual da população em extrema pobreza, e Densidade demográfica), que juntamente com o Porte populacional serviu para distribuir os municípios em seis estratos. Assim, os municípios têm o desempenho de suas equipes comparado ao das equipes que fazem parte do mesmo estrato¹³.

Para a certificação, a nota final das equipes no PMAQ obedeceu à seguinte composição¹³:

1. A realização de autoavaliação correspondeu a 10%;
2. A verificação do desempenho para os indicadores de saúde contou 20%; e
3. A verificação de evidências para os padrões de qualidade da MI correspondeu a 70%;

A partir disso, foi calculado o resultado de cada equipe no Programa, e depois, com base na Curva de Gauss, foram distribuídas em quatro classificações de desempenho: Insatisfatório, Mediano ou abaixo da média, Acima da média, e Muito acima da média^{14, 28}.

Observou-se que cerca de 18% das equipes alcançaram o desempenho “Muito acima da média” e 80% alcançaram os desempenhos intermediários (“Mediano ou abaixo da média” e “Acima da média”). Apenas 2,1% foram consideradas Insatisfatórias. A tabela 1 apresenta os resultados alcançados pelas equipes no 1º ciclo do PMAQ.

Tabela 1 – Certificação das equipes por desempenho no PMAQ - 2012

Desempenho	Número	Porcentagem
Insatisfatório	365	2,1
Mediano ou abaixo da média	6.078	35,3
Acima da média	7.683	44,7
Muito acima da média	3.077	17,9
Total	17.203	100,0

Fonte: elaboração da autora

De acordo com o banco da certificação do PMAQ, as equipes insatisfatórias foram aquelas que não tiveram dados do SIAB enviados à base nacional do sistema, única situação que explica a desclassificação de equipes no programa.

Após a certificação, os recursos referentes ao Programa passaram a ser repassados para os municípios em função do desempenho das equipes. Àquelas com desempenho “Muito acima da média” recebem 100% do recurso (11.000 reais para equipes com SB e 8.500 reais para equipes sem SB). As demais, com desempenho “Mediano ou abaixo da média” e “Acima da média”, também garantem parte desse recurso, que representa 20% e 60% do valor do valor total, respectivamente.

Essa foi a primeira vez que tantas equipes foram avaliadas em um programa de melhoria do acesso e da qualidade no Brasil. Considerando que o desempenho das equipes depende do desenvolvimento de processos ligados à gestão e às eAB, isso exigiu muitos esforços para instituição de novas atividades, reorientação de processos, pactuações entre trabalhadores e gestores, e com os usuários.

Por fim, destaca-se que o acesso aos resultados oriundos das práticas de M&A constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados por órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o emponderamento e a mobilização social, que se reflete em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde²⁹.

Considerações Finais

Vimos que o PMAQ imprimiu um ritmo frenético para gestores e equipes, induzindo um debate aberto em relação aos desafios, prioridades e intervenções possíveis para melhorar gradativamente os serviços de AB.

A Adesão nos dois ciclos do PMAQ revelou uma expressiva quantidade de municípios e equipes participantes, e o aumento de adesões de um ciclo para o outro. Mesmo o NASF e o CEO, que entraram no 2º ciclo, obtiveram significativas adesões. Observamos o surgimento das equipes parametrizadas e o seu inédito financiamento pelo MS, mas, apesar disso, nem todas estão no Programa.

Em seguida, vimos que a Autoavaliação foi realizada por mais de 80% dos gestores e 90% das equipes que aderiram ao PMAQ, mostrando o interesse de ambos em utilizar instrumentos que auxiliem na identificação de problemas e resultados alcançados que possam conduzir à melhoria do acesso e da qualidade da AB.

No MI, verificou-se que menos da metade das equipes tiveram todos os indicadores monitorados. Algumas falhas devem ser observadas pelos formuladores do Programa na intenção de melhorar as atividades de monitoramento como forma de ampliar a capacidade de análise e utilização das informações em saúde.

A AE revelou avanços importantes na implementação e organização de ações pelos gestores e equipes para atingir melhores resultados, e problemas ainda persistentes no AB do país, como a ausência e alta rotatividade de profissionais nas equipes, a dificuldade da atuação multiprofissional das equipes, e situações de não aproximação entre gestores e equipes.

A Certificação evidenciou que a maiorias das equipes avaliadas encontram-se em desempenho intermediários, o que fortalece a necessidade de continuidade das ações de melhoria da qualidade na AB, incluindo processos de M&A. Assim, o PMAQ tem muito a contribuir neste sentido.

O PMAQ incentivou e fortaleceu diversas ações para a melhoria das práticas das equipes e gestão, e apostou no M&A como instrumento de melhoria da qualidade dos serviços. Além da mudança na forma de repasse de recurso, trouxe a tona questões como a valorização dos profissionais, o papel da AB na Rede de Atenção à Saúde e a importância da opinião do usuário para o SUS.

Referências

1. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. p.9-10.
2. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(2):477-486.
3. Sousa MF de. **Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**. Brasília: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 250 p.
4. Sousa MF de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008 Mar-Abr [acessado 2014 jan 12]; 61(2): 153-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>
5. Aquino R, Medina MG, Abdon C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: Souza MF de, Franco, M da S, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes editora; 2014. p. 893-932.
6. Felisberto E, Albuquerque LC, Albuquerque AC. In: Avaliação na Estratégia Saúde da Família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: Souza M de, Franco M da S, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes editora; 2014. p.811-843.
7. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):553-563.
8. Vieira-Da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-Da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-39.
9. Carvalho ALB, Souza MF de, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012 [acessado 2014 jun 21]; 17(4):901-911. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>
10. Nogueira RP. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994. 176p.
11. Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. No prelo 2014.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF – versão preliminar. 38 p. Brasília: MS; 2013c. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB_2013.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ). Manual Instrutivo. Brasília: MS; 2012b. 62 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: dez. 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011c. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Incentivo Financeiro do PMAQ, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011; 20 julho.
15. Fausto MCR, Mendonça MHM, Giovanella L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadoras. *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes editora; 2013. p. 291-311.
16. Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2004 Jul-Set [acessado 2014 jun 21];4 (3):317-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>
17. Facchini LA, et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: Souza M de, Franco M da S, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes editora; 2014. p.844-892.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: MS; 2013b. 92 p. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf
19. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc Saude Colet* 2006;11(3):705-711.
20. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p.29-47.

21. Pisco LA. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2006 [acessado 2014 jun 21]; 11(3): [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30971.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 para os Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO) – versão preliminar. Brasília: MS; 2013d. p.34. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf
23. Pinto HA, Sousa ANA de; Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2012 Ago [acessado 2014 mar 15]; 6(2) (Supl.). Disponível em: <file:///C:/Users/Aristides/Downloads/624-3458-2-PB.pdf>
24. Pucca Junior GA. Política nacional de saúde bucal do Brasil, integralidade e acesso; o caso Brasil sorridente [Tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013. [acessado 2014 jun 22]; 100 p. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14804/1/2013_GilbertoAlfredoPuccaJunior.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: MS; 2013j. 166 p.
26. Portela LR, Dias MS de A, Vasconcelos MIO. Programa nacional da melhoria do acesso e a qualidade da atenção básica: análise da Autoavaliação em sobral, Ceará. SANARE 2013; Jan-Jun. v.12, n.1: 40-45.
27. Fausto MCR, Fonseca HS, organizadoras. ***Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB***. Rio de Janeiro: Saberes editora; 2013. 381 p.: il.
28. Brasil. 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), 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). ***Diário Oficial da União*** 2013; 04 abril.
29. Carvalho ALB de, Senra IMVB, Oliveira KC de, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CK de A, Tamaki EM. Práticas de monitoramento e avaliação: reflexões e resultados de um processo de cooperação interfederativo. ***Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*** 2011; v. 5, n. 4:167-182.

Colaboradores:

Cavalcanti PC da S trabalhou na concepção, redação, metodologia e análise e interpretação dos dados do artigo.

Sousa MF participou da concepção, metodologia, análise e interpretação dos dados, além da revisão crítica do conteúdo intelectual.

Oliveira-Neto AV trabalhou na redação e análise e interpretação dos dados, e da revisão final.

**Artigo 3: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica:
Uma Narrativa sobre a sua Construção**

National Programme for Improving Access and Quality in Primary Care: A Narrative on its
Construction

Autoras:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti¹

Maria Fátima de Sousa²

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81860359

E-mail: pauline.cavalcanti@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB).

Endereço: SCLN 406 bloco A, sala 220 – Asa Norte

Telefone: 61-3340-6863

E-mail: fatimasousa@unb.br

RESUMO

O artigo descreve os processos de construção do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Inicialmente, aborda as bases conceituais da Atenção Básica à Saúde e sobre a avaliação em saúde. Este trabalho é um relato de experiência sobre a construção do PMAQ que destaca a construção do instrumento de avaliação externa, sua programação eletrônica, e a parceria com instituições de ensino e pesquisa. O programa eleva a questão do acesso e da qualidade para o espaço da avaliação, como contribuinte à tomada de decisão. Sua construção revela complexidades da cultural institucional acerca de ações avaliativas.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The article describes the process of constructing Program Improving Access and Quality of Primary Care. Initially, discusses the conceptual bases of Primary Health Care. This paper is an experience report about the construction of PMAQ which highlights highlighted the building the instrument of external evaluation, its electronic programming, and its partnership with research and educational institutions. The program brings up the question of access and quality for the evaluative space as a contributor in the decision making. Its construction reveals several complexities of the evaluative institutional culture about actions.

Keywords: Primary Health Care; Access; Quality Assessment in Health.

INTRODUÇÃO

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2009), a formulação da Atenção Primária em Saúde (APS) foi se constituindo ao longo dos últimos quarenta anos, porém com diversos entendimentos sobre seu conceito. Desde a primeira metade do século 20 já existia a compreensão de níveis de assistência, mas, na Conferência de Alma-Ata (1978) foram declarados os princípios e diretrizes de uma nova proposta de APS.

A Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica à Saúde (ABS), como é chamada no Brasil, foi propulsionada pelo processo de descentralização e por iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família, em 1994 (PAIM et al., 2011; TANAKA E RIBEIRO, 2009).

Nos últimos anos, a Atenção Primária à Saúde passou por um processo de destaque mundial, adquirindo o papel de estruturar redes integradas de atenção à saúde. Na América Latina, atualmente, é uma estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde (CONNIL, 2006).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica à Saúde abrange um conjunto de ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais de uma população. Envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação, com objetivo de resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população.

A ABS tem o objetivo de oferecer acesso universal, coordenar o cuidado, implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011), e deve ser a porta de entrada preferencial do SUS (TANAKA e RIBEIRO, 2009). Cumpre um papel estratégico no SUS em razão do estabelecimento de relações contínuas com a população. “A atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.51).

Sousa (2007) afirma que ABS surge como estratégia de mudanças do Modelo Assistencial, com reestruturação e reorganização do sistema de saúde, no qual os sujeitos sejam mais participativos e autônomos, fortalecidos em seus papéis e suas práticas, constituindo um vínculo entre os profissionais/equipes e os indivíduos, família e comunidade.

Starfield (2004) sugere novas formas de organização da APS com pactos entre diversos setores da sociedade na operacionalização das ações intersetoriais com vistas à promoção da saúde, sublinhando a necessidade dos esforços que vão além da atuação específica dos profissionais de saúde e gestores, com responsabilização do autocuidado pelas próprias pessoas, famílias e comunidade na construção da saúde, bem-estar e qualidade de vida. Portanto, o desenvolvimento da APS está interrelacionado às discussões e à assimilação do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde pública.

Acesso e Qualidade na Atenção Básica à Saúde

A definição de acesso é complexa e varia conforme o contexto, o tempo e os autores. Pode ser utilizado como sinônimo de acessibilidade, de acesso ou uma mistura de ambos (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

De acordo com Starfield (2004), os termos acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. O acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis; e, a acessibilidade, permite que os usuários cheguem aos serviços. Donabedian (2003) afirma que o acesso determina o grau de facilidade ou dificuldade que as pessoas encontram para utilizar os serviços de saúde.

O acesso refere-se às características do sistema de saúde em atuarem de forma a aumentar ou diminuir os obstáculos para adquirir os serviços de saúde pelas pessoas que necessitam (TRAVASSOS e VIACAVA, 2007).

A qualidade, também, é um conceito complexo, para o qual existem diversas definições na literatura. O entendimento sobre qualidade é produzido com base nas referências dos sujeitos envolvidos e varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Para Donabedian (1990), a qualidade é um fenômeno complexo a ser definido com base em características como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), por meio da Portaria nº 1.654 em 19 de julho de

2011. O programa faz parte de um conjunto de iniciativas do MS inseridas no contexto da estratégia “Saúde Mais Perto de Você”, com vistas à qualificação dos serviços de atenção básica no Brasil (AQUINO, MEDINA E ABDON, 2014; PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012).

O PMAQ visa induzir mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir de um processo permanente e contínuo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB. Para tanto, o PMAQ baseia-se em ações de monitoramento e avaliação que visam reconhecer e estimular a qualificação dos serviços de saúde ofertados aos brasileiros (AQUINO, MEDINA E ABDON, 2014; PINTO, SOUSA e FLORENCIO, 2012).

A proposta deste artigo é relatar a experiência de construção do PMAQ a partir da análise do processo de criação do instrumento de avaliação externa e sua programação eletrônica, e da parceria realizada com instituições de ensino e pesquisa.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Para Figueiró et al. (2010), a avaliação como área do conhecimento vem ocupando um lugar de destaque, porém apresenta consensos e dissensos conceituais, dos referenciais teóricos e modelos. Segundo Contandriopoulos et al. (1997), 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. Os julgamentos podem resultar de uma avaliação normativa, por meio da aplicação de critérios e normas, ou de uma pesquisa avaliativa, com base em procedimento científico (HARTZ et al., 2008).

Contandriopoulos et al. (1997) afirma que avaliação possui quatro objetivos: 1 – auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; 2 – fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; 3 – determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida; e 4 – contribuir para o progresso dos conhecimentos.

Os processos de avaliação no Brasil ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas dos serviços de saúde e carrega uma característica muito burocrática ou de caráter punitivo, sendo pouco utilizada para orientar planejamento e a gestão. Ademais, os

instrumentos existentes não se configuram como ferramentas que auxiliem o processo decisório e que sirvam para a formação dos envolvidos (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde afirmou, em 2005, que “é papel do Gestor Federal ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando o caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas”. Essa publicação revela uma preocupação da instituição com a avaliação das políticas de atenção básica no Brasil (BRASIL, 2005, p.8).

De acordo com Felisberto (2006), o desenvolvimento de iniciativas voltadas para avaliação em saúde vem aumentando no Brasil, nas últimas décadas. As iniciativas vão desde pesquisas acadêmicas até pesquisas avaliativas promovidas pelo Ministério da Saúde, direcionadas às políticas e programas e a divulgação de seus resultados. No entanto, o autor considera que em grande parte foram avaliações pontuais com foco em pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados, orientadas para as necessidades da gestão.

Destacam-se alguns projetos e atividades de suporte à capacitação e indutores de uma cultura avaliativa em saúde, em andamento em 2006 (FELISBERTO, 2006), de importância e repercussão nacional (AQUINO, MEDINA E ABDON, 2014). Essas iniciativas focaram no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB –, no Pacto de Indicadores da Atenção Básica, na definição dos indicadores do Componente I do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família – Proesf –, e a construção de instrumentos de autoavaliação da Estratégia Saúde da Família – Avaliação para a Melhoria da Qualidade – (AQUINO, MEDINA E ABDON, 2014; FELISBERTO, 2006).

ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DO PMAQ NO BRASIL: SÍNTESE DE SUA ORIGEM

O PMAQ busca desenvolver ações que assegurem maior acesso e qualidade aos serviços de atenção básica do SUS e inova ao repassar recurso para os municípios conforme os resultados alcançados (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012). Tem como objetivo estabelecer um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, com base em ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, e permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O programa representa um importante avanço no processo de negociação e pactuação entre três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ está organizado em quatro fases complementares que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, segundo descreve alguns autores, entre eles Aquino, Medina e Abdon (2014) e Pinto, Sousa e Florêncio (2012).

Esses autores afirmam que a primeira fase é momento da adesão dos municípios e equipes ao programa, por meio da contratualização de compromissos e indicadores, a partir da construção de pactos e compromissos comuns para qualificação dos serviços. Afirmam, ainda, que na segunda fase são desenvolvidas ações com foco nas seguintes estratégias: autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente e apoio institucional AQUINO, MEDINA E ABDON, 2014; PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

A terceira fase objetiva verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. É o momento de reconhecer os esforços e resultados das equipes e gestores envolvidos no processo. As equipes são certificadas e os municípios passam a receber recurso de acordo com o desempenho alcançado. A quarta fase, é uma etapa importante de repactuação de compromissos e de novos padrões e indicadores de qualidade considerando os resultados obtidos pelos participantes do programa e para dar sequência aos avanços alcançados (AQUINO, MEDINA E ABDON, 2014; PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

O primeiro ciclo do programa teve início em 2011 e contou com a participação de Equipes de Atenção Básica (eAB) e Equipes de Saúde Bucal (eSB). Atualmente, o PMAQ está no segundo ciclo do PMAQ, iniciado em 2013. Neste ciclo, o programa foi expandido contando com a participação de outras modalidades: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), conforme menciona as Portarias nº 548, de 4 de abril de 2013 e nº 261, de 21 de fevereiro de 2013 (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

De acordo com o Manual Instrutivo do PMAQ, essa medida visou ampliar as ações de melhoria do acesso e da qualidade para outros serviços que se articulam com a AB no território, uma vez que o NASF e o CEO desenvolvem ações de saúde que visam promover a ampliação da oferta na rede de serviços da AB.

A partir do lançamento do programa, o MS deu início a diversas ações para auxiliar o seu desenvolvimento, como a construção de um sistema para adesão e acompanhamento do

programa, oferta de materiais para serem utilizados pelas equipes e gestores (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ – e o instrumento de avaliação externa para eAB, eSB, NASF e o CEO), realização de oficinas nos estados e, ainda, utilização de ferramentas de comunicação (Comunidade de Práticas, Facebook do PMAQ, *Twitter* e outros.).

Como o passar do tempo novas ofertas se fizeram necessárias, visto que, passada a fase de desenvolvimento e a avaliação externa, chegou o momento de publicização dos resultados. Com isso, foram produzidas outras ferramentas (Relatórios gerenciais para equipe e gestores, Portal do Cidadão, Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ) que pudessem auxiliar na análise dos resultados pelos gestores e equipes, motivar novas negociações e o compartilhamento de informações no âmbito local, além de promover a transparência dos resultados alcançados.

O MS teve um curto espaço de tempo para a construção e organização da avaliação externa do PMAQ, diversas atividades foram realizadas concomitantemente. Este artigo, de caráter descritivo, analítico, baseou-se no relato da experiência da autora que trabalhou no processo de construção do PMAQ. Nas próximas seções vamos focar na construção do instrumento de avaliação externa e programação do instrumento eletrônico para o *tablet*, e na parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP).

A construção do instrumento de avaliação externa do PMAQ

Segundo o Instrumento de Avaliação externo e a Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ, a construção do instrumento de avaliação externa mobilizou várias áreas do MS da Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Vigilância em Saúde e outras.

Portanto, no instrumento, pode-se observar que estão contempladas prioridades da Política Nacional de Atenção Básica (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 doenças transmissíveis), assim como, as iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência), pactuadas pelas três esferas de governo.

O AMAQ, ofertado para equipes e gestores na segunda fase do programa, foi utilizado como referência para o instrumento de avaliação externa. Ressalta-se que é fundamental que os padrões de qualidade definidos na autoavaliação não destoem dos verificados na avaliação externa, assegurando que a partir da identificação e reconhecimento dos problemas e potencialidades, os gestores e as equipes de atenção à saúde possam produzir sentido e desenvolver ações visando mudança e aprimoramento dos serviços verificados na prática.

Nesse processo foram realizadas diversas reuniões com as áreas do MS, as IEP, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para validação do instrumento que seria aplicado na avaliação.

Desde o início do PMAQ, o Departamento de Atenção Básica do MS, construiu um Grupo de Trabalho com a função de acompanhar toda a formulação do PMAQ e mobilizar as outras áreas do MS. Foram realizadas várias reuniões, quase que semanalmente, entre 2012 e 2013, com objetivo de produzir, debater e consensuar os padrões de qualidade que fariam parte do instrumento, considerando o que a área trazia de necessidades para a avaliação, mas também, outros pontos de vista como o dos pesquisadores das IEP.

Com as universidades foram realizados encontros em Brasília praticamente mensais, entre 2012 e 2013. Nesses encontros foram debatidos exaustivamente a organização do instrumento e os padrões de qualidade, além do seu método de aplicação. Ao final, representantes do CONASS e do CONASEMS foram convidados para validação final do instrumento.

Esse processo resultou no Instrumento de Avaliação Externa para as eAB e eSB, composto de quatro módulos, conforme o método de coleta das informações. O Módulo I de observação na unidade básica de saúde, no qual o avaliador irá verificar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. No Módulo II, o avaliador entrevista o profissional da equipe que foi designado pelo grupo para responder sobre organização do serviço, processo de trabalho e ações de atenção à saúde desenvolvidas para a população, com verificação de documentos que comprovem algumas atividades. O Módulo III se propõe a verificar a satisfação e percepção dos usuários em relação ao serviço de saúde utilizado, por meio de entrevista. Por fim, o Módulo eletrônico, respondido no

sistema do PMAQ no Portal do Gestor do DAB, que agrega informações que são complementares aos anteriormente citados.

No segundo ciclo do programa, foram publicados instrumentos separados para as eAB e eSB, e foram criados os instrumentos de avaliação do NASF e do CEO. Com isso, foram desenvolvidos mais módulos que mantiveram as mesmas características do instrumento já existente: observação da unidade de saúde, entrevista com o profissional e satisfação do usuário do serviço.

Em seguida foi desenvolvida a versão eletrônica do instrumento, no formato de um aplicativo para *tablet*, que foram utilizados pelos avaliadores na coleta dos dados. Pode-se dizer que é um avanço poder sair do instrumento em papel para um aplicativo, considerando que pode auxiliar na dinâmica da coleta, tornando-a mais ágil. No entanto, alguns problemas também puderam ser observados como várias versões eletrônicas do instrumento para correção da programação, atualizações necessárias para o funcionamento do aplicativo, falhas técnicas dos aparelhos.

Mesmo assim, foi importante a decisão de utilização dos *tablets*, pois o fluxo de coleta do dado, o envio para a base de dados nacional do PMAQ e a validação dos módulos aplicados foi sensivelmente mais rápido e possibilitou o acompanhamento sistemático das avaliações realizadas em todo país, tanto pelo MS, quanto pelos envolvidos do projeto nas IEP.

O avaliador poderia aplicar um módulo para uma equipe em qualquer município do Brasil, enviar os dados para a base nacional logo em seguida (considerando a necessidade de acesso à internet, caso não tivesse acesso no momento, poderia enviar depois, assim que tivesse conexão) e, isso, gerou vários relatórios de acompanhamento do trabalho de campo. Os relatórios serviram para decisões importantes acerca do redimensionamento de prazos, recondução dos processos e reorganização do trabalho conjunto entre MS e IEP e, desses com gestores estaduais e municipais.

A parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa brasileiras

Para o desenvolvimento da terceira fase do programa, o MS realizou parcerias importantes com IEP que fazem parte da Rede de Pesquisa em APS. A avaliação externa contou com a participação IEP brasileiras com reconhecida experiência em pesquisas avaliativas no país. Nos Instrumentos de Avaliação Externa (2012 e 2013) estão descritas as 45 IEP do primeiro ciclo e, as 49 do segundo ciclo do programa.

A colaboração das instituições envolveu a construção do instrumento de avaliação externa, a seleção, capacitação e contratação de avaliadores, o desenvolvimento da logística do campo, a construção do banco de dados, o processo de validação dos dados coletados e, ainda, a análise e divulgação de dados. Destaca-se, também, a realização de momentos de debate produzido pelas instituições com ênfase nos desafios e potencialidades das pesquisas sobre acesso e qualidade na atenção básica e sobre os resultados da avaliação, junto ao MS e gestores estaduais e municipais.

A participação das universidades contribui para a qualificação do processo avaliativo desenvolvido no PMAQ, pois colaboram com o conhecimento sobre atenção primária e trazem consigo a experiência em pesquisa, apontando metodologias que sirvam para validação do trabalho e possibilitem a produção do conhecimento. Para Fachinni et al. (2014) a institucionalização da avaliação e do monitoramento na ESF avançou significativamente nos últimos anos, resultante do aumento da cooperação academia-serviço e de fomento à pesquisa no país, no SUS e no campo da saúde coletiva.

Portanto, observa-se que a avaliação do PMAQ envolveu diversos atores (pesquisadores, técnicos, gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema). Para que se aprenda com a avaliação, esta deve fazer sentido na perspectiva dos atores envolvidos. A discussão gerada por Fesliberto, Bezerra e Albuquerque (2014) aponta para a necessidade de incluir o maior número de opiniões e visões, entendendo que os resultados do processo avaliativo terão maior chance de ser levados em consideração e maior credibilidade por parte dos envolvidos.

COMENTÁRIOS PROVISÓRIOS OU UMA VERDADE EM ABERTO

Diante do exposto, pode-se dizer que o PMAQ é mais uma iniciativa do MS que utiliza a avaliação como ferramenta para induzir processos de qualidade, auxiliando na tomada de decisão com base em informações que propiciem a análise da situação da atenção básica. É mais um avanço na busca pelo estabelecimento de uma cultura de avaliação em saúde no Brasil. O desenvolvimento de uma cultura de avaliação carece de qualificação técnica e de articulação com o planejamento e formulação de políticas, atrelados aos processos decisórios e à formação dos envolvidos (FELISBERTO, BEZERRA E ALBUQUERQUE, 2014).

Para Pisco (2006), as políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não devem só mostrar os problemas e as possíveis soluções, mas sim, gerar mudanças que direcionem à melhoria da qualidade dos serviços. Segundo o autor, o “objetivo não é outro, senão, a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis” (PISCO, 2006, p.566).

O programa é um projeto enorme que foi implantado em um curto espaço de tempo: a adesão iniciou em setembro de 2011 e a avaliação em maio de 2012. A fase de desenvolvimento e, principalmente, a de avaliação exigiu muitos esforços de todos os envolvidos na realização de ações que resultem em maior acesso e qualidade dos serviços de atenção básica, considerando o prazo curto entre produzir ações que melhorem os serviços e serem avaliados. Além disso, ainda está muito presente a ideia negativa de que a avaliação frequentemente resulta em ações punitivas para aqueles que não atingiram os resultados esperados (BRASIL, 2005). Com isso, a fase de avaliação do programa tende ser um momento de maior ansiedade para os gestores e equipes participantes do PMAQ.

Segundo Aquino, Medina e Abdon (2014), o PMAQ apresenta alguns desafios como o estabelecimento de parcerias entre universidades e gestores (federais, estaduais e municipais), a logística aplicada a um programa nacional para avaliar processos locais, a dinamicidade dos processos e mudanças esperadas em curto e médio espaço de tempo, e as contradições que podem ser geradas em relação à remuneração por desempenho.

A entrada de novas modalidades no programa é um desafio para seus formuladores que precisam estar atentos à definição dos padrões de qualidade/parâmetros tomados como

referência para construção dos instrumentos e às possíveis metodologias a serem utilizados na avaliação.

Pisco (2006) considera que é necessário criar uma cultura de avaliação que se baseia em fatos, e não em opiniões. No entanto, é preciso estimular a identificação do que pode ser melhorado visando a responsabilização dos indivíduos, de forma não culpabilizante.

Outros autores, como Fesliberto, Bezerra e Albuquerque (2014) e Pinto, Sousa e Florêncio (2012), destacam a importância de se construir espaços que inclua o máximo de atores envolvidos no processo avaliativo, com intuito de criar objetivos comuns, responsabilização dos indivíduos e reconhecimento dos resultados alcançados. Pinto, Sousa e Florêncio (2012) reforçam que o PMAQ aposta e fomenta uma cultura de negociação que propicia a implicação dos atores envolvidos, possibilitando atender aos seus interesses, necessidades e desejos.

A construção do PMAQ envolveu diversas áreas do MS, academia, CONASS, CONASEMS, gestores e profissionais de saúde com perspectivas distintas e promoveu debate acerca das temáticas do acesso e da qualidade na ABS. Os processos desenvolvidos a partir da criação do PMAQ mostra que institucionalizar a avaliação no âmbito do SUS requer investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos entre diversos atores envolvidos com o Programa (Aquino, Medina e Abdon, 2014).

REFERÊNCIAS

AQUINO, R., MEDINA, M. G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: SOUZA, M. F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes editora, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro. v.14, n.1, Jun. 2004, p.41-65.

CONNIL, E. M. Sobre a Importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3. 2006, p. 564-566.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.

DONABEDIAN, A. An introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press*, New York. 2003.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, Chicago. v. 114, n. 11, Nov. 1990, p.1115-1118.

FACCHINI, L. A. et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: SOUZA, M. F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes editora, 2014.

FELISBERTO, E.; Albuquerque, L. C.; Albuquerque, A. C. In: Avaliação na Estratégia Saúde da Família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: SOUZA, M. F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes editora, 2014.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n. 3. 2006, p.553-63.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M.V. da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The lancet*, London, maio. 2011. p.11-31. Disponível: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: março de 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde- RECIIS*, v. 6, No. 2, Sup., Ago., RIO DE JANEIRO. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>>. Acesso em: dez. 2012.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v.11, n.3, 2006.p. 566-5 68. 8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300004>>. Acesso em: dez. 2012.

SOUSA, M. F. Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004. 726p.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, no.2, abr. 2009, p.477-486.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2. 2004, p. S190-S198.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, out. 2007, p. 2490-2502.

Artigo 4: Unidades Básicas de Saúde no Brasil: Características e Análise das Estratégias para sua Qualificação

Basic Health Units in Brazil: Characteristics and Strategies for Analysis qualification

Autoras:

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti¹

Aristides Vitorino de Oliveira Neto²

Maria Fátima de Sousa³

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Consultora Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81860359

E-mail: pauline.cavalcanti@gmail.com

² Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Acessor Técnico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Endereço: QRSW 8, bloco A4, apto 106. Setor Sudoeste- Brasília/DF;

CEP: 70675-804

Telefone: 61- 81988196

E-mail: aristidesoliveira80@gmail.com

³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB).

Endereço: SCLN 406 bloco A, sala 220 – Asa Norte

Telefone: 61-3340-6863

E-mail: fatimasousa@unb.br

Resumo

O propósito deste estudo é caracterizar as condições de estrutura física e ambiência das Unidades Básicas de Saúde e as analisar as estratégias para sua qualificação no âmbito do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa que realizou a análise de dados secundários da Atenção Básica à Saúde. Os resultados mostram a ausência de ambientes essenciais em mais da metade das unidades de saúde. Sobre as condições de ambiência os maiores problemas estão relacionados à questão da higienização e ruídos no ambiente. Observou-se, ainda, que o Programa já proporcionou a realização de mais de seis mil obras de construções, reforma ou ampliação, visando à qualificação dos estabelecimentos de saúde no país.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Centros de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

Abstract

The purpose of this study is to characterize the conditions of physical infrastructure and ambience of the Units Basic Health and analyze the strategies for their qualification under the Upgrading of Basic Health Units Program. This is a quantitative study that was conducted based on the secondary data analysis of Primary Health Care. The results show the absence of critical environments in over half of the health care units. On the conditions of ambience the biggest problems are related the issue of hygiene and noise in the environment. It was observed also that the Program provided the realization of more than six thousand construction of both renovation and expansion, aiming at the qualification of health facilities in the country.

Keywords: Primary Health Care; Health Centers; Quality, Access, and Health Care Evaluation.

Introdução

Com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o consequente aumento da oferta de serviços de saúde no Brasil nos últimos anos, também cresceu a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em função disso, as UBS têm sido utilizadas pela população com mais frequência resultando em maior acesso e disponibilidade de serviços de Atenção Básica – AB – (Fausto; Fonseca, 2013; Paim et al., 2011). Contudo, a inadequação das unidades é um problema apontado em diversos estudos (FACCHINI et al., 2014; FAUSTO; FONSECA, 2013; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011).

A inadequação da estrutura física das unidades, somada a insuficiência de profissionais, falta ou deficiência de equipamentos e materiais para Atenção à Saúde são limitadores para atuação das equipes de Atenção Básica – eAB – (Facchini et al., 2014; FAUSTO; FONSECA, 2013; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011).

Dentre as estratégias do Ministério da Saúde (MS) voltadas para a estruturação e o fortalecimento da AB, destaca-se o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), que é a principal iniciativa do Governo Federal para construção e reestruturação das unidades de saúde visando à qualificação desses serviços.

Outra ação importante foi o Censo das Unidades Básicas de Saúde (Censo das UBS) realizado em 2012 com objetivo de avaliar as unidades de saúde do Brasil. As informações obtidas buscam conhecer a realidade da infraestrutura das UBS no país e, com isso, subsidiar as ações voltadas ao fortalecimento das políticas de saúde. Assim, integra as ações de qualificação da AB, estando articulado e alinhado às prioridades pactuadas pelo Governo Federal.

O presente estudo busca caracterizar as condições de estrutura física e ambiência das UBS e analisar as estratégias para sua qualificação com foco na implantação dos componentes construção, reforma e ampliação do Requalifica UBS.

A Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde no Brasil

Em mais de 20 anos, a oferta de serviços de AB no país ampliou. A quantidade de UBS passou de vinte mil em 1988 (IBGE/AMS, 2005 apud FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013) para mais de trinta e oito mil em 2012 (PINTO, 2013), o que resultou em seu uso regular mais frequente pela população, indicando maior acesso e disponibilidade dos serviços de AB (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013). Mesmo assim, ainda é preciso avançar na ampliação de serviços com vistas a garantir ampliação da cobertura, do escopo e da resolubilidade da AB (PINTO; KOERNER; SILVA, s.d.).

No entanto, diversos autores (FACCHINI et al., 2014; FAUSTO; FONSECA, 2013; ROCHA et al., 2012; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011) apontam o problema da inadequação da estrutura física das UBS como uma das principais dificuldades para concretização das ações da AB, já que repercute negativamente no desenvolvimento das ações de saúde pelas equipes de Atenção Básica (eAB).

Os estudos evidenciam a ausência de ambientes essenciais e precária estrutura física das unidades. Um dos problemas que influencia nesta situação é que muitas unidades são estabelecimentos improvisados para o trabalho em saúde, funcionando em casas alugadas na comunidade que não atendem às necessidades dos profissionais das equipes e nem dos usuários (VIEIRA et al., 2013; ROCHA et al., 2012; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011; SIQUEIRA et al., 2009).

Em 2005, diversos gestores apontaram a necessidade de ampliar a quantidade e qualidade da estrutura física das unidades de saúde. No entanto, após cinco anos foi verificado que a inadequação persistia (FACCHINI et al., 2014). Os profissionais das equipes consideram que as unidades estão em precárias condições e afirmam que essa questão é um dos principais obstáculos para o desenvolvimento do trabalho (ROCHA et al., 2012).

Por sua vez, os usuários também demonstram insatisfação em relação às UBS. Segundo eles, até mesmo naquelas de construções mais novas e projetadas como tal não asseguram o acesso das pessoas (SIQUEIRA et al., 2009). Desta forma, entende-se que a estrutura física das unidades de saúde deve permitir a realização das ações previstas para a APS e deve ter coerência com as necessidades da população atendida.

O MS aponta a importância de viabilizar o acesso a todos os usuários às Unidades de Saúde de forma acolhedora e humanizadora que permita à população uma atenção à saúde de qualidade, demonstrando preocupação não só com a estrutura da UBS, mas também, com a sua ambiência (BRASIL, 2008).

Ambiência refere-se ao espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para todos que utilizam a UBS: trabalhadores, profissionais de saúde ou usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é caracterizada pelos vários elementos presentes no ambiente, como as tecnologias e outros componentes estéticos ou sensíveis percebidos pelo olhar, olfato e audição como luminosidade, temperatura e ruídos (BRASIL, 2008).

Os estudos (FACCHINI et al., 2014; FAUSTO; FONSECA, 2013; ROCHA et al., 2012; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011) revelam que há diversos problemas tanto na estrutura física, quanto na ambiência das UBS, entretanto, vale destacar que alguns esforços vêm sendo realizados para viabilizar a transformação desse cenário. Segundo Siqueira et al. (2009), o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), iniciado em 2002, é um exemplo disso. O Programa, promovido pelo Governo Federal, aplicou recurso financeiro para a qualificação da infraestrutura de UBS em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes.

Mesmo reconhecendo o impulso promovido pelo PROESF, Siqueira et al. (2009) explicam que o acelerado envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas aumentam a demanda por serviços de AB, exigindo uma intervenção mais enfática para a melhoria da estrutura física das unidades de saúde no intuito de atenderem às necessidades dos usuários que buscam o serviço.

Em 2008, o MS elaborou o Manual de Estrutura Física das UBS, enfatizando que os espaços das unidades devem ser adequados à realidade local, em conformidade com população a ser atendida, suas necessidades e especificidade da situação de saúde; e considerando, ainda, os profissionais existentes, os fluxos de atendimento e as atividades a serem desenvolvidas. “Esses fatores delineiam prioridades, estabelecem limites e propõem a organização dos processos de trabalho, na perspectiva da ambiência” (BRASIL, 2008, p.7).

Posteriormente, em setembro de 2009, foi publicada a portaria nº 2.226, que instituiu o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para ESF, com objetivo de financiar a construção de UBS com infraestrutura adequada ao trabalho das equipes. Estabeleceu, ainda, o porte das UBS de acordo com o número de equipes lotadas, a área física mínima e os ambientes necessários em conformidade com o Manual de Estrutura Física.

As UBS devem conter os seguintes ambientes mínimos: consultórios médico, de enfermagem e odontológico; sala de procedimentos; sala exclusiva de vacinas; sala de curativos; área de espera; sala de reuniões; copa/cozinha; área de depósito de materiais de limpeza; sanitário para o público (adaptado para deficientes físicos); banheiro para funcionários; sala de utilidades/apoio à esterilização (quando não há central de materiais e esterilização); abrigo de resíduos sólidos (expurgo) e depósito de lixo (BRASIL, 2009; 2008).

Em 2011, foi instituído o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) que propõe uma estrutura física adequada para o funcionamento das UBS e desenvolvimento das ações pelas eAB, e cria incentivo financeiro para a qualificação das UBS no país (BRASIL, 2013a; b; c; 2011c). O Programa está dividido em cinco componentes: construção, reforma, ampliação, informatização e implantação das atividades do Programa Telessaúde Brasil Redes nas UBS e, finalmente, construção de unidades fluviais (BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c; 2011b; 2011c).

No componente construção, as unidades estão classificadas por Porte da UBS (com base no número de equipes que trabalham na unidade), que foi o aspecto considerado na definição do valor dos incentivos financeiros destinados ao financiamento da obra (BRASIL, 2013b).

O componente Reforma de UBS é composto por quinze grupos de serviços. São financiadas, apenas, UBS com metragem de área construída superior a 153,24 m² – cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados – (BRASIL, 2013c).

Já o componente ampliação é definido pela quantidade e tipos de ambiente da UBS, conforme as regras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O MS financia ampliações de UBS com metragem inferior a 153,24 m² e, ainda, aquelas que tenham sua oferta de serviços ampliada, mesmo com a metragem superior a 153,24 m² (BRASIL, 2013a).

O componente informatização e implantação do Telessaúde tem como objetivo “ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde”. Deste modo, os recursos são repassados de acordo com o número de equipes que serão contempladas com o projeto, e deverão ser utilizados para aquisição de equipamentos de informática e para garantir a conectividade e o uso de tecnologias de informação (BRASIL, 2011b, p.1).

Por fim, o quinto componente destina incentivos financeiros à construção de Unidades Fluviais para que tenham infraestrutura adequada ao trabalho das equipes de saúde da família fluviais (BRASIL, 2013d).

No Requalifica UBS, o monitoramento das obras de qualquer componente é imprescindível para garantir o financiamento. Assim, as informações e documentações devem estar atualizadas no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). O sistema é utilizado pelos gestores municipais para a adesão ao programa, registro do andamento das obras e acompanhamento dos repasses realizados pelo MS (Brasil, 2013a; 2013b; 2013c; 2011b, 2011c).

Outro movimento importante promovido pelo MS, que contou com o apoio dos gestores estaduais, municipais e envolveu a parceria com instituições acadêmicas, aconteceu em 2012, foi a realização do primeiro Censo de todas as UBS existentes no Brasil. O Censo das UBS teve finalidade de levantar informações para subsidiar o aperfeiçoamento das políticas de saúde e balizar os investimentos dos governos federal, estadual e municipal na AB (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Esse processo contemplou elementos relacionados à infraestrutura, equipamentos, materiais, insumos e medicamentos das UBS (Brasil, 2011a). Portanto, o Censo é fundamental para reconhecimento das condições de trabalho nas unidades, auxiliando na compreensão dos limites e de possíveis avanços que podem ser alcançados nos serviços, uma vez que diversas ações podem ser impulsionadas ou dificultadas pela ausência ou inadequação de componentes essenciais para o desenvolvimento das ações de saúde.

Para qualificar as ações programáticas e gestão dos serviços, Facchini et al. (2014) recomendam aos gestores a adoção de um plano diretor para construção, reforma, equipamento e manutenção das UBS. Neste sentido, é importante destacar a relevância da

parceria do Governo Federal com estados e municípios para o investimento de mais recursos com foco na modernização e qualificação do atendimento à população (BRASIL, 2011c).

Metodologia

Este trabalho realizou uma pesquisa quali-quantitativa a partir da análise bibliográfica e documental e da análise de bases de dados secundários referentes à Atenção Básica em Saúde, oriundos do Ministério da Saúde.

Para tanto, foram utilizadas as base de dados do Censo das Unidades Básicas de Saúde para caracterizar as condições de estrutura físicas e ambiência das UBS e do Sistema Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde (Requalifica UBS) para analisar a implantação dos componentes de construção, reforma e ampliação.

Na **primeira etapa** deste estudo foram analisados os documentos relacionados ao Requalifica UBS. Para isso, utilizou-se como fontes de dados os documentos oficiais e técnicos publicados pelo MS no período de 2011 a 2013, descritos abaixo:

- Portaria nº 2206, de 14 de setembro de 2011 - Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma;
- Portaria nº 339, de 4 de março de 2013 - Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Portaria nº 340, de 4 de março de 2013 - Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Portaria nº 341, de 4 de março de 2013 - Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Nota técnica - Alteração de regras do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que darão nova redação às portarias GM/MS 339 e 341/2013 (artigos 18 e 30) e GM/MS nº 340/2013 (artigos 17 e 32), publicadas no Diário Oficial da União do dia 05 de março de 2013.

Os documentos foram buscados no site oficial do Departamento de Atenção Básica/MS e na ferramenta de busca do Google® utilizando os termos “qualidade da atenção básica”, “melhoria da qualidade da atenção básica”. O critério para seleção dos documentos considerou aqueles que tinham mais informações sobre o Requalifica UBS, como forma de não tornar as informações repetitivas.

A **segunda etapa** utilizou informações referentes a 38.812 Unidades de Saúde que foram avaliadas no Censo das UBS em 2012, a partir de um questionário que coletou dados relacionados à infraestrutura, equipamento, materiais, insumos e medicamentos nas UBS. Para tanto, foram selecionadas as variáveis do banco de dados do Censo das UBS sobre as características estruturais (ambientes, rede hidráulica, rede elétrica, rede sanitária) e ambiência (iluminação, ventilação, ruídos, higiene) da unidade. Os dados das UBS do Censo foram analisados considerando a seguinte categoria analítica: Características Estruturais e a Ambiência da UBS.

A **terceira etapa** utilizou informações do Requalifica UBS referentes a um universo variado de municípios: 2.863 com obras de reforma, 3.136 com obras de ampliação e 3.138 com obras de construção.

Essas informações são provenientes do SISMOB e foram inseridas pelos gestores da AB dos municípios atendidos pelo Programa até maio de 2014, como forma de comprovar as etapas de andamento das obras. Para esta etapa foram escolhidas as variáveis do SISMOB relativas à quantidade de propostas e a conclusão de obras. Os componentes construção, reforma e ampliação foram analisados em função das seguintes categorias de análise: Financiamento Governo Federal de proposta para obras e Conclusão de obras de UBS.

As variáveis selecionadas para este estudo foram armazenadas em um banco de dados estruturado no programa Microsoft Office Excel 2010 para Windows®. A partir disso, foram calculadas frequências relativas para as variáveis e criadas tabelas para serem analisadas.

Este estudo utiliza dados secundários do Ministério da Saúde, desta forma está dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética. No entanto, os bancos de dados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde.

Resultados e Discussão

Neste tópico vamos mostrar resultados do Censo das UBS com informações sobre as condições das unidades de saúde relacionadas à infraestrutura e à ambiência, e resultados da implantação do Requalifica UBS por meio dos componentes de construção reforma, ampliação considerando as propostas contempladas e as obras concluídas.

Uma dificuldade que observamos na realização deste estudo está relacionada à baixa quantidade de estudos disponíveis para embasar a discussão. Mesmo assim, foi possível utilizar os poucos estudos encontrados e as normas do MS como referência para discutir os achados que serão apresentados.

Censo das Unidades Básicas de Saúde

Para a realização do Censo das UBS, o MS selecionou os estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como Posto de Saúde, Centro de Saúde ou UBS, com base nas informações de maio de 2012. Inicialmente estavam previstas para serem avaliadas 43.424 UBS. No entanto, algumas não existiam, outras não foram encontradas, e alguns gestores recusaram a avaliação (FAUSTO; FONSECA, 2013). Por fim, foram avaliados 38.812 estabelecimentos de saúde no país.

Características estruturais em ambiência das UBS

O Censo das UBS avaliou 21 ambientes nas Unidades de Saúde que estão conforme a tabela a seguir:

Tabela 1- Situação das unidades de saúde considerando os ambientes avaliados no Censo das UBS

Ambientes	UBS adequadas		UBS inadequadas	
	Número (Nº)	Percentagem (%)	Número (Nº)	Percentagem (%)
Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	5.830	15,0	32.982	85,0
Sala de Observação	6.165	15,9	32.647	84,1
Sala de Estocagem de Medicamentos	6.493	16,7	32.176	82,9
Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	9.252	23,8	29.560	76,2
Sala de nebulização	9.476	24,4	29.336	75,6
Expurgo	9.609	24,8	29.203	75,2

(Continua)

(Conclusão)

Tabela 1- Situação das unidades de saúde considerando os ambientes avaliados no Censo das UBS - 2012

Ambientes	UBS adequadas		UBS inadequadas	
	Número (Nº)	Percentagem (%)	Número (Nº)	Percentagem (%)
Sala de Acolhimento	9.934	25,6	28.767	74,1
Sala de reunião e atividades educativas	12.546	32,3	26.266	67,7
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	13.135	33,8	25.677	66,2
Local para depósito de lixo comum	14.212	36,6	24.600	63,4
Sala de procedimento	18.135	46,7	20.677	53,3
Farmácia	22.690	58,5	16.122	41,5
Sala de Curativo	22.947	59,1	15.865	40,9
Sanitário para usuário masculino	23.508	60,6	15.304	39,4
Sanitário para usuário feminino	23.603	60,8	15.209	39,2
Sala de vacina	25.434	65,5	13.378	34,5
Consultório Odontológico	26.486	68,2	12.215	31,5
Banheiros para funcionários	32.313	83,3	6.499	16,7
Recepção	33.661	86,7	5.151	13,3
Sala de Espera	34.879	89,9	3.855	9,9
Consultório Clínico	37.352	96,2	1460	3,8

Conforme a tabela 1, do total de ambientes avaliados no Censo das UBS, onze estavam ausentes em pelo menos 50% das unidades. Dentre eles, três ambientes faltam em mais de 80% das unidades: o sanitário adaptado para pessoas com deficiência, a sala de observação e a sala de estocagem de medicamentos. Observamos, ainda, que oito ambientes estavam ausentes entre 50% a 80% das UBS: a sala de lavagem/descontaminação, a sala de nebulização, o expurgo, a sala de acolhimento, a sala de reunião e atividades educativas, a sala de esterilização e estocagem de material esterilizado, o local para depósito de lixo comum e a sala de procedimento.

Destaca-se que o consultório clínico foi o ambiente mais encontrado nas unidades, presentes em mais de 95%. Seguido da sala de espera, recepção e o banheiro para funcionários que existiam em mais de 80% das unidades.

De forma geral, as pesquisas identificaram a ausência ou inadequação de ambientes para atendimento clínico e realização de procedimentos; realização de atividades coletivas pela equipe sejam reuniões ou atividades educativas; armazenamento de prontuários; acondicionamento de medicamentos básicos; descarte, limpeza/esterilização ou estocagem de materiais e para os resíduos sólidos, em respeito às normas de biossegurança (FAUSTO;

FONSECA, 2013; VIEIRA et al., 2013; ROCHA et al., 2012; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011).

Diversos autores (FAUSTO; FONSECA, 2013; VIEIRA et al., 2013; ROCHA et al., 2012; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011) destacam nas suas pesquisas que a maioria das UBS não atende às necessidades dos usuários que procuram o serviço, estando ausentes ou inadequados ambientes como recepção, sala de espera (com cadeiras), banheiros (principalmente para pessoas com deficiência ou limitações).

Desta forma, tanto o Censo das UBS quanto as outras pesquisas mencionadas neste estudo apontam a necessidade de se investir mais e estimular o desenvolvimento de iniciativas que modifiquem o cenário de inadequação e precariedade das unidades de saúde visando atender às expectativas e necessidades dos gestores e trabalhadores e usuários do SUS.

As unidades também foram avaliadas em função das características estruturais e ambiência. A tabela 2 mostra os aspectos que foram verificados.

Tabela 2 – Situação da unidade de saúde considerando as características estruturais e ambiência - 2012

Características estruturais e ambiência da unidade de saúde	UBS adequadas		UBS inadequadas	
	Nº	%	Nº	%
Ambientes com janelas ou ventilação indireta (exaustores) possibilitando a circulação de ar	25.138	64,8	13.674	35,2
Ambientes claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível	26.791	69,0	12.021	31,0
Os pisos, paredes e tetos da Unidade de Saúde de superfície lisa e lavável	18.516	47,7	20.296	52,3
Acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo	14.395	37,1	24.417	62,9
Os consultórios da Unidade de Saúde permitem privacidade ao usuário	31.994	82,4	6.818	17,6

A tabela 2 mostra que em mais de 82% das UBS os consultórios permitiam privacidade no atendimento, que é uma quantidade expressiva. Por outro lado, por mais que o consultório clínico tenha sido o ambiente mais presente nas UBS, ainda existe uma quantidade significativa de unidades com falhas em relação à privacidade no consultório, já que em quase 18% de unidades há problemas, representado mais de seis mil e quinhentos estabelecimentos de AB no país.

Considerando a garantia de privacidade ao usuário uma questão importante para a ambiência da unidade (BRASIL, 2008), enfatizamos que a manutenção da privacidade não é só uma questão física, também diz respeito às práticas dos profissionais na unidade. Sobre esse assunto, Gervás e Fernández (2011) verificaram que a privacidade do atendimento realizado pelos profissionais das equipes é um aspecto pouco respeitado, pois durante o atendimento ocorrem muitas interrupções e às vezes a porta fica aberta.

Em relação à luminosidade, ventilação e ruídos, as UBS estavam em pior situação no último item. A luminosidade encontrou-se adequada em quase 70% das UBS e a ventilação em cerca de 65%. O ruído no ambiente estava presente em mais de 60% das UBS. No entanto, a tabela 2 mostra que menos de 50% das UBS possuíam revestimento adequado das paredes, tetos e pisos, prejudicando a limpeza dos ambientes.

O Censo também verificou a situação das unidades no que se refere às redes hidráulica, elétrica e sanitária, conforme mostram as tabelas 3, 4 e 5, a seguir.

De acordo com a tabela 3, observou-se que 24% das UBS apresentavam mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas; 12% estavam com torneiras pingando e mais de 11% sem sair água; e quase 9% com vasos sanitários vazando.

Tabela 3 – Situação da unidade de saúde considerando a rede hidráulica, elétrica e sanitária - 2012

Rede hidráulica da unidade de saúde	UBS adequadas		UBS inadequadas	
	Nº	%	Nº	%
Mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas	29.497	76,0	9.314	24,0
Torneiras sem sair água	34.498	88,9	4.313	11,1
Torneiras pingando	34.144	88,0	4.667	12,0
Vasos sanitários com vazamentos	35.331	91,0	3.480	9,0
Rede elétrica na unidade de saúde	UBS adequadas		UBS inadequadas	
	Nº	%	Nº	%
Fios expostos, soltos ou desencapados	30.079	77,5	8.731	22,5
Tubulação de plástico por fora da parede com fio	31.739	81,8	7.071	18,2
Rede sanitária da UBS	UBS adequadas		UBS inadequadas	
	Nº	%	Nº	%
Cheiro de esgoto	34.498	88,9	4.312	11,1
Vasos sanitários entupidos	37.316	96,1	1.494	3,8
Vasos sanitários interditados	33.878	87,3	4.932	12,7

No que se refere à rede elétrica, a tabela 4 mostra que 22,5% das UBS apresentavam fios expostos, soltos ou desencapados e mais de 18% com tubulação de plástico por fora da parede com fio.

Sobre a rede sanitária, em menos de 13% das UBS foram evidenciados problemas. Do total de UBS avaliadas, cerca de 13% tinham vasos sanitários interditados, pouco mais de 11% com cheiro de esgoto e quase 4% estavam com vasos sanitários entupidos.

A estrutura das UBS deve levar em consideração as instalações elétricas e hidráulicas, a ventilação, a luminosidade, o fluxo de usuários e a facilidade na limpeza e desinfecção (BRASIL, 2008). Os resultados mostram que há problemas na ambiência das unidades, a maioria relacionado a ruídos e higienização de tetos, pisos e paredes, que chegam a afetar mais de 50% dos estabelecimentos.

Alguns estudos também revelam uma situação complicada em relação à ambiência das unidades. Fausto e Fonseca (2013, p.205) afirmam que as unidades não têm condições sanitárias para funcionamento, e consideram que “o ambiente de trabalho, é insalubre, perigoso e ergometricamente desfavorável”. Muitas UBS apresentam problemas na infraestrutura (infiltrações; mofo; superfícies, piso e paredes de difícil higienização) instalações elétricas e hidráulicas com necessidade de manutenção, não possuem sistema de ventilação adequado, problemas de fornecimento de água, armazenamento de materiais espalhados pela unidade (VIEIRA et al., 2013; GERVÁS; FERNÁNDEZ, 2011).

Para Gervás e Fernández (2011) e Siqueira et al. (2009), os resultados encontrados em suas pesquisas são alarmantes. Desta forma, o reconhecimento da situação das UBS no país e a implementação e articulação de diferentes ações com maior investimento tripartite neste sentido é fundamental para induzir mais rapidamente um processo de melhoria.

Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde

Financiamento do Governo Federal de proposta para construção, reforma e ampliação

Para obter os recursos financeiros do Requalifica UBS, o município interessado cadastra sua proposta de obra de construção, reforma ou ampliação no sistema, para serem analisadas e, possivelmente habilitadas pelo MS. De 2011 a 2013, foram atendidas 6.375, 8.302, 8373 propostas de construção, reforma e ampliação, respectivamente. Em síntese,

existem 23.050 obras do Requalifica UBS previstas para acontecerem ou sendo desenvolvidas no Brasil, conforme tabela 4.

Tabela 4- Propostas de construção, reforma e ampliação financiadas pelo Governo federal entre 2011 e 2014

Estado	Proposta de construção		Proposta de reforma		Proposta de ampliação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AC	58	0,9	43	0,52	42	0,5
AL	128	2,0	153	1,84	169	2,0
AM	157	2,5	130	1,57	111	1,3
AP	20	0,3	35	0,42	52	0,6
BA	614	9,6	1.128	13,59	927	11,1
CE	403	6,3	555	6,69	513	6,1
DF	15	0,2	2	0,0	61	0,7
ES	84	1,3	82	0,99	87	1,0
GO	326	5,1	270	3,25	268	3,2
MA	453	7,1	324	3,90	715	8,5
MG	499	7,8	1.023	12,32	616	7,4
MS	78	1,2	94	1,13	170	2,0
MT	190	3,0	230	2,77	240	2,9
PA	427	6,7	348	4,19	517	6,2
PB	212	3,3	298	3,59	262	3,1
PE	319	5,0	339	4,08	452	5,4
PI	297	4,7	175	2,11	542	6,5
PR	291	4,6	554	6,67	554	6,6
RJ	213	3,3	320	3,85	237	2,8
RN	192	3,0	161	1,94	233	2,8
RO	63	1,0	59	0,71	58	0,7
RR	45	0,7	22	0,26	56	0,7
RS	259	4,1	305	3,67	367	4,4
SC	246	3,9	324	3,90	300	3,6
SE	102	1,6	84	1,01	117	1,4
SP	590	9,3	1135	13,67	621	7,4
TO	94	1,5	109	1,31	86	1,0
TOTAL	6.375	100,0	8.302	100,00	8.373	100,0

Dentre as mais de 6 mil propostas com financiamento para construção de UBS, quase 60% delas estão localizadas nos estados da Bahia (9,8%), São Paulo (9,3%), Minas Gerais (7,8%), Maranhão (7,1%), Pará (6,7%), Ceará (6,3%), Goiás (5,1%) e Pernambuco (5%). Os estados com menos propostas foram Acre (0,9%) Roraima (0,7%), Amapá (0,3%), Distrito Federal (0,2%), no qual nenhum chegou a 1%.

Mais de 50% das mais de 8 mil propostas contempladas para reforma de UBS estão distribuídas em São Paulo (13,7%), Bahia (13,6%), Minas Gerais (12,3%), Ceará (6,69%) e Paraná (6,67%). Os estados com menor quantidade de propostas para reforma foram Espírito

Santo (0,9%), Rondônia (0,7%), Acre (0,5%), Amapá (0,4%) e Roraima (0,3%) e o Distrito Federal com apenas dois projetos de reforma, correspondendo a 0,02%.

Cerca de 60% das propostas de ampliação estão concentradas nos estados da Bahia (11,1%), Maranhão (8,5%), Minas Gerais (7,4%), São Paulo (7,4%), Paraná (6,6%), Piauí (6,5%), Pará (6,2%) e CE (6,1%). Com menos de 1% de proposta cada um, destacam-se o Distrito Federal (0,7%), Rondônia (0,7%), Roraima (0,7%), Amapá (0,6%) e Acre (0,5%) apresentam os menores quantitativos de propostas.

Verificamos que todos os estados brasileiros tiveram municípios contemplados com recurso para melhoria da estrutura física das unidades de saúde. Um número considerável de municípios possuem obras no Requalifica UBS, são mais de 3.138 com construção, 3.136 com ampliação e 2.863 com reforma de UBS. Desta forma, desde seu lançamento em 2011, o Requalifica UBS tornou-se “o maior programa de investimento na rede física da já realizado no SUS” (PINTO; KOERNER; SILVA, s.d., p.8).

Segundo Rocha et al. (2012), os gestores afirmam estarem cientes das necessidades de adequar as UBS, no entanto os municípios têm dificuldades para fazê-las. Nesse sentido, consideramos que um dos principais obstáculos está atrelado ao financiamento dessas obras, uma vez que a fragilidade financeira de alguns municípios pode limitar a utilização dos recursos financeiros existentes para estruturação da rede física (SOUSA, 2007).

Conclusão de obras de construção, reforma e ampliação

As normativas referentes ao Requalifica UBS estabelecem o prazo para conclusão das obras financiadas pelo Governo federal. Tanto as obras habilitadas no período de 2009 a 2012 quanto àquelas habilitadas a partir de 2013 estão condicionadas ao prazo de dezoito meses para conclusão. Todavia, a contagem do prazo é diferenciada a depender do período. Para o primeiro, conta-se a partir de 5 de março de 2013, e para o segundo, o prazo é contado a partir da data do repasse da primeira parcela do incentivo financeiro.

Por meio do incentivo do requalifica UBS, já foram finalizadas 6.354 unidades no Brasil, das quais 1.602 de construção, 3.095 de reforma e 1.657 de ampliação, como mostra a tabela 5.

Tabela 5 – Conclusão de obras de construção, reforma e ampliação entre 2011 e 2014

Estado	Conclusão de obras de construção		Conclusão de obras de reforma		Conclusão de obras de ampliação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AC	35	2,2	22	0,7	15	0,9
AL	17	1,1	49	1,6	23	1,4
AM	21	1,3	28	0,9	27	1,6
AP	6	0,4	16	0,5	18	1,1
BA	127	7,9	557	18,0	177	10,7
CE	147	9,2	233	7,5	144	8,7
DF	5	0,3	0	0,0	0	0,0
ES	21	1,3	13	0,4	8	0,5
GO	62	3,9	105	3,4	48	2,9
MA	51	3,2	112	3,6	154	9,3
MG	101	6,3	261	8,4	40	2,4
MS	29	1,8	27	0,9	44	2,7
MT	39	2,4	106	3,4	46	2,8
PA	80	5,0	181	5,8	108	6,5
PB	83	5,2	87	2,8	42	2,5
PE	74	4,6	101	3,3	69	4,2
PI	71	4,4	79	2,6	144	8,7
PR	116	7,2	220	7,1	146	8,8
RJ	68	4,2	90	2,9	31	1,9
RN	53	3,3	48	1,6	16	1,0
RO	24	1,5	15	0,5	10	0,6
RR	7	0,4	9	0,3	12	0,7
RS	100	6,2	69	2,2	58	3,5
SC	93	5,8	162	5,2	77	4,6
SE	13	0,8	13	0,4	6	0,4
SP	120	7,5	443	14,3	164	9,9
TO	39	2,4	49	1,6	30	1,8
TOTAL	1602	100,0	3095	100,0	1657	100,0

Em relação à construção, mais de 50% das obras concluídas concentram-se no Ceará (9,2%), Bahia (7,9%), São Paulo (7,5%), Paraná (7,2%), Minas Gerais (6,3%), Rio Grande do Sul (6,2%) e Santa Catarina (5,8%). Os estados de Sergipe (0,8%), Roraima (0,4%), Amapá (0,4%), Distrito Federal (0,3%) não obtiveram nem 1% de conclusão das obras.

Constatamos que existem 3.095 reformas de unidades concluídas. Mais da metade estão na Bahia (18%), São Paulo (14,3%) e Minas Gerais (8,4%), Ceará (7,5%) e Paraná (7,1%). Outros oito estados têm menos de 1% de reformas concluídas cada um, são eles: Amazona (0,9%), Mato grosso do Sul (0,9%), Acre (0,7%), Amapá (0,5%), Rondônia (0,5%), Sergipe (0,4%), Espírito Santo (0,4%) e Roraima (0,3%). O Distrito Federal está em pior situação, neste caso, não há nenhuma obra de reforma construída.

Cerca de 50% das obras de ampliação concluídas localizam-se na Bahia (10,7%), São Paulo (9,9%), Maranhão (9,3%), Paraná (8,8%) e Ceará (8,7%). No Acre (0,9%), Roraima (0,7%), Rondônia (0,6%), Espírito Santo (0,5%) e Sergipe (0,4%) as ampliações não chegam a 1% de conclusão da obra em cada estado. No Distrito Federal nenhuma obra deste componente foi finalizada.

Observamos que, em alguns estados, o percentual de conclusão das obras encontra-se muito baixo, o que pode ser resultado de problemas na condução do processo no nível local ou dificuldade em manter o SISMOB atualizado com informações necessárias para o repasse do recuso do Programa. Neste sentido, é preciso ir mais a fundo para reconhecer os fatores que dificultam a finalização da obra e, também, buscar reconhecer e estimular àqueles que agilizam esse processo.

É fundamental o apoio solidário entre os gestores na tentativa de desburocratizar e facilitar a implementação dessa ação. Uma iniciativa simples e importante realizada pelo MS foi a oferta dos “Projetos de Arquitetura” para os quatro portes de UBS, com forma de apoiar a execução dos investimentos pelos municípios, economizando tempo e recursos (BRASIL, s.d., p.1).

Considerações Finais

Este estudo mostrou que a adequação física das UBS, tanto em relação à estrutura física como à ambiência, visando atender às necessidades de saúde da população, desponta como uma questão central na agenda de gestores, trabalhadores de saúde e usuários. O Censo da UBS revelou a ausência de diversos ambientes e as precárias condições de funcionamento das unidades de saúde, o que dificulta a realização das ações de saúde pelas eAB e transmitem uma imagem à população de um serviço de baixa qualidade.

A divulgação dos achados relacionados a uma pesquisa de proporções vultosas como a do Censo da USB é fundamental, podendo ser útil para auxiliar os diversos atores do SUS a fazerem um debate e pactuarem soluções para a melhoria dos serviços e dar transparência aos resultados alcançados pelas políticas públicas. Nesse contexto, destacamos que essa ação demonstra estrita conexão com o Requalifica UBS, podendo apoiar o seu aprimoramento.

Notamos, também, que o Governo Federal tem se esforçado no sentido de melhorar a infraestrutura das UBS, por meio do repasse de recursos destinadas a obras de reforma, ampliação, construção, e também de apoio técnico, no sentido de facilitar a captação do financiamento para execução das obras, por meio do programa Requalifica UBS. Além dessas iniciativas que visam facilitar a execução da política em parceria com os gestores municipais, o MS estabeleceu o M&A como um componente importante do processo, visto que está atrelado ao repasse do recurso destinado às obras no âmbito do Requalifica UBS.

Apesar de reconhecermos esse Programa como uma iniciativa inédita em abrangência, formato e volume de recursos envolvidos, podemos afirmar que há um abismo enorme entre o que foi encontrado na pesquisa e o que está definido para a estrutura física e ambiência das UBS no Manual de Estrutura Física das UBS e na portaria 2.226. Isso reforça a necessidade dos gestores continuarem investindo nas unidades de saúde, negociando de forma tripartite os recursos e definindo as prioridades de adequação, sobretudo em função dos programas e políticas atuais da AB.

É importante que os formuladores do programa estejam atentos a problemas que podem prejudicar/dificultar a conclusão das obras, pois atrasos podem acarretar transtornos para gestores municipais, profissionais das equipes e usuários dos serviços de AB dos municípios. Além disso, pode levar à ineficiência na execução dos recursos vinculados ao programa. Desta forma, os pode ser preciso rever, inclusive, algumas regras (prazos para conclusão de obras, repasse de recurso) e reorientar as ações do Requalifica UBS.

Por fim, ressaltamos que os investimentos que vem ocorrendo afim de que as UBS possuam condições adequadas para o trabalho das equipes proporcionam serviços de melhor qualidade e com foco nas necessidades concretas da população. A formulação de programas (inclusive com financiamento) e de recomendações que objetivam a melhoria das UBS é fundamental para contribuir com fortalecimento da AB.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto Padronizado UBS I. Disponível:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ubs/apresentacao_projeto.pdf>

Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 339, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 290, de 28 de fevereiro de 2013. Institui o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos Estados e aos Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 55p

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

FAUSTO, M. C. R; FONSECA, H. S. (Org). Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes editora, 2013.

FAUSTO, M. C. R; MENDONÇA; M. H. M, GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R, FONSECA, H. M. S. (Org). Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes editora, 2013. p. 291-311.

GERVÁS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Uma Atenção Primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. 2011. Disponível em:
<http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf> Acesso em: 15 mai. 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, London, p.11-31, maio. 2011. Disponível: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em: 31 mar. 2014.

PINTO, H.A. Saúde Mais Perto de Você. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, A.P.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica. Disponível: <<http://www.rededesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

ROCHA, A. C. D.; SOUSA, C. P. C.; QUEIROZ, D.; FIGUEROA, D. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. RAS, vol. 14, n. 54, p. 71-79, Abr./Jun. 2012.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, vol.14, n.1, p. 39-44, Jan./Feb. 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100009&script=sci_arttext> Acesso em: 25 mai. 2014.

VIEIRA, A. M. P.; CRUZ, A. P. F.; CUNHA, V. F da. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de Parnamirim – RN. Revista Científica da Escola da Saúde, ano.2, n.1, p. 35-49,out. 2012/mar. 2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, desde a criação da ESF, é evidente a grande aposta na Atenção Básica como dispositivo capaz de estruturar o SUS. Esta aposta, no entanto, não tem garantias, isto é, não se concretiza apenas com o aumento da cobertura populacional. É necessário, desta forma, que a AB seja alvo de investimentos, que vão desde um maior aporte de recursos financeiros, passando por uma política de formação e valorização dos profissionais, até a oferta de processos criativos e inclusivos de qualificação.

Neste estudo foi possível verificar que ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, de modo que a AB seja capaz de cumprir seu papel estruturante no SUS. Assim, entende-se que o primeiro passo para superar os entraves existentes é conhecer/reconhecer os problemas e, a partir disso, construir respostas mais adequadas às mudanças necessárias.

Observou-se que os gestores reconhecem algumas questões como fundamentais na produção de mudanças na AB, tais quais, a institucionalização de processos de M&A; o investimento na infraestrutura das UBS, que envolve a qualificação da estrutura física e ambiência, além da informatização e a conectividade das unidades; e o estímulo do Planejamento em Saúde como ferramenta de gestão.

A partir do reconhecimento de que é necessário enfrentar esses desafios, o Ministério da Saúde, em parceria com gestores municipais e estaduais, além de outros atores como o Conselho Nacional de Saúde e instituições públicas de ensino e pesquisa, tem desenvolvido iniciativas que visam qualificar os serviços de AB e fortalecer seu papel no SUS.

Uma das principais iniciativas, neste sentido, é o PMAQ, que instituiu diversas ações para a melhoria das práticas das equipes de saúde e da gestão, apostando em estratégias como a autoavaliação, o monitoramento dos indicadores e a avaliação externa. Além disso, o Programa incentivou a participação dos sujeitos por meio da adesão voluntária. Desta forma, representou um avanço na busca pelo estabelecimento de uma cultura de monitoramento e avaliação em saúde no Brasil.

Outra iniciativa importante e estratégica, que dialoga com o cenário demonstrado pelo Censo das UBS, é o esforço no sentido de qualificar a infraestrutura das unidades de saúde,

por meio do repasse de recursos destinadas a obras de reforma, ampliação, construção, no âmbito do Requalifica UBS, que se destaca pela significativa quantidade de obras em andamento ou concluídas.

Embora diversos caminhos possam ser traçados com objetivo de qualificar e fortalecer a AB, considera-se que estas iniciativas implantadas recentemente estão enfrentando alguns dos seus principais problemas e provocando importantes processos de mudanças nos serviços de saúde da AB. Portanto, entende-se que devem ser fomentadas e avaliadas com o intuito de verificar se os resultados esperados estão sendo alcançados, possibilitando ajustes e adoção de outras estratégias coerentes com novas realidades impostas.

REFERÊNCIAS

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The lancet*, London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: março de 2014.

SOUSA, M. F. Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, no.2, abr. 2009, p.477-486.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF; 24 out. 2011. Seção 1.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro. v.14, n.1, p.41-65, jun. 2004

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994. 176p.

THIOLLENT, M.. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez Editora; 2004.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p.19-98 e p.177-204. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CONNIL, E. M. Sobre a Importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-566. 2004.

FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate em Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. (Org.): FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, M. H. S. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora; 2013.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.* [online], vol.61, n.2, p. 153-158. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>>>. Acesso em: janeiro 2014.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E.D. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.14, p. 1325-1335. 2009. suplemento1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>>. Acesso em: março 2014.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.18, n.6, p. 1561-1569. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13251>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

SERAPIONI, M., 1998. Avaliação da Qualidade em Saúde: A Contribuição da Sociologia da Saúde para a Superação da Polarização entre a Visão dos Usuários e a Perspectiva dos Profissionais de Saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. (mimeo.)

DEMO, P. Educação e qualidade. Campinas: Editora Papyrus, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, EA., org. *Vigilância Sanitária: temas para debate* [online]. Salvador: EDUFBA; 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-12.pdf>>. Acesso em: março de 2014.

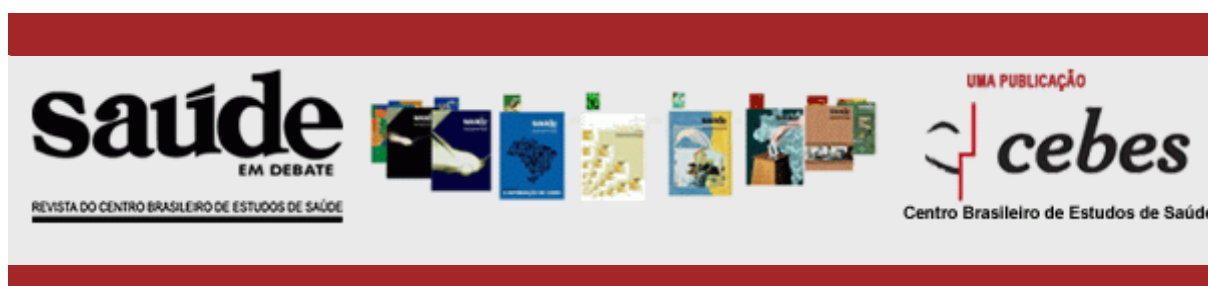
VIEIRA-DA-SILVA, L. M. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington, DC, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Comprovante de submissão de artigo na Revista Saúde em Debate

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – ISSN 0103-1104



Seu trabalho **Quais os Desafios para a Qualificação da Atenção Básica na Visão dos Gestores Municipais?** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.

Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – ISSN 0103-1104
Av. Brasil, 4036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 – FAX.: |21| 2260-3782 – revista@saudeemdebate.org.br
© Todos os direitos reservados para CEBES – Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação

ANEXO B – Comprovante de submissão de artigo na Revista Ciência e Saúde Coletiva

10-Sep-2014

Dear Mrs. Cavalcanti:

Your manuscript entitled "Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma contribuição para o Monitoramento e Avaliação no Sistema Único de Saúde" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2014-1363.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

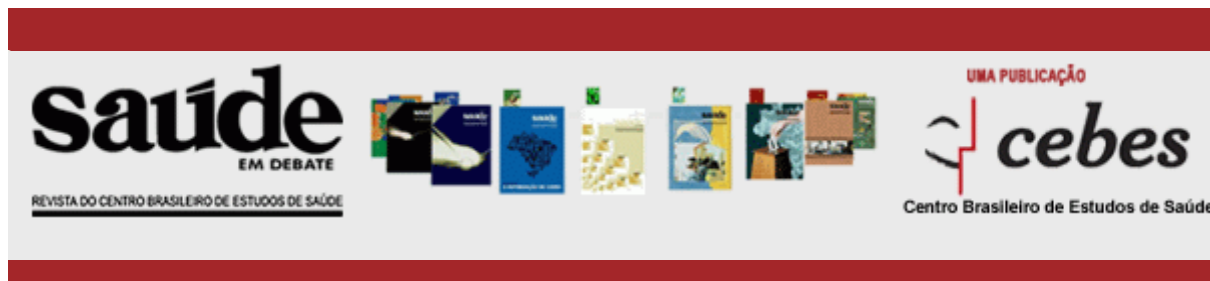
Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,

Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

ANEXO C – Comprovante de submissão de artigo na Revista Saúde em Debate

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – ISSN 0103-1104



Seu trabalho **O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA NARRATIVA DE SUA CONSTRUÇÃO** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.

Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

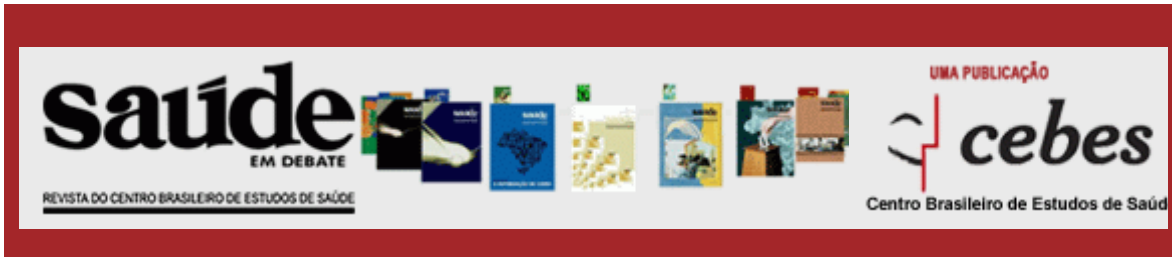
Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – ISSN 0103-1104

Av. Brasil, 4036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 – FAX.: |21| 2260-3782 – revista@saudeemdebate.org.br

© Todos os direitos reservados para CEBES – Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação

ANEXO D – Confirmação de recebimento de artigo da Revista Saúde em De Comprovante de
submissão de artigo na Revista Saúde em Debate

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN
0103-1104



The banner features the journal title 'saúde em debate' in a large, bold, black font. Below it, in smaller text, is 'REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE'. To the right of the title is a row of seven colorful journal covers. Further right is the CEBES logo, which consists of a stylized red and black graphic followed by the word 'cebes' in a bold, lowercase font. Above the logo is the text 'UMA PUBLICAÇÃO' and below it is 'Centro Brasileiro de Estudos de Saúde'.

Seu trabalho **Unidades Básicas de Saúde no Brasil: Características e Análise Estratégias para sua Qualificação** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.
Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104

Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 - FAX.: |21| 2260-3782 - revista@saudeemdebate.org.br

© Todos os direitos reservados para CEBES - [Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação](#)

ANEXO E – Declaração de Autorização para Acesso a Bases de Dados do Ministério da
Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
SAF SUL Qd. 02, Bl. E/F, Ed. Premium – Torre II – Auditório – Sala 11
Telefone: (61) 3315-9044 – CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Brasília/DF, 08 de Julho de 2014.

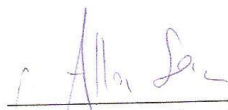
À Senhora Pauline Cristine de Silva Cavalcanti

**Declaração de autorização para acesso a bases de dados do departamento de
atenção básica do ministério da saúde**

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica considera importante a questão da qualificação da atenção básica no Brasil. Neste sentido, os estudos acadêmicos são importantes instrumentos para o aprimoramento das estratégias e para a transparência das ações implementadas e de seus resultados.

Com isso, autoriza-se o acesso às bases de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, e Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, para subsidiar a elaboração de artigos científicos sobre os desafios da Atenção Básica no Brasil e iniciativas para qualificação, vinculados ao produto final do Mestrado Profissional do Departamento de Saúde coletiva da UnB.

Reforçamos, que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados apenas para o projeto vinculado, o cumprimento dos aspectos necessários para manutenção da privacidade e a confidencialidade dos dados e informações utilizadas.



Allan Nuno Alves de Sousa

Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica

APÊNDICE – VARIÁVEIS DOS BANCOS DE DADOS

Variáveis do CNES

1. Código do IBGE do município
2. Código do CNES da UBS
3. Código de Área da equipe
4. Equipes de atenção básica sem saúde bucal implantadas em outubro de 2011
5. Equipes de atenção básica com saúde bucal implantadas em outubro de 2011
6. Equipes de atenção básica sem saúde bucal implantadas em outubro de 2013
7. Equipes de atenção básica com saúde bucal implantadas em outubro de 2013
8. Núcleos de Apoio ao Saúde da Família implantados em outubro de 2013
9. Centro de Especialidades Odontológicas implantados em outubro de 2013

Variáveis do IBGE

1. Código do IBGE do município
2. Municípios existentes por Estado em 2011
3. Municípios existentes por Estado em 2013

Variáveis do Sistema do PMAQ

1. Código do IBGE do município
2. Código do CNES da UBS
3. Código de Área da equipe
4. Desafios da atenção básica no município
5. Realização da autoavaliação pelas equipes no sistema do PMAQ 2012
6. Realização da autoavaliação pelos gestores no sistema do PMAQ 2012
7. Equipes de atenção básica sem saúde bucal aderidas ao PMAQ 2011
8. Equipes de atenção básica com saúde bucal aderidas ao PMAQ 2011
9. Municípios aderidos ao PMAQ 2011
10. Equipes de atenção básica sem saúde bucal aderidas ao PMAQ 2013
11. Equipes de atenção básica com saúde bucal aderidas ao PMAQ 2013
12. Núcleos de Apoio ao Saúde da Família aderidos ao PMAQ 2013
13. Centro de Especialidades Odontológicas aderidos ao PMAQ em 2013
14. Municípios aderidos ao PMAQ 2013

Variáveis do SIAB

1. Código do IBGE do município
2. Código do CNES da UBS
3. Código de Área da equipe
4. Envio do bando de dados do SIAB para os meses de março, abril e maio de 2012
5. Indicador de Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica
6. Indicador de Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada
7. Indicador de Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre
8. Indicador de Proporção de gestantes com o pré-natal em dia
9. Indicador de Proporção de gestantes com vacina em dia
10. Indicador de Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais
11. Indicador de Média de atendimentos de puericultura
12. Indicador de Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
13. Indicador de Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
14. Indicador de Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
15. Indicador de Média de consultas médicas para menores de um ano
16. Indicador de Média de consultas médicas para menores de cinco anos
17. Indicador de Proporção de diabéticos cadastrados
18. Indicador de Proporção de hipertensos cadastrados
19. Indicador de Média de atendimentos por diabético
20. Indicador de Média de atendimentos por hipertenso
21. Indicador de Média de consultas médicas por habitante
22. Indicador de Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
23. Indicador de Proporção de consultas médicas de demanda agendada
24. Indicador de Proporção de consultas médicas de demanda imediata

Variáveis do Banco da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ/Censo das UBS

1. Código do IBGE do município
2. Código do CNES da UBS
3. Código de Área da equipe
4. Equipes de atenção básica que comprovaram realização da autoavaliação na avaliação externa 2012

5. Equipes de atenção básica que foram avaliadas em 2012

6. Certificação das equipes participantes do PMAQ em 2012

7. Ambientes avaliados no Censo das UBS:

- Sanitário adaptado para pessoas com deficiência
- Sala de Observação
- Sala de Estocagem de Medicamentos
- Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)
- Sala de nebulização
- Expurgo
- Sala de Acolhimento
- Sala de reunião e atividades educativas
- Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado
- Local para depósito de lixo comum
- Sala de procedimento
- Farmácia
- Sala de Curativo
- Sanitário para usuário masculino
- Sanitário para usuário feminino
- Sala de vacina
- Consultório Odontológico
- Banheiros para funcionários
- Recepção
- Sala de Espera
- Consultório Clínico

8. Características estruturais e ambiência da unidade de saúde

- Ambientes com janelas ou ventilação indireta (exaustores) possibilitando a circulação de ar
- Ambientes claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível
- Os pisos, paredes e tetos da Unidade de Saúde de superfície lisa e lavável
- Acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo
- Os consultórios da Unidade de Saúde permitem privacidade ao usuário

9. Rede hidráulica da unidade de saúde

- Mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas
- Torneiras sem sair água
- Torneiras pingando

-Vasos sanitários com vazamentos

10. Rede elétrica na unidade de saúde

-Fios expostos, soltos ou desencapados

-Tubulação de plástico por fora da parede com fio

11. Rede sanitária da UBS

-Cheiro de esgoto

-Vasos sanitários entupidos

-Vasos sanitários interditados

12. Proposta para construção

13. Proposta para reforma

14. Proposta para ampliação

15. Conclusão de obras de construção

16. Conclusão de obras de reforma

17. Conclusão de obras de ampliação

