

VERSÃO PRELIMINAR

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



Programa de Melhoria
do Acesso e da Qualidade

**MANUAL INSTRUTIVO PARA
AS EQUIPES DE ATENÇÃO
BÁSICA (Saúde da Família,
Saúde Bucal e Equipes
Parametrizadas) E NASF**

Brasília - DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A 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 (PMAQ)

Brasília - DF
2013

SUMÁRIO

Lista de Abreviações	4
1. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	5
2. Atenção Básica em Saúde	8
3. Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	10
3.1 Adesão e Contratualização/Recontratualização das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	11
3.1.1 Fase de Adesão	11
3.1.2 Fase de Contratualização/Recontratualização	11
3.1.3 Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família	12
3.1.4. Compromissos	15
3.1.5 Condições de Permanência no Programa	19
3.2 Fase de Desenvolvimento	20
3.2.1 Autoavaliação	20
3.2.2 Monitoramento	21
3.2.3 Educação Permanente	27
3.2.4 Apoio Institucional	28
4. Avaliação Externa	29
4.1 Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada)	30
4.3 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família	31
5. Certificação	33
5.1 Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica	36
6. Recontratualização	37
Referências	38

Lista de Abreviações

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipe de Atenção Básica
EAB Parametrizada – Equipe de Atenção Básica Parametrizada
ESB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB – Piso da Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SF – Saúde da Família
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Termo de Compromisso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação

1. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

A Atenção Básica no Brasil garante cobertura com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a mais de 100 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população. São aproximadamente 38 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do país.

Na última década tivemos um extraordinário aumento da cobertura com investimento tripartite na Saúde da Família, estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no Brasil. Recentemente, 5 esforços foram centrais para colocar a Atenção Básica (AB) na centralidade da agenda de gestores das três esferas de governo:

1. A afirmação da AB como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado prestado na rede de serviços;
2. O aumento expressivo do financiamento e investimento por parte do Ministério da Saúde e a mudança de seu formato instituindo um componente de equidade, de indução de modelo, de qualidade e de infraestrutura e modernização;
3. A ampliação do leque do que é compreendido como Estratégia de Saúde da Família permitindo que a estratégia possa retomar o seu crescimento e a expansão, se adequando à diversidade nacional e se adaptando à singularidades de grupos e populações específicas e vulneráveis;
4. Importante investimento em infraestrutura, informatização e unificação e modernização dos sistemas de informação;
5. A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação, educação permanente, apoio institucional, monitoramento e certificação.

Progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é produto e síntese desse contexto ¹.

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

¹ As portarias que instituíram o PMAQ e incluíram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centro de Especialidades Odontológicas no escopo do programa são respectivamente: Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011; Portaria GM/MS nº 535, de 3 de abril de 2013; Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013.

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

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

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

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

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

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

VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde: Um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de Atenção Básica, respeitando os diferentes contextos.
- II. Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes e gestão considerou a experiência e os resultados obtidos no primeiro ciclo com revisão e categorização dos padrões observados na avaliação externa, conforme detalhado posteriormente.
- III. Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade: O processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal ², das Equipes participantes do PMAQ poderá ser acompanhado pelos estados, municípios e sociedade civil organizada, dentre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab.
- IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal², municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica: Desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e equipes deverão se responsabilizar por ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da Atenção Básica. Os usuários também estarão envolvidos no Programa, na medida em que participarão das mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, duas importantes dimensões estarão presentes no processo de avaliação: a avaliação da satisfação dos

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

usuários a respeito das Equipes participantes do Programa e a satisfação das EAB a respeito dos NASF participantes do PMAQ.

- V. Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: Um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das equipes, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.
- VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários: Todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por esta para os usuários e os trabalhadores. Tendo como referência os princípios da Atenção Básica, o Programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modo de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das equipes. O Programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos trabalhistas, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.
- VII. Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos: A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

2. Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das

demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

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

I - Territorialização e Responsabilização Sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito ao papel que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II - Adscrição dos Usuários e Vínculo

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

III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial

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

IV - Cuidado Longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando

condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde

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

VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede

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

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional

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

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

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

- 1 – Adesão e Contratualização/Recontratualização
- 2 – Desenvolvimento
- 3 – Avaliação Externa
- 4 – Recontratualização

O segundo ciclo do PMAQ possibilitará adesão universal das Equipes de Atenção Básica (Equipes Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizada, Equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e dos Centros de Especialidades Odontológicas. Poderão aderir ao PMAQ tanto

os NASF que estão regulamentados pela Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, quanto aqueles que estão regulamentados pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

3.1 Adesão e Contratualização/Recontratualização das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

3.1.1 Fase de Adesão

A primeira etapa da adesão consiste na indicação, pelos gestores municipais, do quantitativo de Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) que participarão do segundo ciclo do Programa, por meio do sistema do PMAQ, no Portal do Gestor³. Esta indicação se refere ao total de equipes que o gestor municipal avalia que poderão participar do programa, incluindo-se as equipes que participaram do primeiro ciclo. O gestor também pode prever o número de novas equipes a serem implantadas e que poderiam ser inseridas no PMAQ até o final da fase de Contratualização. As adesões ao PMAQ serão realizadas no portal do DAB no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab.

A etapa da adesão é condição obrigatória para a contratualização/ recontratualização. Com isso, somente os municípios que fizerem a adesão ao segundo ciclo do Programa poderão indicar quais as equipes irão contratualizar ou recontratualizar sua participação no PMAQ. Cabe salientar que a contratualização/recontratualização das equipes será voluntária e pressupõem um processo de pactuação num primeiro momento entre equipes e gestores municipais e, posteriormente, desses com o MS.

É importante destacar ainda que, nesse segundo ciclo do PMAQ, o município poderá incluir todas ou apenas uma parte de suas equipes no Programa, não existindo um teto máximo para a sua adesão⁴.

3.1.2 Fase de Contratualização/Recontratualização

Esta fase consiste na contratualização de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e os NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local.

Para as equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ, ocorrerá o processo de recontratualização. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas. É fundamental que o gestor municipal e equipes participantes do primeiro ciclo acessem os resultados dos indicadores e da avaliação externa, fomentando sua utilização no planejamento local e municipal, além de redefinição dos processos prioritários de trabalho das equipes e gestão, com vistas ao fortalecimento da atenção básica.

Para que haja homologação das equipes de NASF no PMAQ será preciso que as Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou EAB para populações específicas vinculadas (indicadas ou confirmadas pelo gestor na contratualização) ao NASF também tenham realizado contratualização ao PMAQ. Será considerada como critério para homologação a contratualização de, no mínimo, a seguinte adesão por modalidade:

³ Para fazer o login no sistema é necessário acessar a página: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>

⁴ O gestor poderá confirmar a contratualização/recontratualização da(s) equipe(s) até o limite indicado no momento da adesão ao Programa.

NASF modalidade 1 – adesão concomitante de no mínimo 5 equipes saúde da família e/ou EAB para população específica;

NASF modalidade 2 – adesão concomitante de no mínimo 3 equipes saúde da família e/ou EAB para população específica;

NASF modalidade 3 – adesão concomitante de no mínimo 1 equipe saúde da família e/ou EAB para população específica.

Após a homologação da contratualização/recontratualização pelo Ministério da Saúde, o município receberá, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por cada equipe contratualizada. Após o processo de avaliação externa do Programa, o valor a ser transferido por equipe será vinculado ao seu desempenho.

Após a homologação da contratualização do município realizada pelo MS, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS)⁵, à Comissão Intergestores Regional (CIR)⁶ e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁷. É importante lembrar que essa etapa não impedirá a homologação da contratualização do município no PMAQ, nem o início das transferências dos recursos vinculados ao Programa, mas será verificada no processo de avaliação externa.

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

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

No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na região centro-sul do país, na década de 1990, já possuíam importantes redes de Atenção Básica implantadas, responsáveis pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros. Esses serviços cobrem de 10% a 20% da população, conforme o critério que se use. Nesse cenário, com o objetivo de qualificar toda a Atenção Básica do país, o Ministério da Saúde considera a necessidade de incorporar as Equipes de Atenção Básica organizadas em outras modalidades nos processos de qualificação, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no Programa.

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

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

Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficará condicionada ao seu cadastramento no CNES, agrupando os profissionais de nível superior, de acordo com as faixas de carga horária dispostas no quadro 01:

⁵ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Conselho de Saúde do Distrito Federal.

⁶ Ou comissão, conselho ou comitê análogo, presente no estado.

⁷ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

Quadro 01 – Equivalência de Equipes de Atenção Básica que se organizam de maneira diferente da ESF com Equipes de Saúde da Família.

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

Uma Unidade Básica de Saúde que possuir a quantidade de profissionais médicos cuja carga horária somada ultrapasse as 150 horas, e a de profissionais enfermeiros ultrapasse as 120 horas poderá conformar mais de uma EAB. Em uma situação na qual a soma da carga horária dos médicos de uma UBS chegue a 220 horas e a de enfermeiros chegue a 180 horas, essa unidade poderá conformar uma EAB (150 horas médicas e 120 horas de enfermagem) que equivale a três equipes de SF, mais uma EAB (70 horas médicas e 60 horas de enfermagem) que equivale a uma equipe de SF. Alternativamente, essa mesma unidade poderá conformar duas EAB⁸, sendo que cada uma delas equivale a duas equipes de SF.

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

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

Quadro 02 - Equivalência de Equipes de Saúde Bucal que se organizam de maneira diferente da ESF com Equipes de Saúde Bucal da ESF.

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

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

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

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

⁸ Nesse caso, a distribuição da carga horária médica e de enfermagem por EAB poderá se dar de diferentes maneiras. Exemplo: (a) duas equipes com 110 horas médicas e 90 horas de enfermagem cada; (b) uma equipe com 100 horas médicas e 80 horas de enfermagem e outra com 120 horas médicas e 100 horas de enfermagem; etc.

- a. Generalista;
 - b. Clínico;
 - c. Pediatra;
 - d. Ginecologista-obstetra.
- II. Será obrigatória a presença do profissional médico generalista ou clínico e a soma da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a soma da carga horária dos demais profissionais médicos. Por razões demográficas, a necessidade de médicos que atendem a população adulta (generalista ou clínico) é maior do que a de médicos que atendem crianças (pediatra) e aspectos específicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (ginecologista-obstetra);
 - III. A presença do ginecologista-obstetra é opcional e quando não houver o mesmo na equipe, as ações de atenção integral à saúde da mulher serão realizadas pelo generalista e/ou clínico e enfermeiro, conjuntamente;
 - IV. Os profissionais médicos generalistas, clínicos e pediatras, assim como enfermeiros e cirurgiões dentista deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais;
 - V. O profissionais médicos ginecologista-obstetras, quando presentes, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 10 horas semanais.

Cada equipe poderá ter diferentes faixas de população adscrita, devendo ter relação com as faixas de carga horária dos profissionais. O gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente, no SISAB/eSUS ou no SIAB, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações. Para essa modalidade de AB, os dados cadastrais poderão ser inseridos em uma única micro-área e vinculados não necessariamente a um ACS, mas a qualquer profissional da Equipe de Atenção Básica.

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

No que se refere à população adscrita por Equipe de Atenção Básica, o Ministério da Saúde considerará para o Programa as faixas de população adscrita, em relação à composição da carga horária de profissionais médicos e enfermeiros, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 03 – Faixas Populacionais Adscritas de Referência conforme Carga Horária Mínima de Médicos e Enfermeiros em Equipes de Atenção Básica Parametrizadas.

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Faixas populacionais adscritas de referência (habitantes)	
		Mínima	Máxima
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

3.1.4. Compromissos

Ao completar a etapa de contratualização no sistema de adesão ao PMAQ, os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e qualidade no âmbito da atenção básica e, ao mesmo tempo, de forma compartilhada, compromissos e ações voltadas para melhoria à saúde da mulher e criança (através da adesão integrada à Rede Cegonha), ações de controle do Tabagismo (por adesão opcional ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo) e de ampliação de redes de conectividade em Unidades Básicas de Saúde, por meio do eSUS Conectividade.

São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:

I – Compromissos das Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e NASF):

- i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- ii. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;
- iii. Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica/e-SUS-SISAB de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe e segundo os critérios do Manual Instrutivo;
- iv. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- v. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
- vi. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
- vii. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;
- viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal.

II – Compromissos do Município/Distrito Federal:

- i. Garantir a composição mínima da(s) Equipe(s) de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e do(s) Núcleo(s) de Apoio a Saúde da Família) participante(s) do Programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ii. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do NASF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas nos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo Programa;
- iii. Realizar pactuação com os profissionais da(s) equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF para contratualizar a participação no PMAQ;
- iv. Aplicar os recursos Programa em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica;
- v. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipes de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF;

- vi. Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participante(s) do Programa;
- vii. Implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, ao(s) NASF no município;
- viii. Realizar ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, o(s) NASF;
- ix. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidade(s) Básica(s) de Saúde;
- x. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica / e-SUS – SISAB, com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal e NASF participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente;
- xi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município;
- xii. Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participantes do Programa, recebendo as equipes de avaliadores da qualidade e auxiliando-os no contato com as equipes a serem avaliadas, quando necessário;
- xiii. Utilizar os resultados dos indicadores e da avaliação externa para auxiliar na pactuação de prioridades de investimentos para melhoria da qualidade na Atenção Básica.

III – Compromissos das Gestões Estaduais:

- i. Instituir mecanismos de Apoio Institucional aos municípios participantes do Programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica;
- ii. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no estado;
- iii. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do Programa no estado, de acordo com suas diretrizes;
- v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica;
- vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas às equipes participantes do Programa, por meio do CONASS;
- vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de co-financiamento estadual da Atenção Básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Assegurar a efetiva implementação do Programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente Qualidade do PAB Variável, de acordo com as regras do Programa;

- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no Programa.
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de Apoio Institucional para subsidiar a implantação do Programa;
- v. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no país;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do Programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas às equipes participantes do Programa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da Atenção Básica, com cada Equipe de Atenção Básica participante do Programa, a partir do seu desempenho no processo de Certificação.
- x. Estabelecer junto ao Ministério das Comunicações, planejamento para a inclusão das Unidades Básicas de Saúde no Programa Nacional de Banda Larga, criado pelo Decreto nº 7.175, de 12 de maio de 2010, expandindo a infraestrutura e os serviços de telecomunicações, promovendo o acesso pelos profissionais de saúde proporcionando melhores condições de trabalho e integração do SUS.

Compromissos no âmbito da Rede Cegonha:

I – Compromissos do Município/Distrito Federal:

Componente de Qualificação da Gestão:

- i. Implantar o Sis prenatal-WEB ou Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica / e-SUS-SISAB no âmbito municipal;
- ii. Manter equipe e infraestrutura necessária para alimentação regular do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Sis prenatal-WEB ou Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica / e-SUS-SISAB e do Sistema de Gestão das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família, utilizando as informações no processo de monitoramento das ações relacionadas à Rede Cegonha;
- iii. Apoiar as equipes de atenção básica na qualificação dos Componentes I e III (pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança até 24 meses de vida no âmbito da atenção básica);
- iv. Retirar os Kits UBS (detectores fetais e balança) e Kits Gestantes, junto às Divisões de Convênios e Gestão (DICON/MS) do referido estado, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data em que a Prefeitura Municipal ou Secretaria Estadual de Saúde for comunicada;
- v. Implantar os testes rápidos de HIV e sífilis nas Unidades Básicas de Saúde do Município, bem como os novos exames do pré-natal, conforme definido no Anexo III da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Componente Pré-Natal:

- i. Realizar pré-natal na Atenção Básica com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, incluindo a implantação do teste rápido de gravidez;

- ii. Garantir a realização de consultas pré-natal e de ações educativas grupais que enfoque as vantagens do parto normal, o aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, alimentação saudável para todas as gestantes do território;
- iii. Acolher as gestantes com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades;
- iv. Garantir o acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- v. Realizar exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- vi. Favorecer a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o Parto, promovendo visita durante o pré-natal ao local do parto;
- vii. Implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e violência doméstica e sexual;
- viii. Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos das DST/HIV/Aids, em especial para a sífilis, e Hepatites Virais, incluindo a implantação dos testes rápidos de sífilis e HIV na atenção básica.

Componente do Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:

- i. Favorecer a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- ii. Promover o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- iii. Efetuar a busca ativa de crianças vulneráveis;
- iv. Promover o cumprimento do calendário básico de vacinação e a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil de todas as crianças até os 24 meses;
- v. Realizar ações educativas sobre aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, alimentação saudável e saúde das crianças para todas as puérperas do território;
- vi. Implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e à violência doméstica e sexual;
- vii. Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos das DST/HIV/Aids, em especial para a sífilis congênita, e Hepatites Virais;
- viii. Promover orientação e oferta de métodos contraceptivos incluindo anticoncepção de emergência.

II – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança de forma a contribuir com a redução da mortalidade materna e infantil;
- ii. Apoiar a implantação da Rede Cegonha em todos os seus (4) componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação;
- iii. Apoiar a implementação, financiamento (nos termos descritos na Portaria GM N° 1.459/2011), monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo o território nacional;
- iv. Apoiar processos de Educação Permanente em Saúde e outras estratégias de qualificação do cuidado promovidas regionalmente articulando as Comissões de Integração Ensino e Serviços (CIES) e Escolas Técnicas do SUS;

- v. Prover o custeio dos novos exames do pré-natal a ser repassado fundo a fundo, conforme apresentação do Plano de Ação Regional acordado na Comissão Intergestora Regional (CIR);
- vi. Fornecer os kits para as UBS (detectores fetais e balança), kits para gestantes e kits para parteiras tradicionais.

Compromissos no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo:

I – Compromissos do Município/Distrito Federal:

- i. Receber e armazenar medicamentos em local apropriado e realizar a sua dispensação nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local.
- ii. Implantar as ações para o cuidado da pessoa tabagista e disponibilizar o tratamento medicamentoso, sempre que necessário.
- iii. Ampliar o número de profissionais capacitados nas unidades de saúde para tratamento da pessoa tabagista.

II – Compromisso do Ministério da Saúde:

- i. Disponibilizar e distribuir o tratamento medicamentoso para os municípios e equipes que ingressarem no Programa Nacional de Tabagismo (PNCT) de acordo com a RENAME 2012 (adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha de nicotina e cloridrato de bupropiona).

3.1.5 Condições de Permanência no Programa

São condições para permanência das equipes que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ:

- I. As mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente (Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011)⁹ e na portaria que regulamenta os valores de repasse financeiro para o NASF (Portaria GM/MS nº 548 de 04 de abril de 2013). Dentre elas, destaca-se o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado;
- II. Alimentação do Sistema de Informação (SIAB ou eSUS/SISAB) nos meses indicados pelo programa;
- III. Aplicação das Regras de Sinalização Externa exigida pelo MS;
- IV. Aplicação das Regras de Sinalização Interna apontadas pelo PMAQ (escala dos profissionais, listagem das ações/ofertas de serviço da equipe, contato da ouvidoria).

⁹ Para os casos de Equipes de Atenção Básica vinculadas a modalidades de organização diferentes da ESF que façam adesão como equipes parametrizadas, passam a valer exigências semelhantes em termos de funcionamento e alimentação dos sistemas de informação às das equipes de Saúde da Família, para efeitos de permanência no PMAQ.

3.2 Fase de Desenvolvimento

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Para fins didáticos, esta fase está apresentada de forma pontual, sucedendo a primeira fase (adesão/contratualização/ recontratualização), entretanto, o que se pretende induzir é que a fase de desenvolvimento compreenda ações transversais e sistemáticas durante todo o período de participação da equipe e gestão no programa.

A fase de desenvolvimento está organizada em quatro dimensões:

- 1 – Autoavaliação;
- 2 – Monitoramento;
- 3 – Educação Permanente; e
- 4 – Apoio Institucional

3.2.1 Autoavaliação

A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse coletivo gestor da mudança deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/ mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. E, frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. O PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a autoavaliação como instrumento que estimula o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo. Deve ainda ajudar a identificar demandas que o processo de mudança exigirá e, a partir disso, estabelecer diálogos, pedidos e compromissos com a gestão e a comunidade. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde.

Para as equipes que participaram do primeiro ciclo do PMAQ, é fundamental que a autoavaliação anterior e a Matriz de Intervenção elaborada sejam também analisadas, a fim de se observar os avanços entre um ciclo e outro, os desafios que persistem, a necessidade de mudança de estratégia de atuação e prioridades. Uma nova autoavaliação ganha sentido e efeito somente após essa análise. O mesmo cabe para a gestão municipal e Coordenação de Atenção Básica.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, o qual varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (Uchimura & Bosi, 2002), é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – profissionais, usuários e gestores - entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS. Para tanto, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com e por toda a equipe, utilizando-se instrumento composto por um conjunto de padrões de qualidade que consistem em declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da Atenção Básica. Dessa maneira, o instrumento de autoavaliação se configura em ferramenta

com potencial pedagógico, caráter reflexivo e problematizador, em que a elaboração de soluções se dá a partir da identificação dos problemas pela equipe e gestão.

Para o segundo ciclo do PMAQ, o DAB realizou a revisão do instrumento de autoavaliação (AMAQ). Ressalta-se que esse instrumento disponibilizado pelo departamento não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais, estaduais e equipes definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adequem a sua necessidade e realidade.

O instrumento AMAQ foi construído considerando as seguintes diretrizes:

- I. Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- II. Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;
- III. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;
- IV. Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e
- V. Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade.

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

Com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídas Matrizes de Intervenção considerando-se, em um primeiro momento, problemas prioritários e que estejam sob responsabilidade dos atores em questão.

Para as equipes de Saúde Bucal e NASF serão disponibilizados instrumentos de autoavaliação específicos.

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

3.2.2 Monitoramento

O monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações busca:

- I. Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;
- II. Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;

- III. Promover o aprendizado institucional, ao permitir a identificação e priorização de desafios para melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV. Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e
- V. Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios;
- VI. Apoiar a implantação de sistema de informação específico para os NASF e Equipes de Saúde Bucal, por meio do e-SUS/SISAB.

Cumpra-se destacar que, para o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

No âmbito do trabalho das equipes, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que um passo essencial para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde. Esse diagnóstico, complementado por outras análises (como a da demanda que acessa a UBS, a das necessidades de intervenção e de ampliação do escopo de ações e serviços que são demandadas e percebidas por trabalhadores e usuários, etc.) deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho.

Para orientar os processos locais de monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, alguns pressupostos podem ser úteis, tais como:

- I. Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um compromisso meramente formal, mas sim como um mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização;
- II. Subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;
- III. Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias. Isso dificulta a apropriação de seus resultados e compromete o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas de informação;
- IV. Reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho estimulando-as na busca de melhores resultados;
- V. Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;
- VI. Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham co-responsabilidades;

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

Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da AB. É esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver uma coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas em Atenção Básica.

Além disso, como será apresentado posteriormente, o desempenho das equipes para o conjunto de indicadores contratualizados irá compor uma parte do desempenho final da equipe para a certificação. Será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pelas equipes, comparando-se o resultado obtido pela equipe com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias dos estratos de municípios do qual faz parte em um mesmo período.

3.2.2.1 Indicadores para Contratualização e Certificação das Equipes

O conjunto de indicadores pactuado nos compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes e pelas gestões municipais foi eleito a partir da possibilidade de acesso às informações que possam ter como grau mínimo de agregação as equipes participantes do PMAQ.

Considerando a vigência do período de transição dos sistemas de informação na AB, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para e-SUS AB/Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), a metodologia de monitoramento será de acordo com o sistema de informação indicado pelo gestor para cada equipe (quadro 04). Por exemplo, se o gestor planeja implantar o e-SUS/SISAB no período da fase de desenvolvimento do PMAQ, ele informará no sistema do PMAQ, através do preenchimento do módulo eletrônico, o uso do e-SUS/SISAB pelas equipes. Caso contrário, informará a manutenção do uso do SIAB.

Caso o município utilize sistema de informação próprio, os gestores devem informar no módulo eletrônico quais equipes utilizarão esse sistema próprio. Nesse caso, a base de dados a ser enviada deverá ser compatível com o SIAB, sendo o município o responsável pelo compartilhamento e envio dos dados a base nacional.

Quadro 04 – Quantidade de indicadores de da Fase de Desenvolvimento do 2º Ciclo do PMAQ, de acordo com o sistema de informação a ser utilizado.

Modalidade	Uso do SIAB		Uso do e-SUS AB/SISAB	
	Desempenho	Monitoramento	Desempenho	Monitoramento
eSF/ AB Parametrizada	20 Indicadores	20 Indicadores	08 Indicadores	-
Saúde Bucal	04 Indicadores	03 Indicadores	04 Indicadores	-
NASF	-	-	-	05 Indicadores

* O envio de base de dados de forma regular é condição para permanência ao PMAQ para as equipes que utilizam o SIAB.

As regras de cálculo para os indicadores de desempenho estão descritas nas fichas de qualificação dos indicadores, presente no anexo do Manual Instrutivo do PMAQ.

Equipes de Atenção Básica que utilizam o SIAB

Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em seis áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental), alinhados aos programas estratégicos do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), pactuados pelas três esferas de governo.

Esses indicadores foram classificados em:

- a) Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de certificação e que serão utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho; e
- b) Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa. Nos próximos ciclos de implementação do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho.

Quadro 05 – Indicadores para as equipes (ESF/EAB parametrizada) que utilizam o SIAB, 2º Ciclo do PMAQ.

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE DESEMPENHO
1. SAÚDE DA MULHER	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica
	1.2 Média de consultas de pré-natal por gestante cadastrada
	1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre
	1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal no mês
	1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia.
	1.6 Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais
2. SAÚDE DA CRIANÇA	2.1 Média de consultas de puericultura por criança cadastrada
	2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
	2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano
	2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos
3. DOENÇAS CRÔNICAS	3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
	3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas
	3.3 Média de atendimentos por diabético
	3.4 Média de atendimentos por hipertenso
4. PRODUÇÃO GERAL	4.1 Média de consultas médicas por habitante
	4.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
	4.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada
	4.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE MONITORAMENTO
1. SAÚDE DA MULHER	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
2. SAÚDE DA CRIANÇA	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
	Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
3. DOENÇAS CRÔNICAS	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.
4. PRODUÇÃO GERAL	Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
	Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.
	Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
	Média de exames solicitados por consulta médica básica;
	Média de atendimentos de enfermeiro;
	Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada;
Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	
5. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	Média de atendimentos de tuberculose;
	Média de atendimentos de hanseníase.
6. SAÚDE MENTAL	Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas;
	Proporção de atendimentos de usuário de álcool;
	Proporção de atendimentos de usuário de drogas;
	Taxa de prevalência de alcoolismo

Equipes de Saúde Bucal que utilizam o SIAB

Foram selecionados 07 indicadores, e esses indicadores foram classificados em:

- a) Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de certificação e que serão utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho; e
- b) Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa. Nos próximos ciclos de implementação do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho.

Quadro 06 - Indicadores para as Equipes de Saúde Bucal que utilizam o SIAB, 2º Ciclo do PMAQ

INDICADORES DE DESEMPENHO	
1.	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
2.	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
3.	Proporção de instalações de próteses dentárias
4.	Razão entre tratamentos concluídos e 1 ^{as} consultas odontológicas programáticas
INDICADORES DE MONITORAMENTO	
1.	Cobertura de atendimento odontológico à gestante
2.	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
3.	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Equipes que irão utilizar o e-SUS AB/SISAB

As equipes que utilizam o e-SUS AB/SISAB, seja o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) ou Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB) serão acompanhadas quanto aos indicadores de desempenho e monitoramento (oriundos da base de dados e-SUS/SISAB), padrões de qualidade de implantação do sistema verificados na Avaliação Externa e o envio e a alimentação regular do e-SUS/SISAB pelas equipes. Com isso, as equipes utilizarão e alimentarão a base de dados do e-SUS/SISAB, comprometer-se-ão com padrões de implantação desse sistema e também preencherão, no módulo eletrônico o consolidado dos indicadores de desempenho captados pelo e-SUS AB.

Serão considerados 08 indicadores de desempenho, portanto vinculados ao processo de certificação das eSF ou EAB parametrizada, informados via módulo eletrônico, e serão utilizados para o desempenho final das equipes. Para as ESB serão avaliados 04 indicadores de desempenho (quadro 07 e 08).

Quadro 07 – Indicadores de Desempenho para as equipes (eSF, EAB parametrizada) que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE DESEMPENHO
1. SAÚDE DA MULHER	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica
	1.2 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia.
	1.3 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
2. SAÚDE DA CRIANÇA	2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
3. DOENÇAS CRÔNICAS	3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
	3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas

Quadro 08 – Indicadores para as Equipes de Saúde Bucal que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

INDICADORES DE DESEMPENHO
5. Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática
7. Cobertura de atendimento odontológico à gestante
8. Razão entre tratamentos concluídos e 1 ^{as} consultas odontológicas programáticas
INDICADORES DE MONITORAMENTO
4. Média Proporção de instalações de próteses dentárias
5. Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
6. Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Núcleos de Apoio a Saúde da Família

Para os NASF, serão empregados 5 indicadores de monitoramento que contemplam ações importantes no processo de melhoria da qualidade nas equipes e serviços de saúde. Tem a função de induzir a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às equipes.

Quadro 09 – Indicadores de Monitoramento para os NASF que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

INDICADORES DE MONITORAMENTO
1. Proporção de usuários atendidos pela equipe NASF
2. Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto* com a equipe SF
3. Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a equipe SF
4. Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo* realizados pelo NASF
5. Proporção de reuniões para discussão de caso clínico/PTS

3.2.3 Educação Permanente

A consolidação da Atenção Básica como reorientadora do modelo de atenção no Brasil e o aprimoramento das práticas em saúde pressupõe um saber e um fazer em educação permanente integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais, além de mudanças no processo de trabalho em saúde, exigindo de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

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

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

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e identificação de nós críticos, elabora-se estratégias de atuação. Estimula-se, assim, experiências inovadoras nas práticas de saúde e na gestão do cuidado reconhecendo o mérito de equipes e gestores que alcancem melhor desempenho e resultados na AB. Com isso, o PMAQ visa contribuir, inclusive, para que os cursos pré-formatados sejam ofertados/incorporados em momentos e com mediações que considerem necessidades de formação dos trabalhadores, para que façam mais sentido e tenham maior valor de uso.

Com relação à vinculação dos processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Portanto, é central que as gestões municipais e estaduais apostem e estimulem processos de educação permanente nas equipes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde oferta o portal Comunidade de Práticas que consiste em importante espaço virtual de comunicação dos gestores e trabalhadores da Atenção Básica e visualização e compartilhamento de experiências e informações. São apresentadas dificuldades do trabalho, narrativas vinculadas ao cotidiano, de maneira a viabilizar o aprendizado mediante as trocas e a reflexão sobre a experiência própria e a experiência do outro, facilitando ainda a sistematização de tecnologias da gestão e do cuidado.

3.2.4 Apoio Institucional

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los.

O objeto de trabalho do apoiador institucional é considerado como o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias entre apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos.

No cotidiano do trabalho das Equipes de Atenção Básica, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como: trabalhar em equipe; acolher as demandas dos usuários; discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica dentre tantos outros. Neste contexto, o apoio institucional na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos, de maneira a permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constroem a atuação dos profissionais, bem como o exercício de autoanálise pelas equipes. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados deve estar atrelada a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização.

Dentre as estratégias de apoio institucional do PMAQ, compreende-se o apoio do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, COSEMS e municípios (eventualmente); o apoio das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios e o apoio da gestão municipal às equipes de saúde. Esse trabalho de apoio, pode se dar em três planos: (a) o das relações interfederativas, (b) o relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado, e (c) o que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano.

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

Particularmente em relação ao apoio às equipes de saúde, é fundamental que haja um dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre os mesmos, que pode ser potencializada a partir da construção de agendas regulares de encontros.

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

- I. Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
- II. Suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea;
- III. Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares;
- IV. Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- V. Análise de indicadores e informações em saúde;
- VI. Facilitação dos processos locais de planejamento;
- VII. Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
- VIII. Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.

Embora os exemplos citados deem maior ênfase ao apoio institucional às Equipes de Atenção Básica, grande parte das indicações também se aplica para o apoio à gestão estadual e municipal.

4. Avaliação Externa

A avaliação externa consiste na terceira fase do PMAQ e será realizada pelo DAB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Ao contratualizar o PMAQ, o município assume que participará da avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação. Caso alguma equipe desista de participar do programa, o gestor municipal deverá acessar o sistema (SGDAB) e após realizar o login, informar quais equipes não irão participar mais da avaliação externa do PMAQ.

Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico. Assim, podemos considerar o preenchimento desse módulo como sendo o início do processo da avaliação externa que se completa na visita do avaliador da qualidade.

As questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação (AMAQ). Esses documentos estão disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (www.saude.gov.br/dab).

Cabe salientar que as atividades dos avaliadores da qualidade devem ser pactuadas anteriormente com o gestor municipal, estadual e COSEMS, possibilitando assim, um planejamento e logística adequados ao trabalho de campo.

4.1 Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada)

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações:

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- **Módulo eletrônico** compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>).

Quadro 10 - Síntese dos componentes da avaliação externa das Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada)

Gestão	Gestão municipal	Implantação e implementação da atenção básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, controle social e satisfação do usuário
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio institucional
		Educação permanente
		Gestão do monitoramento e avaliação – M&A
Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos	
	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	
Equipes	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção à Saúde	Perfil da equipe
		Organização do processo de trabalho
		Atenção integral à saúde
		Participação, controle social e satisfação do usuário

4.3 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família

As equipes do NASF terão um instrumento específico para avaliação da gestão e do processo de trabalho. Esse instrumento é composto por três componentes: “componente comum”, “componente singular” (não terá caráter obrigatório e será indicado pela própria equipe NASF no momento da contratualização) e a “satisfação das equipes apoiadas em relação ao trabalho do NASF”.

Entendem-se como parte do **componente comum** aquelas ações que devem fazer parte do cotidiano de todo NASF: a organização do próprio processo de trabalho contemplando ações técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais (sempre na perspectiva do apoio matricial), a atuação em todos os ciclos de vida da população do território adstrito (criança, adolescente, adulto e idoso), e a atuação junto a determinadas áreas prioritárias. No âmbito do Programa, considerando o cenário epidemiológico e assistencial atual, destacamos como áreas prioritárias: Atenção Psicossocial, Atenção em Reabilitação, Atenção às pessoas com doenças crônicas e Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha), no âmbito da Atenção Básica.

Como **componente singular** entende-se as ações que dizem respeito a outras habilidades específicas que cada NASF possa agregar ao componente comum. Ou seja, uma ênfase na atuação em determinada área que também seja relevante e necessária no território, ou aprofundada de uma maneira especial pela equipe do NASF. Dentro desse componente, destacamos: Apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo NASF (incluindo planejamento e avaliação), a Assistência Farmacêutica, as Práticas Integrativas e Complementares, as práticas relacionadas à Alimentação e Nutrição, a Saúde do Trabalhador e as Práticas Corporais e Atividades Físicas.

Cabe observar que parte dessas ações do componente singular podem estar presentes dentro daquelas áreas consideradas no componente comum (por exemplo, praticas corporais podem ser uma oferta interessante no campo da saúde mental ou de outras condições crônicas; ou ações de assistência farmacêutica para o cuidado ao uso indiscriminado de medicalização psicotrópica em saúde mental). A sua

colocação como componente singular (não obrigatório) é feita no sentido de reconhecer/valorizar as equipes de NASF que eventualmente desenvolvem algumas destas práticas ou tecnologias de modo particularmente abrangente e intensivo, por exemplo, os ligados às academias da saúde.

É importante destacar que quando o NASF opta pelo componente singular, aumenta a possibilidade de alcançar um melhor resultado na avaliação. Isto porque ao escolher uma ou duas áreas do componente singular inclui no processo avaliativo aquilo que a equipe tem de mais forte e organizado. Portanto, optar por uma, ou até duas áreas específicas, oportuniza ao NASF aproximar ainda mais a avaliação do PMAQ à realidade do seu processo de trabalho.

A opção pelo componente singular deverá ser realizada no período do módulo eletrônico do PMAQ.

A **satisfação das equipes apoiadas**, por fim, traz elementos relacionados à adequação da composição da equipe às necessidades do território, ao acesso das equipes apoiadas ao NASF, às ações de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial, à integração entre equipes apoiadas e NASF e à resolutividade da atenção básica a partir do trabalho do NASF.

A avaliação externa corresponde a 80% do conceito final de cada NASF, sendo complementado pela Autoavaliação (que corresponde a 10%) e pela alimentação do e-SUS/SISAB de forma regular, crescente e consistente (que corresponderá a 10% do conceito final).

Quadro 11 - Síntese dos componentes da avaliação externa dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

COMPONENTE	CARACTERÍSTICA DO COMPONENTE	BREVE DESCRIÇÃO DAS ÁREAS A SEREM AVALIADAS
I – Componente comum	Este componente reúne um conjunto de ações relativas às condições de acesso e qualidade para todas as equipes NASF participantes do Programa.	a) Gestão e Processo de Trabalho do NASF b) Atuação do NASF em todas as fases do ciclo de vida c) Atuação do NASF, no mínimo, nas áreas temáticas abaixo especificadas: Atenção Psicossocial, Atenção em Reabilitação, Atenção às pessoas com condições/doenças crônicas e Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha), no âmbito da Atenção Básica
II – Componente singular* (opcional)	Este componente reúne um conjunto de ações relativas às condições de acesso e qualidade para uma ou mais áreas de atuação do NASF. Será indicado pela própria equipe como uma área de atuação intensiva e abrangente. Não é de caráter obrigatório. Caberá a cada equipe NASF decidir se irá optar ou não por uma ou duas áreas descritas.	a) Assistência farmacêutica b) Práticas corporais e atividade física c) Práticas integrativas e complementares d) Alimentação e nutrição e) Saúde do trabalhador f) Apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo NASF (incluindo planejamento e avaliação)
III – Satisfação das equipes apoiadas em relação ao trabalho do NASF	Este componente reúne um conjunto de ações que irá averiguar condições de acesso e qualidade a partir da satisfação das equipes apoiadas. Este componente será realizado para todas as equipes NASF participantes do Programa.	a) Envolve avaliação sobre: adequação da composição das equipes às necessidades do território; acesso das equipes apoiadas ao NASF; articulação das ações de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial; integração entre equipes; resolutividade da atenção básica a partir do trabalho do NASF.

* Quando não houver opção pelo mesmo, serão recalculadas as pontuações atribuídas a cada item.

5. Certificação

O processo de certificação do PMAQ deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, é esperado que o PMAQ esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica, no contexto de implantação do SUS.

A certificação será norteadada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre equipes, e para as equipes que participaram do 1º ciclo do programa, também do desempenho da própria equipe consigo mesma, a partir da verificação das médias de desempenho, considerando a realização da autoavaliação, os resultados dos indicadores e da avaliação externa. Mas, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, serão consideradas, no processo de certificação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e às EAB (vide Critérios de Estratificação dos Municípios). Portanto, para a classificação de desempenho das equipes, cada município será distribuído em 6 (seis) diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando:

- I. Implementação de processos autoavaliativos;
- II. Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados;
- III. Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa).

A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes eSF, AB Parametrizadas e Saúde Bucal será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados*	20%
Avaliação Externa	70%

Para as equipes que estarão utilizando o e-SUS/SISAB a verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados será composta por:

- 10% através do monitoramento de indicadores de saúde;
- 10% através do monitoramento de padrões de implantação do e-SUS/SISAB

Para os NASF, a distribuição dos percentuais para a certificação será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%

Avaliação do sistema de informação utilizado	10%
Avaliação Externa	80%

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

Com base na necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação, no segundo ciclo do PMAQ os padrões de acesso e qualidade verificados para as equipes serão classificados como:

- **PADRÕES OBRIGATÓRIOS:** ligados aos compromissos mínimos que condicionam a permanência das equipes no programa. Se algum deles não for cumprido a equipe será desclassificada do Programa.

São padrões obrigatórios:

Aplicação das regras de sinalização externa da Unidade de Saúde de acordo com as especificações do Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS (presença de Totem Externo com sinalização adequada da Unidade de Saúde e Placa da Fachada) conforme Portaria GM/MS nº 2.838, de 1 de dezembro de 2011;

Aplicação das Regras de Sinalização Interna (escala dos profissionais, listagem das ações/ofertas de serviço da equipe, contato da ouvidoria);

Presença de Cadeira Odontológica em condições adequadas, para as equipes de Saúde Bucal.

- **PADRÕES ESSENCIAIS:** com elevados percentuais de cumprimento pelas equipes e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade. Esses padrões não acrescentarão pontos às equipes, no entanto, subtrairão pontos das equipes que não o atingirem.

São exemplos de padrões essenciais:

Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?

A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?

- **PADRÕES ESTRATÉGICOS:** considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica e relacionados a prioridades definidas de maneira tripartite. Esses padrões terão maior peso na matriz de pontuação durante o processo de certificação das equipes.

São exemplos de padrões estratégicos:

A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?

A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.

- **PADRÕES GERAIS:** Os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes.

São exemplos de padrões gerais:

Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?

A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?

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

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

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

De acordo com a Portaria GM/MS nº 535, de 3 de abril de 2013, a partir da avaliação externa, as equipes serão classificadas em quatro categorias:

- I. **Desempenho insatisfatório:** quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;
- II. **Desempenho mediano ou abaixo da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;
- III. **Desempenho acima da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, serão consideradas com o desempenho acima da média; e
- IV. **Desempenho muito acima da média:** considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, serão consideradas com o desempenho muito acima da média.

Quadro 12 - Relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade

Desempenho	Percentual de Recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável
Insatisfatório	Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade
Mediano ou abaixo da média	Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade
Acima da média	Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade
Muito acima da média	Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade

Nas situações em que a equipe for classificada como mediana ou abaixo da média, o gestor permanecerá recebendo 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável. Quando a equipe for classificada como acima da média, o repasse referente a essa equipe passará a ser de 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável e, quando a equipe for classificada como muito acima da média, o repasse será de 100% do Componente de Qualidade.

Com base na certificação, uma nova reconstrução de compromissos com relação a indicadores e ações poderá ser realizada entre gestores e equipes e destes com o Ministério da Saúde, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

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

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

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

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per Capita,
- 2 - Percentual da população com plano de saúde,
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família,
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza,
- 5 - Densidade demográfica.

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

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

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

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

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

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

Indicador	Peso
Produto Interno Bruto per Capita	2
Percentual da população com plano de saúde	1
Percentual da população com Bolsa Família	1
Percentual da população em extrema pobreza	1

Densidade demográfica	1
-----------------------	---

Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e seu porte populacional ¹⁰ :

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

6. Recontratualização

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

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

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

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

¹⁰ O estrato em que se encontra cada município estará disponível no portal do DAB.

Referências

ALMEIDA, PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde. Cad Saúde Pública, RJ, Fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. 2004.

Campos, G.W.S. Saúde Paidéia. Hucitec, 2003.

Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. Hucitec, 2000.

CAMPOS, GWS & GUERRERO, AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Ed. Hucitec . SP 2008.

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

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Org). Agir Em Saúde: um desafio para o público. Hucitec, 1997.

OLIVEIRA. Gustavo Nunes de. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de doutorado. Campinas, 2011.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.