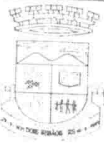




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS
GABINETE DO PREFEITO

	
CÂMARA MUNICIPAL Dois Irmãos - RS	
PROTOCOLO	
Em:	09 / 12 / 14
Hora:	17:30
Ass:	

PROJETO DE LEI Nº 271/2014

**“INSTITUI O INCENTIVO VARIÁVEL
POR DESEMPENHO DE METAS DO
PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA –
PMAQ E DÁ OUTRAS”**

A PREFEITA DO MUNICÍPIO DE DOIS IRMÃOS Faz saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono, com base no art. 63 e no art. 82 VI da Lei Orgânica Municipal a seguinte:

LEI

Art. 1º Fica instituído o Incentivo Variável por Desempenho de Metas aos profissionais das Equipes das Unidades Básicas de Saúde e demais programas que são referência para Estratégia de Saúde da Família – ESF, com recursos financeiros advindos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), com os seguintes objetivos:

I estimular a participação dos profissionais da Secretaria da Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente no 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 pelos servidores;

II desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

III institucionalizar a avaliação e o monitoramento de indicadores nos serviços para subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade dos serviços de saúde;

IV incentivar financeiramente o bom desempenho de profissionais e equipes, estimulando-os na busca de melhores resultados para a qualidade de vida da população; **“DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA”**.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS
GABINETE DO PREFEITO

V garantir transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção à saúde, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade.

Art. 2º Para aderir ao PMAQ os profissionais deverão firmar termo de compromisso do PMAQ, homologado por portaria do Ministério da Saúde, conforme as regras da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.

Art. 3º Ao aderir ao PMAQ os profissionais receberão o incentivo conforme nota de desempenho na avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º Do valor global dos recursos repassados ao Município será dividido de forma igualitária entre as equipes constituídas e que aderirem ao PMAQ. Do valor destinado a cada equipe, parte será destinada para composição do incentivo de acordo com as metas atingidas e a parte restante para investimentos na unidade de saúde.

Art. 5º Para efeito de concessão do INCENTIVO POR DESEMPENHO DE METAS, a Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente, por intermédio da Coordenação dos Programas de Saúde e Chefia do Departamento de Saúde elaborarão, mensalmente, planilhas de cumprimento das metas dos indicadores, com fulcro no decreto regulamentador desta Lei.

Art. 6º O valor da premiação financeira do incentivo por desempenho de metas será pago mensalmente em razão do cumprimento dos indicadores e metas previstos em decreto regulamentador desta Lei.

§ 1º O pagamento será efetuado pelo sistema de meritocracia aos profissionais que compõem as equipes das Unidades Básicas de Saúde que são

“DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA”.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS
GABINETE DO PREFEITO

referência em Estratégia Saúde da Família (ESF), observados os critérios definidos nos incisos do caput deste artigo.

§ 2º A partir do momento em que o servidor desvincular-se da Unidade Básica de Saúde, não terá ele o direito de receber o incentivo.

§ 3º Não se aplica o incentivo disposto nesta Lei para o gestor da pasta.

Art. 7º A gratificação de Incentivo de desempenho do PMAQ:

I não se incorpora aos rendimentos do servidor para nenhum efeito;

II não serve de base de cálculo para gratificação natalina;

III não é devida aos servidores no período de férias, licença de qualquer natureza, afastamento para servir em outro poder, Órgão ou Entidade, afastamento para exercício de mandato eletivo, afastamento em missão oficial e para estudo, estágio ou treinamento, em virtude da própria natureza da gratificação – Incentivo de Desempenho do PMAQ.

IV não se estende aos inativos; pensionistas e prestadores de serviços.

Parágrafo Único: Fica assegurado o pagamento do PMAQ, ao servidor que se ausentar do serviço, conforme autoriza a Lei 1.883/2001:

Art. 8º Para as equipes que obtiverem desempenho insatisfatório na avaliação externa serão suspensos os repasses do recurso financeiro, ficando condicionada automaticamente a obrigatoriedade de celebrar um Termo de Ajuste, conforme Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, e Manual Instrutivo PMAQ.

Art. 9º Os valores serão repassados mensalmente aos profissionais lotados nas referidas unidades de saúde, com valores igualitários, mediante apresentação prévia de relatório de acompanhamento e certificação interna encaminhado ao Departamento Pessoal.

“DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA”.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS
GABINETE DO PREFEITO

Art. 10 O incentivo de desempenho em nenhuma hipótese incorporará ao salário do servidor, sendo sua natureza jurídica estritamente indenizatória.

Art. 11 Em caso de desistência, exoneração, rescisão ou afastamento do serviço em qualquer circunstância, o servidor perderá o direito ao incentivo PMAQ e o valor será revertido em estruturação das ESFs.

Art. 12 O repasse de incentivo financeiro PMAQ aos profissionais será concedido enquanto houver a garantia de repasse de recursos pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo Único: A cada 12 (doze) meses, será feita nova avaliação para revisão orçamentária de que trata este artigo.

Art. 13 As despesas com a execução desta lei correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

09.05.10.301.0067.2232 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ
3.3.1.9.0.11.00.000000 Vencimentos e Vantagens Fixas Pessoal Civil

Art. 14 A presente Lei poderá ser regulamentada através de Decreto do Poder Executivo.

Art. 15 Esta Lei entra em vigor em 01 de janeiro de 2015.

DOIS IRMÃOS, RS, 09 DE DEZEMBRO DE 2014.


TÂNIA TEREZINHA DA SILVA,
PREFEITA MUNICIPAL.

“DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA”.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS
GABINETE DO PREFEITO

JUSTIFICATIVA

Encaminhamos à apreciação dos senhores Edis o presente Projeto de Lei nº 271/2014 que **“INSTITUI O INCENTIVO VARIÁVEL POR DESEMPENHO DE METAS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ E DÁ OUTRAS”**

Tal proposição se origina em solicitação encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente e visa instituir Incentivo Variável por Desempenho de Metas aos profissionais das Equipes das Unidades Básicas de Saúde que são referência para Estratégia de Saúde da Família – ESF e demais programas exclusivos de atenção básica com recursos financeiros advindos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade (PMAQ)

Importante salientar que os valores variam em torno de quatorze mil reais mensais podendo baixar caso as metas não sejam atingidas.

Anexo, segue manual do PMAQ para conhecimento e elucidação.

Certos de podermos contar com o pronunciamento favorável desta Colenda Câmara, aproveitamos o ensejo para renovar protestos de elevado apreço e consideração.


TÂNIA TEREZINHA DA SILVA,
PREFEITA MUNICIPAL.

“DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA”.

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

MANUAL INSTRUTIVO

Brasília - DF
2012

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

MANUAL INSTRUTIVO

Brasília - DF
2012

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

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

MANUAL INSTRUTIVO

Sélie A. Normas e Manuéis Técnicos

Brasília - DF
2012

Este é o Manual de Saúde Mais Perto de Você, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ele contém as orientações para a implementação do programa, bem como as ferramentas para a avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

Este manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como aos profissionais que atuam na avaliação e no monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

Este manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como aos profissionais que atuam na avaliação e no monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

Este manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como aos profissionais que atuam na avaliação e no monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

Este manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como aos profissionais que atuam na avaliação e no monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

Este manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como aos profissionais que atuam na avaliação e no monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

Este manual é destinado aos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como aos profissionais que atuam na avaliação e no monitoramento da qualidade da atenção básica. O manual é dividido em duas partes: a primeira apresenta o contexto e a justificativa para a criação do programa, e a segunda apresenta as orientações para a implementação e o monitoramento da qualidade da atenção básica.

II - Ser incremental, permitindo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva o pessoal, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica. A escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica considerou, inicialmente, um conjunto de aspectos passíveis de serem mensurados para a totalidade das equipes, independentemente do contexto no qual elas estão inseridas. Contudo, se proveu a necessidade, ao longo do desenvolvimento do programa, da definição de novos padrões e indicadores que permitissem o estudo continuado e adequação dos compromissos a serem contratualizados, coerentes com as especificidades regionais e locais.

III - Ser transparente em todos os seus atos, 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 possibilitem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelas equipes de saúde, assim como os resultados por elas produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal e das FAS participantes do PMAQ poderá ser acompanhado pelos cidadãos, municípios e sociedade civil organizada, entre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab.

IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municípios e blocos, equipes e muitos mais no processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica, desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e FAS deverão responsabilizar-se por uma série de ações que possam qualificar o processo de trabalho da gestão e das localidades da atenção básica. Os usuários também estarão envolvidos no programa, na medida em que poderão identificar e manifestar por meio do acompanhamento e do feedback o respeito ao desempenho das equipes e gestão municipal, em equipes como os conselhos locais e municipais de saúde. Além disso, uma importante dimensão que estará presente no processo de avaliação das FAS participantes do programa será a avaliação da satisfação dos usuários.

2. Os presentes orientamentos e critérios poderão vir a sofrer alterações durante a 3ª edição, a fim de adequar o presente documento às mudanças ocorridas durante o processo de implementação do PMAQ, bem como a evolução das necessidades e prioridades das equipes de atenção básica.

V - Desenvolver cultura de aprendizagem e contratualização que implique a gestão, los recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instigação de mecanismos de funcionamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das FAS, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transformações de recursos segundo o desempenho das equipes. Buscar-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e das localidades participantes da AB que procuram desenvolver ações que aumentem o acesso e a qualidade da atenção dirigida 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 considerará 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, consequentemente, o impacto causado por essa mudança nos usuários e trabalhadores. Tendo como referência os princípios da atenção básica, o programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como o acesso dos diversos atores, podem induzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerar o cuidado que permitam a qualificação das FAS. O programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores, busca modular, detalhar e promover estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos, vinculem mais esforços e qualificação das equipes de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária, além de contribuir à participação, mediante a constituição de espaços de participação, produção e avaliação, que motivem a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.

VII - Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos, a adesão ao PMAQ é a incorporação do processo voluntário para melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupondo 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 esforço e a introdução de práticas inovadoras ao aumento da qualidade da AB somente poderão ser concretizadas em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

V - Colaboração da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

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

VI - Gestão do cuidado integral em rede

O vínculo construído por uma atenção básica de alto resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo do cuidado do usuário pelos serviços, 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 continuidade da atenção básica é decisiva.

VII - Trabalho em equipe multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há de se ter/constituir capacidade de análise e intervenção abrangente diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os níveis de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competência, amplitude, assinal, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em planejamento profissional, passe a ter como foco o usuário, onde o cuidado e o empoderamento do usuário que organiza a intervenção técnico-científica.

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 prevenção 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. Operacionalizada por meio do exercício de políticas de cuidado e de gestão, orientadas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a diversidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de cuidado complexo e variável que desenvolve o manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e complexidade em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

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

1 - Territorialização e responsabilidade sanitária

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

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

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

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

3.1 Adesão e contratualização

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

3.1.1 Adesão e formalização no programa

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar toda a atenção básica do País, a partir de um processo pactuado de forma regular, permite a adesão ao PMAQ das equipes de Saúde da família, estratégias inovadoras para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, e também de equipes de atenção básica organizadas em outras modalidades, colando que cumpriam os pressupostos e exigências previstas no programa.

Dessa maneira, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as de saúde local, em diferentes modalidades, poderão aderir ao PMAQ de modo que se encontrem em conformidade

3.1.2 Desenvolvimento do processo de territorialização de acordo com o programa no âmbito estadual ou municipal 3.1.3 Avaliação externa

com os princípios da atenção básica¹. As adesões serão voluntárias e pressupõem um processo inicial de pactuação entre equipes de atenção básica e gestores municipais, que deverão aderir à formalização de adesão dos municípios com o Ministério da Saúde.

O processo de acesso ao PMAQ segue permanente e não havendo data limite para as inscrições. Os interessados devem acessar o site www.mma.gov.br e os seguintes municípios: Paraitinga, nos anos em que ocorrerem eleições municipais, o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SISDAB) estará aberto para a edição do PMAQ e o edital do processo de inscrição. Contudo, cada município somente poderá realizar o acesso de novos interessados ao programa uma vez por ano, com intervalo mínimo de seis meses entre uma edição e outra.

Neste primeiro ano de implementação do programa, será feita uma exceção à regra, na medida em que as inscrições ocorrerão entre as datas 1º de setembro e 31 de outubro de 2013. Itens suspensos novas inscrições para o ano de 2012 e estão momentaneamente no ano de 2013. As inscrições ao PMAO serão por meio do SCDAB, que estará disponível no portal do DAB, no endereço www.sautle.gov.br/dab.

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

Após a homologação do atletão, realizada pelo Ministério da Saúde, o município recebeu, mensalmente, mediante transferência lunar a junho, 2008, do valor integral do Componente de Qualidade do PISO do Atendimento Básica Variável (PAB Variável), por equipe de atenção básica participante, considerando o mês em que a homologação foi realizada.

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

deixa saúde da família influenciada diretamente com maior detalhamento (o item 3.14 de-se destaca).

17

de Saúde Bucal vinculada à FAE. Desse modo, cada município receberá, no total, no programa K5 1.300,00 por FAE e K5 1.700,00 quando houver CSB vinculada à FAE. Após o processo de avaliação externa do programa, previsto para a fase 4, o valor a ser transferido por FAE será vinculado ao seu desempenho.

O Ministério da Saúde realizou a homologação dos municípios e EAB que aderiram ao programa, mensalmente, publicando pontuações que expediria o conjunto de municípios que passavam a participar do PMMU, com a respectiva quantidade de equipes. Para efeito de homologação, de acordo com o edital do programa, a pontuação máxima a ser alcançada por município foi considerada a data de publicação da edição pontua-

A homologação dos municípios e EAB que aderiram ao programa, mensalmente, expediu o conjunto de municípios que passaram a participar do PMMU, com a respectiva quantidade de equipes.

do mês, Deia o conjunto de municípios que cumpriram todos as etapas previstas para a adesão ao MDA, no SIOGAS, até o último dia do mês anterior.

impeliu a homologação da adesão do município ao PMQ, nem o início das transferências dos recursos vinculados ao programa. No entanto, o carregamento efetivo dos documentos digitalizados que compõem a base de consulta informou sua adesão aos colegas mencionados seria condição para a solicitação do processo de adesão externa, a ser realizada na fase 4 do PMQ.

No 4º relatório de condições para o planejamento da população, os municípios são detalhados quanto ao IMPO e à rede de inventário inventário nas situações em que o *gênero municipal* não termina, na SMO, o período de avaliação relativa ao período máximo de seis meses para o primeiro ciclo e de 12 meses para os próximos ciclos do período. Nesse caso, os municípios foram avaliados em relação ao programa por um

Accepted for publication 12 June 2012

V. Ayanian, por gestores e equipes, de identificação visual estabelecida pelo Ministério da Saúde, contendo informações das cartas de serviços ofertados pela equipe, o nome de lincoamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e estado dos profissionais, o telefone da oviducta do município (quando houver) e do Ministério da Saúde, além do e-mail da internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe¹¹.

3.1.2 Compromissos

O processo de contratualização prevê

- 1 - A assinatura de um Termo de Compromisso (TC) por parte dos(as) equipe(s) de Educação Básica com a gestão municipal;

- 2 - A assinatura de um TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde no processo de adesão, que tem como pre-êlapa a contratualização da gestão com seus equipes; e

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

São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:

- 1 - Compromissos das equipes de atenção básica

- i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na PNAB;

- iii. Alimentar o sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe;

13. O Ministério da Saúde publica o seguinte informe on pedidos valores de identidade e do elo equivo-

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

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

- 1 - As reuniões exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente¹. Entre elas, destacase o cabedalmento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das equipes de atenção básica ao Sistema Nacional de Esclarecimentos da Saúde (SNS), assim como o cumprimento das etapas previstas de acordo com o informado.

- do novo relatório MAZ-complementar²⁰, por meio da utilização de transmissões simultâneas do município, país e do base de dados do Proq, no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), e do Modelo de Gestão do Programa Observatório da Saúde²¹, permitindo, assim, o efetivo monitoramento dos indicadores contextualizados no âmbito do programa.
- III - A não prioria em mais de um desvio-padrão por três meses ou mais no respectivo indicador de monitoramento atende ao considerável no processo de certificação.

- IV - A isso verificação, por órgãos de controle e sistema nacional de auditoria, de que as condições necessárias não estão mais presentes, devendo, nesse caso, ser realizado processo conforme os dispositivos do sistema nacional de auditoria;

1. *Prima* si tratta sempre di situazioni che coinvolgono «produttori» o «agenti» diversi da noi, e, almeno in alcuni casi, di situazioni che coinvolgono «consumatori» o «beneficiari» diversi da noi, e, in ogni caso, di scelte che implicano un sacrificio di risorse. In questi casi, il problema è di natura distributiva, e si può pensare che la soluzione sia data dalla equità. Ma, se si pensa che, in alcuni casi, il sacrificio richiesto è di natura distributiva, e si può pensare che la soluzione sia data dalla equità, si può pensare che la soluzione sia data dalla equità.

Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Matutino

10

ix. Realizar ações de educação permanente com/para o(s) equipe(s) de atenção básica, a) implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e avaliação dos resultados da atenção básica no município,

iclientes do programa, nos prazos estipulados,

participantes do programa, oferecendo condições logísticas de hospedagem e transporte para equipe de avaliadores externos.

- ### III - Compromissos das gestões estaduais

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

análise dos resultados da atenção básica no Estado,

ção, do cuidado e da gestão do cuidado.

implementação do programa no Estado, de acordo com suas diretrizes,

disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

em sei subiniciativas as equipes participantes do programa, por meio do Conass;

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

22

IV. Compromissos do Ministério da Saúde

- i. Assegurar a efetiva implementação do programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao componente de Qualidade do PAQ-Vitalis, de acordo com as regras do programa;
- iii. Fomentar a análise do cumprimento das condições de acesso e de permanência dos municípios no programa;
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de apoio institucional para subsidiar a implementação do programa;
- v. Orientar ações de educação permanente e outros estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implementar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no país;
- vii. Realizar análises que orientem o aperfeiçoamento do programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos ares envolvidos em sua implementação;
- viii. Fomentar e coordenar (de maneira horizontal) o processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da atenção básica, de maneira singularizada com cada equipe de atenção básica participante do programa, a partir do seu desempenho no processo de reestruturação.

Como a unidade de avaliação do PMAQ será a equipe de atenção básica, a escolha dos indicadores levou em conta aqueles que possam ser monitorados e analisados por meio do

3.1.3 Indicadores de Contratualização

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

Como a unidade de avaliação do PMAQ será a equipe de atenção básica, a escolha dos indicadores levou em conta aqueles que possam ser monitorados e analisados por meio do

Sistema de Informação de Atenção Básica (SAB), uma vez que esse é o único sistema disponível para a administração e acompanhamento das equipes de atenção individualizada, contudo, em 2012, o Ministério da Saúde iniciou a implementação de um novo sistema de informação que permitia o registro nacional de informações em saúde, vinculado ao uso do cartão Nacional de Saúde e com capacidade de interoperabilidade com os diversos sistemas utilizados pelos Estados e municípios. A implementação desse sistema somou ao processo de informatização da rede de atenção, ampliou o horizonte de indicadores e informações a serem acompanhadas.

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

Em consonância com as diretrizes do PMAQ, o processo de monitoramento deverá ser feito de acompanhamento contínuo tanto dos indicadores, como dos padrões de desempenho, tendo em vista as limitações atuais dos sistemas de informação em saúde para um acompanhamento mais efetivo das coberturas e dos resultados esperados das equipes de atenção básica, optou-se por incluir o monitoramento com os indicadores disponíveis que apresentassem maior solidez. Espera-se, com a melhoria da alimentação do SAB, viabilizar o processo de monitoramento do PMAQ, a constituição de uma base de dados mais consistente, que permita a inclusão de novos indicadores e forme mais robusta esta rede de análise de desempenho.

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

1. Indicadores de desempenho vinculados ao processo de atenção externa e que serão utilizados para a classificação das IAB, conforme o seu desempenho;

2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos

Monitoramento

- 2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
- 2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
- 2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica

Desempenho

- 3.1 Proporção de diabéticos cadastrados;
- 3.2 Proporção de hipertensos cadastrados;
- 3.3 Média de atendimentos por diabético;
- 3.4 Média de atendimentos por hipertenso

Monitoramento

- 3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
- 3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio;

4. Saúde bucal

Desempenho

- 4.1 Média da ação educativa de escovação dental supervisionada;
- 4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- 4.3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico a gestante;

A contratualização de indicadores de Saúde Bucal só se aplica aos municípios em que a cidade do IAB foi vinculada a uma IAB

Os indicadores de monitoramento a serem acompanhados de forma regular para contratualização de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, interferir na produção atribuída às IAB no processo de avaliação externa. Nos padrões de desempenho do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho. Mesmo que uma unidade conte só com indicadores de monitoramento, será avaliada e incluída sua qualificação por meio da avaliação externa e da verificação no processo de reestruturação, contribuindo assim para que questões importantes não fiquem fora do processo de melhoria da qualidade.

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

Quadro 1 – Síntese dos indicadores selecionados

Área Estratégica	Desempenho	Monitoramento	Total
1. Saúde da mulher	0	1	1
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Intervenção e intervenção	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Monitoramento

- 4.5 Média de instalações de potes de dentários;
- 4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
- 4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral

5. Produção geral

Desempenho

- 5.1 Média de consultas médicas por habitante;
- 5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado;
- 5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada;
- 5.4 Proporção de consultas médicas de demanda mediada

Monitoramento

- 5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
- 5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
- 5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;
- 5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
- 5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica;
- 5.10 Média de atendimentos de enfermagem;
- 5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;
- 5.12 Proporção de acompanhamentos dos condicionais de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

6. Tuberculose e hanseníase:

Monitoramento

- 6.1 Média de atendimentos de tuberculose;
- 6.2 Média de atendimentos de hanseníase.

7. Saúde mental:

Monitoramento

- 7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas;
- 7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool;
- 7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas;
- 7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo.

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

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

No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na região centro-sul do País, na década de 1990, já possuíam importantes redes de Atenção Básica, implementadas, respectivamente, pelo modelo de um número expressivo de Unidades Básicas de Saúde, organizadas em boa parte no pré-cabotagem de 20% a 40% da população, conforme o critério que se usou, se organizaram em menor ou maior grau seguindo os princípios da AS (1) (2) (3) (4) e que, reconhecendo que a ESF não deve ser apenas substituição desses lugares, e necessário que os serviços se organizem segundo os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, querendo a atenção à saúde de toda a população.

- I - Generalista;
- II - Clínico;
- III - Pediatra;
- IV - Ginecologista-obstetra

II - Será obrigatória a presença do profissional médico generalista ou clínico, e a soma da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a dos demais profissionais médicos (pediatra, ginecologista-obstetra, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra) fixa a médicos que atendam a população adulta (generalista ou clínico) e maior do que a de médicos que atendam crianças (pediatra) e gestantes e reprodutiva das mulheres (ginecologista-obstetra).

III - A presença do ginecologista-obstetra é opcional e, quando não houver nenhum 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 pediatras, clínicos e pediatras, assim como enfermeiros e cirurgiões-dentistas, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais.

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

Cada equipe poderá ter diferentes faixas de população atendida, 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 calcular sua população e passar a atender, de maneira regular e consistente, no Sáb, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações.

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

Após análise detalhada e participação imparcial, o Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos para que as UBS 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 consultivos considera critérios mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

Conforme descrito nos diferentes do PMAQ, todas as equipes de atenção básica participantes do programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da atenção básica, nas cores e abrangência do território de atuação das UBS e da população atendida por elas.

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

Quadro 7 - Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de médicos e enfermeiros

Soma da carga horária mínima de Médicos	Soma da carga horária mínima de enfermeiros	Equivalência com a ESF
70 horas	60 horas	1 equipe de SF
100 horas	80 horas	2 equipes de SF
150 horas	120 horas	3 equipes de SF

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

(como já foi observado, as UBS também deverão cadastrar a população atendida e aderir essas informações no Sáb como critério para parametrização no PMAQ, considerando que boa parte dos seus indicadores será calculada com base no cadastro). No entanto, para essa modalidade de AS, os dados cadastrais poderão ser inseridos em uma única modalidade e vinculados não necessariamente a um AS, mas a qualquer profissional da equipe de atenção básica.

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

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

Quadro 8 - Faixas populacionais atendidas de referência para as modalidades de organização da atenção básica diferentes da ESF, conforme soma da carga horária mínima de profissionais

Soma da carga horária mínima de Médicos	Soma da carga horária mínima de enfermeiros	Faixas Populacionais Atendidas de Referência (habitantes)	
		Mínima	Máxima
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

3.1.5 Limites para a Atenção e Contratualização no Programa*

Em decorrência do crescimento de evolução hospitalar, administrativa e organizacional do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no âmbito do PMAQ, a partir de 2014, o gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá calcular sua população e passar a atender, de maneira regular e consistente, no Sáb, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações.

Isso poderá ocorrer tanto em uma UBS, em uma subunidade na qual a soma da carga horária dos médicos de uma UBS ultrapasse a 220 horas e a de enfermeiros ultrapasse a 120 horas, essa unidade poderá continuar uma UBS (150 horas médicos e 120 horas enfermeiros), que equivalet a duas equipes de SF, ou, caso não haja 150 horas médicos e 60 horas de enfermeiros, que equivalet a uma equipe de SF. Alternativamente, essa mesma unidade poderá continuar duas UBS, sendo que cada uma delas equivalet a duas equipes de SF.

Nos casos em que existirem ações em saúde local e o atendimento da UBS estiver vinculado a uma ESF, a carga horária do diagnóstico deverá ser de acordo com as faixas descritas no quadro a seguir.

Quadro 9 - Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de profissionais

Soma da carga horária mínima de diagnóstico	Equivalência com a ESF
80 horas	1 equipe de SF
120 horas	2 equipes de SF
160 horas	3 equipes de SF

O valor de referência do componente de qualidade do PMAQ Variável, por UBS que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecerá a equivalência descrita nos quadros acima. Nos casos em que a UBS equivalet a duas equipes da Saúde da Família, o gestor municipal deverá, mensalmente, o valor referente a duas UBS do componente de qualidade do PMAQ Variável.

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

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

* Este valor não é obrigatório para a carga horária mínima e de abrangência da UBS Variável, por UBS que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecendo a equivalência descrita nos quadros acima. Este valor não é obrigatório para a carga horária mínima e de abrangência da UBS Variável, por UBS que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecendo a equivalência descrita nos quadros acima. Este valor não é obrigatório para a carga horária mínima e de abrangência da UBS Variável, por UBS que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecendo a equivalência descrita nos quadros acima.

ato de implantação, sendo fixados por município, para a atenção em 2011 (correspondendo ao período 2011-2012). Tais percentuais de equipe de atenção básica que poderá aderir ao programa, considerando o número de equipes da Estratégia Saúde da Família.

Para os primeiros seis meses, o número total de UBS que poderão aderir ao PMAQ será igual a 17,64, e de Saúde Local será 14,590. Como não há informações precisas a respeito do número de UBS que se organizam em modalidades diferentes da ESF, para efeito de definição dos tetos de adesão por município, será considerado o número de equipes da Saúde da Família existentes no município.

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

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

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

A adesão ao PMAQ será formalizada pelo sistema de gestão de programas do Departamento de Atenção Básica (SISAB) e seguirá as seguintes etapas:

- 1 - Manifestação de interesse do gestor municipal

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

II. No SISAB, ele deverá selecionar a opção do Programa Nacional de Melhoria do

com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, supere-se que sejam constituídos planos de ação, inicialmente contemplando problemas internos complexos e que estejam sob a responsabilidade do ato em questão.

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

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

Por fim, cabe lembrar que a realização de autoavaliações, de tempos em tempos, com apoio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das "públicas avaliações" contínuas, nem sempre consensuais ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

3.2.2 Monitoramento

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

O monitoramento dos indicadores básicos:

I - Orientar o processo de negociação e operacionalização de metas e compromissos entre as UAB e o gestor municipal, assim como entre este e os outros setores de gestão do SUS.

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

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

III - Fazer a vinculação dos processos de monitoramento a consequências positivas que influenciem resiliências, deturpação de resultados ou tentativas desonestas que dificultem a aplicação de seus resultados e comprometam o interesse e motivação dos profissionais em administrar adequadamente os sistemas intersetoriais.

IV - Reconhecer o sucesso das equipes que vivem bem desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados.

V - Fomentar a identificação de experiências valiosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e reflexões solidárias, mas do que a competição por melhores resultados.

VI - Fomentar mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e negociação entre sujeitos que compartilham coresponsabilidades.

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

II - Subsidiar a deturpação de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das UABs e dos gestores de governo.

III - Promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e produção de decisões para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção.

IV - Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário por meio da publicação de metas, políticas de qualidade e resultados alcançados.

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

Cumprido destaca-se que, no ato de melhoria da qualidade da AB, atencem bons resultados nos indicadores e práticas de qualidade prescrevem a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de qualidade de educação permanente, apoio institucional e programação e canalização de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

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

3.2.3 Educação Permanente

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

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

Nesse sentido, a educação permanente além de sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como importante "estratégia de gestão", com grande potencial promotor de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua microcultura, baseada no plano dos elementos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

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

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

A gestão municipal e as UAB, com o intuito de promover a ampliação da melhoria do acesso e da qualidade, devem promover a melhoria dos indicadores e do desempenho da equipe nos padrões de qualidade da atenção básica. Isso pressupõe o fazer em conjunto de ações compatíveis com as necessidades de saúde da população, com qualidade solidária, incluindo esse eixo nos resultados dos indicadores e nos padrões de qualidade a serem alcançados, inclusive em termos de satisfação dos usuários.

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento sistemático daquilo que tem sido produzido pelas equipes, permite a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores consolidados, 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, e que, quando os resultados nos indicadores refletem em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, deverão haver coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com políticas de qualidade associadas a boas práticas em atenção básica.

Além disso, como será apresentado posteriormente, o desempenho das equipes para o conjunto de indicadores consolidados na composição parte da avaliação externa para certificação de qualidade das equipes de AB, será utilizada, para cada unidade de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcance pelo equipe, considerando-se o resultado obtido por ela com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as metas do seu município, do seu Estado, da sua região, do Brasil e/ou do estado de municípios do qual faz parte, conforme definido no item 3.1.3, no mesmo período.

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

I - Ter caráter formal, pedagógico e resolutivo das práticas, nunca abdicar 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

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de cuidado no âmbito básico, na medida em que amplia as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa perspectiva, é importante que a equipe tenha acesso a esse repertório de ações incorporando aspectos de apoio e cooperação horizontal, das como locais de experiência e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio mútuo, visitas e estudos sistematizados de experiências inovadoras etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e natureza ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município desenvolvam, proponham e desenvolvam ações de educação permanente visando combater necessidades e possibilidades singulares com metas e processos nas gestões de uma política proposta para todos as equipes e para todo o município. É importante situar e medir as metas de educação permanente por territorialidade (curios, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e relevância.

De modo análogo, é importante a atuação e apoio dos governos estaduais e federais aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversos insumos para diferentes contextos do que a tentativa de regulação, tornando e simplificar a diversidade de iniciativas.

3.2.4 Apoio Institucional

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reorientação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. A supervisão tradicional, entretanto, reduziu atores e executores, pôs a distância, privilegiando a autonomia de atuação de torças problematizadoras, apoiando mais na disciplina e no enquadramento do que na liberdade com compromisso e na ampliação da capacidade de ação do outro.

poem o apoio institucional implica um modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculando a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na lógica do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, desenvolvendo alternativas para as direções de seu uso. O apoio institucional busca apoiar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em prática, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora apoiando as equipes a experimentarem libertamente problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de instrumentos e tecnologias. Em vez de negar ou reprimir, o apoio institucional reconhece a complexidade do trabalho e torna os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações problemáticas em situações produtivas.

O apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democratização institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e valores do SUS. A avaliação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/colônias apoios devem estar atreladas a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a estigmatização, a imobilização e a desresponsabilização. Serão assim, a política concreta do apoio requer sempre certa sensibilidade, abertura para ser afetado e, ao mesmo tempo, capacidade de afetar, de mobilizar.

Nessa forma, o apoio institucional pode ser realizado nos âmbitos municipal, estadual e federal, e o desenvolvimento das ações de apoio institucional deve possuir um caráter compartilhado e ser constituído a partir das realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e técnicas desenvolvidas pelos atores. É fundamental que haja dimensionamento adequado do número de equipes por território, evitando a necessidade de construção de vínculo entre eles, que pode ser potencializada a partir da construção de estratégias de comunicação e de aprendizados de experiências.

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

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

Entre as estratégias de apoio institucional do PMAQ, compreende-se o apoio do Ministério da Saúde às condições estruturais de atenção básica, com os municípios (eventualmente) das condições estruturais de atenção básica à gestão do atenção básica nos municípios e da gestão municipal às equipes de saúde.

Nesses dimensões, há pelo menos três planos presentes, quais sejam: (a) O das relações interinstitucionais; (b) O relativo ao desenho e atuação 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 sua qualidade de trabalho.

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

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

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

II - Suporte à implementação do acolhimento à demanda espontânea;

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

Até o ano do PMAQ, o grupo para

que o município submete a avaliação externa, via Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica, será de dois a seis meses, contados a partir da data de publicação da portaria que homologa a afiliação do município e equipe(s) de atenção básica ao programa. Para o ano de 2017-2017, teremos uma situação excepcional, dando o cronograma legislativo, administrativo e orçamentário do primeiro ano de implementação do programa, para todos os municípios, a avaliação externa ocorrerá seis meses após a adesão.

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

A avaliação da avaliação externa local, considerando, além dos critérios acima

expostos de permanência no programa e de filiação, à UR, TB e OMS, à alimentação no SGA, de um conjunto de informações referentes às práticas das IAB para as situações em que essas práticas apresentaram maior grau de subjetividade e maior variabilidade da maneira como podem ser desenvolvidas. O sistema possibilita que cada IAB possa descrever, a partir de formulários padronizados, como são desenvolvidas ações tais como o acolhimento e o diagnóstico de saúde. Essas informações serão utilizadas para monitorar o trabalho do avaliador externo, que verificará, no local de atuação da equipe, a conformidade do que foi informado com aquilo que pode ser observado.

Cumprida a avaliação externa será feita para a unidade de equipes participantes do município. Portanto, em municípios com mais de uma equipe participante do

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

IV - Suporte à implementação de dispositivos para qualificação de clínica e gestão do cuidado e resiliência de recursos da rede a partir da equipe da IBS;

V - Realização da organização de intervenções interdisciplinares;

VI - Análise de indicadores e informações em saúde;

VII - Facilitação dos processos locais de planejamento;

VIII - Atuação de conflitos, buscando apoiar na construção 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 diálogo de escuta/diálogo, a conversão das crises paradigmáticas em crises produtivas e a construção de projetos comuns;

IX - Atuação de ações de apoio mútuo entre os NAS e o outros serviços da rede.

Então os exemplos citados devem estar enfiados no apoio institucional às equipes de atenção básica, grande parte das indicações também se aplica ao apoio à gestão estadual e municipal.

3.3 Avaliação Externa

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

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

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

O instrumento de avaliação externa será organizado em quatro grandes dimensões e 12 subdimensões, que consistem nos eixos de análise orientadores das práticas de qualidade:

As condições de infraestrutura observadas exclusivamente em respostas dos padrões avaliados), a certificação terá como base principal evidências constatadas por meio de documentos (ata, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), de observação direta e outras fontes verificáveis. Vale ressaltar que a seleção dos elementos que compoem o instrumento dos padrões de qualidade considera também soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao padrão, principalmente os relacionados aos processos de trabalho, não limitando a criatividade e produtividade das equipes e da gestão municipal.

Unidade 5 – Municípios e submunícipios do instrumento de certificação das equipes de atenção básica

Unidade de Análise	Dimensão	Solubilização
Gestão	Unidade municipal	Implementação e monitoramento da atenção básica no município; organização e integração da rede de atenção à saúde; gestão do trabalho; participação, controle social e participação no sistema.
	Condição de Atenção Básica	Acesso institucional; educação permanente; gestão do monitoramento e avaliação – M&A; infraestrutura e equipamentos; humanos, metodológicos e medicamentos.
Equipes	Unidade básica de saúde	Perfil da equipe; organização do processo de trabalho; Atenção integral à saúde; participação, controle social e participação no sistema.

3.3.2 Critérios para a certificação das equipes de Atenção Básica

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

I – Implementação de processos autocatalíticos;

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

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber valores diferenciados do componente de Qualidade do PMA Vitalável, conforme o seu desempenho.

Nos casos em que a equipe seja classificada como insatisfatória no processo de certificação, o gestor municipal deverá de reter o valor de incentivo referente a essa equipe e às equipes e gestor local, sendo que assumirá um termo de ajuste.

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

Quando a equipe for classificada como boa, o repasse referente a ela passará a ser de 60% do componente de Qualidade do PMA Vitalável (R\$ 3.900,00) e, quando for classificada como ótima, o repasse será de 100% do componente de Qualidade (R\$ 6.500,00).	Após o processo de certificação, os municípios receberão os valores indicados no Componente de Qualidade do PMA Vitalável, conforme o desempenho de suas equipes, considerando a coleta dos dados de conformidade da submissão da avaliação externa.
---	--

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

Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das EAB no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que tenham 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 teleatendimento;
- 4 – Percentual da população em extrema pobreza;
- 5 – Densidade demográfica.

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

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

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

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

A realização da autoavaliação deverá ocorrer após a obtenção dos principais processos autocatalíticos desenvolvidos em momentos anteriores. Não serão considerados, para a autoavaliação, independentemente dos resultados alcançados.

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

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

O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, lançado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à grande disponibilidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma escala de normalização para atribuir uma pontuação de zero a cinco para a meta de cada município, que receberá os menores valores do PIB per capita. A outra metade receberá pontuação distinta de cinco a dez.

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

Os dados referentes à cobertura de população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obtiverá 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 obtiverá 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 teleatendimento foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à fome e pelo censo demográfico de 2010. Cada município obtiverá uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas que não recebem o teleatendimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 8 – Critérios de estratificação dos municípios

Estrato	Critérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
4	habituantes, 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 200 mil habitantes
6	Municípios com pontuação maior que 5,85 e população entre 200 e 500 mil habitantes
7	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85

3.4 Recontabilização

A quarta fase do PMAQ consiste no processo de recontabilização, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contabilização de indicadores e componentes deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

Nesse fase está prevista a participação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos pontos e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sustentável a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

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

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

Referências

- ALMEIDA, P. T. et al. Pesquisas à coordenação dos cuidados em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.403/2006, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAIROS, G. W. S. *Salud pública*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAIROS, G. W. S. *Um método para análise e registro de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAIROS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- FRANCO, I. R.; BARTHO, W. S.; MARIY, L. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Belém (PA). In: O TRABALHO em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MARIY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MARIY, Emerson Elias; ONICKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para*

o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Gerson Nunes de. *Devir acadêmico: uma cartografia do trabalho acadêmico*. (Doutorado). - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011.

SILVERIO, R. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

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



ORGÃO SAÚDE
136
Comissão Organizadora
Universidade Estadual de
Campinas
www.usp.br/usp/usp/usp



Ministério da
Saúde
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA