

## **PMAQ-AB E OS PACTOS DO SUS: função dispositivo ou repetição?**

*Thais Chiapinotto dos Santos  
Jeanice da Cunha Ozorio  
Aline Vargas Ferreira  
Daniela Tozzi Ribeiro  
Deisy Tolentino do Nascimento  
Fernanda Monte da Cunha  
Angelo Pagot Zortea  
Caren Serra Bavaresco  
Mirceli Goulart Barbosa  
Alcindo Antônio Ferla*

### **A construção de metas e indicadores de acompanhamento para o desenvolvimento da atenção básica**

Saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL. ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988): assim a Constituição Federal de 1988 a define. As políticas públicas são respostas do poder público para problemáticas sociais e podem ser conduzidas por algumas diretrizes que, em princípio, visam à garantia dos direitos sociais. No entanto, durante a sua implementação, devido a múltiplos fatores, suas ações podem acabar por serem

contrárias às diretrizes iniciais e reforçarem, por exemplo, as desigualdades socioculturais, o que se reflete diretamente na garantia dos direitos sociais. (SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) passa por um momento de reestruturação, apostando no fortalecimento, através do modelo de organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com o mais alto nível de descentralização, estando mais próxima da vida da população e sendo a porta de entrada principal do sistema de saúde, o contato prioritário dos usuários e o centro de comunicação da RAS. (BRASIL, 2011a) Essa definição legal também constitui um eixo de inovação no sistema de saúde brasileiro, uma vez que desloca o centro do cuidado para o território onde vivem as pessoas, quebrando uma tradição assistencial de fixar o cuidado nos serviços de maior densidade tecnológica. Deslocamento que envolve o cuidado na ordem da complexidade do andar da vida e desafia o conhecimento e a técnica. Requer, portanto, uma capacidade ampliada de avaliar e monitorar os serviços e de desenvolver o trabalho no seu interior.

No nosso país, a AB vem desenvolvendo espaços para a inclusão de uma cultura de avaliação no SUS, conforme aponta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A referida política tem como um dos principais embasamentos a avaliação e o acompanhamento contínuo de resultados atingidos, como uma etapa do processo de planejamento e organização das ações. Dessa forma, adiante da ampliação e solidificação de medidas de (re)organização, o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde são de incumbência das três esferas do governo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Um dos grandes desafios atuais para verificar a efetividade das ações da política de saúde é a construção

e implementação de uma proposta de monitoramento e avaliação. O governo tem apostado na construção de indicadores que possam retratar e quantificar o estado atual do SUS, além de projetar o futuro do sistema, enfocando especialmente o acesso e a qualidade. (BRASIL, 2011b)

A Portaria GM/MS 3.925, de 1998, que aprovou o Manual para Organização da AB e definiu indicadores de acompanhamento da AB para o ano de 1999, constituiu-se como um importante marco dos processos de avaliação e monitoramento na esfera do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) Já em abril de 1999 foi publicada a Portaria 476 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da AB no Brasil. Foi nesse cenário que se desenvolveu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, um dispositivo para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na AB. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

O pacto foi um dispositivo formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), utilizando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Nesse contexto de avaliação da AB, através de metas e indicadores, no ano de 2011, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o intuito de promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, ampliar o acesso da população aos serviços e incentivar uma maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à AB. (BRASIL, 2011c)

Devido ao recente investimento do governo brasileiro no desenvolvimento de ações voltadas à avaliação de serviços de saúde, bem como à expansão da cultura

avaliativa, o objetivo deste capítulo foi estabelecer uma comparação entre duas estratégias de avaliação da atenção básica: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e o PMAQ-AB, refletindo sobre as suas possíveis inovações e mudanças.

### **Indicadores e avaliação em saúde—um desafio atual**

No Brasil, o termo atenção básica refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde, compreendendo a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A AB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011a)

A AB tem como fundamentos e diretrizes os seguintes pontos: possuir um território adstrito; garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade de forma a acolher os usuários, promover o vínculo e a corresponsabilização pelas suas necessidades de saúde; adscrever os usuários e garantir a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado da sua saúde e das pessoas e coletividades do território. (BRASIL, 2011a)

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB e também reconhece outras modelagens de equipe (além da ESF) voltadas para diferentes realidades e populações do Brasil, como, por exemplo: a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua; o aumento do número de

municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); o incentivo para a criação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais e ESFs para as populações ribeirinhas. Além disso, amplia as ações intersetoriais e de promoção da saúde, através da articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), Pólos da Academia da Saúde, Programa Melhor em Casa e Telessaúde. (BRASIL, 2011a) A atuação na AB foi desenvolvendo, nos últimos anos, um conjunto de recursos tecnológicos que, por um lado, potencializa esse âmbito do sistema e, por outro, requer uma extraordinária capacidade de gestão para superar a fragmentação e a sobreposição de iniciativas. Cresceu o desafio assistencial, com o cuidado imerso num grau de complexidade estranho aos serviços especializados e à formação, e foi acoplado novo padrão de expectativas à gestão do trabalho e dos recursos.

Dados os desafios que surgiram com a ampliação da ESF, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) criou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB). Desde a sua criação, a missão da CAA passou por algumas reformulações e, a partir de 2003, ficou definida como sendo: monitorar e avaliar a AB e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. A institucionalização da avaliação no âmbito da AB visa a estimular a mudança nas práticas de pessoas e organizações de saúde, com o objetivo de qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações de vigilância em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Vê-se que “monitoramento” e “avaliação” constituem-se, também, no escopo da política vigente, em dispositivos para o desenvolvimento do trabalho na atenção básica.

Conforme Contandriopoulos (2002), quando conseguimos realizar uma avaliação, conseqüentemente estamos exercendo um julgamento de valor a uma intervenção. Estamos utilizando instrumentos capazes

de gerar dados cientificamente válidos e socialmente fidedignos com os quais cada ator pode se posicionar e desenvolver um julgamento que poderá ser transformado em ação. Avaliar mobiliza interesses, lógicas e também o próprio trabalho que ocupa os serviços.

Nos dias atuais, percebe-se a avaliação como um componente da gestão em saúde, na qual ocorre o desenvolvimento de um processo crítico e que precisa de reflexões, prosseguimento e sistematização. Esta contribui na identificação dos problemas, reorientando ações e serviços e, além disso, examina o impacto das ações realizadas sobre a saúde da população. Ao sistematizar informações e juízos de valor sobre o trabalho, desloca a rotina das práticas para novos patamares de conhecimento e densidade.

O Ministério da Saúde ressalta que, para a formulação da política de monitoramento e avaliação da AB, é importante o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários, gestores, técnicos e pesquisadores), com definição clara das responsabilidades de cada um e formas de financiamento dos processos de avaliação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A escolha de indicadores também faz parte do desenvolvimento de uma avaliação. Estes representam variáveis definidas para medir um conceito abstrato, relacionado a diversas áreas do cotidiano, com o objetivo de orientar decisões e o planejamento de ações, bem como o investimento de recursos financeiros. (SESI, 2010)

A escolha dos indicadores a ser utilizados para mensurar aspectos relacionados à saúde deve estar pautada nas seguintes características: confiabilidade da informação, comunicabilidade, disponibilidade, especificidade e sensibilidade. Esses critérios devem ser pontuados e agregados às informações a serem coletadas, levando em

consideração o objetivo da criação, a validação e a avaliação do dado obtido pelo indicador. (ANTICO; JANUZZI, 2008)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os indicadores em saúde podem ser divididos em três grupos:

1. Referentes à saúde ou a sua falta em um grupo populacional;
2. Referentes às condições do meio e que têm influência sobre a saúde;
3. Referentes aos recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. (LAURENTI et al., 1987)

Levando em conta os aspectos citados acima, é de suma relevância a consideração da análise de indicadores de saúde para a avaliação dos serviços de saúde e sua relação com o modelo de atenção vigente e complexidade de atenção. Essa apreciação ocorre classicamente, através da tríade de Donabedian (1980), cujo modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é utilizado a partir de indicadores representativos de três aspectos principais. São eles: (DONABEDIAN, 1980; 1993)

a) Estrutura: abrange a avaliação das características da área física, recursos humanos, materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços. (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006)

b) Processo: tem foco nas atividades prestadas na assistência, na abordagem do problema de saúde e nos aspectos éticos da relação entre profissionais e pacientes, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e o tratamento. (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006)

c) Resultado: avaliação indireta da qualidade, podendo operar alterações nos outros componentes, bem como

mudanças objetivas no sistema de saúde. (DONABEDIAN, 1988; 1992)

Donabedian (1992) considera que a análise isolada da estrutura, do processo ou do resultado gera insuficiência de dados que forneçam subsídios robustos para a avaliação de serviços de saúde. Além disso, ressalta que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões:

1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia a fim de maximizar os benefícios e minimizar os riscos de forma individualizada;

2) relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

Nesse contexto, parece-nos evidente que propostas de instrumentos ou programas de avaliação de serviços de saúde devam contemplar os aspectos mencionados acima, para que mais e melhores planejamentos sejam realizados por parte da gestão. O objetivo é desacomodar os trabalhadores e gestores para que possam (re)pensar os processos de trabalho, resignificando o presente e ambicionando um futuro melhor. É necessário que todos os trabalhadores do SUS sejam protagonistas nesse processo de mudança de cultura, buscando a valorização dos processos avaliativos e compreendendo-o também como um processo pedagógico. E no qual surge maior participação por parte dos envolvidos, novos aprendizados e a possibilidade de maior integração e articulação na atenção à saúde. A avaliação somente se realiza, considerando essas referências, como mobilização sistemática para superar problemas no cotidiano, sendo, portanto, dispositivo potencial para a educação permanente. Para isso, as iniciativas de monitoramento e avaliação devem ser objeto de análise. Esse é o objetivo do item a seguir.

## Estratégias de avaliação da atenção básica

### *Pacto de indicadores da atenção básica*

O Pacto de Indicadores da AB, em síntese, constitui-se em um instrumento que pretendia apontar e direcionar empenhos em relação às metas a serem alcançadas pelas três esferas do governo, através de um processo de pactuação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) O mesmo também pode servir como instrumento de gestão para auxiliar no planejamento e controle das ações de saúde, a fim de melhorar a qualidade da atenção básica prestada. (BASTOS, 2009)

Logo na sua criação, a coordenação do processo de pactuação ficou sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia, passando, no ano de 2000, para o Departamento da Atenção Básica. (MEDINA, 2002)

Com essa transição, houve uma ampliação dos indicadores (que se limitavam aos de base epidemiológica), para a inclusão de indicadores operacionais. Dessa maneira, tais indicadores, além de avaliar a situação de saúde da população, também serviriam de subsídio para a qualificação da gestão. (CAMPOS; ROMANATTO, s.d)

Estabelecido após a implantação do Piso da Atenção Básica, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica parece ter tido relação com a necessidade do MS de verificar como o subsídio financeiro per capita destinado aos municípios estava realmente resultando em maior qualidade de ações oferecidas pelos serviços de saúde da AB. Assim como também mensurar o impacto na saúde da população. (MEDINA, 2002)

Desde a divulgação da primeira Portaria Ministerial, em 1999, anualmente, novas recomendações sobre as

normas técnicas para o cálculo e alcance dos indicadores foram estabelecidas, bem como formalizados prazos e fluxos do processo de pactuação no Brasil. Esse processo ocorreu até o ano de 2006, quando houve a finalização da pactuação em âmbito nacional. E, a partir de 2007, os indicadores referentes à AB foram incorporados ao Pacto pela Saúde no componente do Pacto pela Vida. (BASTOS, 2009)

Os indicadores estabelecidos pelo pacto eram relacionados às seguintes áreas programáticas e estratégicas: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores de ações gerais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Tais indicadores foram classificados em dois tipos:

1. Principais: de pactuação obrigatória, pois representavam um elenco mínimo de prioridades que deviam ser garantidas e alcançadas pelos municípios, independentemente da condição de gestão.

2. Complementares: de pactuação opcional, porém não menos relevantes do que os principais, e escolhidos levando-se em conta as especificidades locais regionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

O processo de pactuação foi implementado de diferentes formas, em âmbito nacional, dada a diversidade de contextos estruturais, organizacionais e políticos de cada estado e município. De forma geral, esse processo foi organizado em quatro componentes:

1) Articulação e mobilização: referia-se à primeira etapa do processo de pactuação dos indicadores. Após a divulgação das portarias, o MS informava às Secretarias Estaduais de Saúde quando a nova pactuação teria início,

sendo que elas ficariam responsáveis por propagar a informação para os gestores municipais. (BASTOS, 2009)

2) Produção da informação: este componente tornava acessível aos municípios e estados informações sobre os indicadores pactuados anteriormente, dando prosseguimento ao estudo dos resultados e contribuindo na determinação de novas metas. (BASTOS, 2009)

3) Homologação: estava presente na última fase da pactuação, porque era através dela que os gestores, tanto municipais quanto estaduais, de fato tinham seus pactos consolidados. Dessa maneira, homologar significa que, hierarquicamente, categorias superiores expressam seu consentimento com os resultados obtidos, bem como com as recentes metas sugeridas para os indicadores do pacto. (BASTOS, 2009)

4) Monitoramento e avaliação, composto por dois momentos relevantes: o primeiro, de acompanhamento do desenvolvimento da pactuação dos indicadores, procurava assegurar que municípios e estados estivessem com seus pactos firmados dentro do prazo determinado em portaria. Em um momento posterior, a atenção voltava-se aos municípios e estados no que diz respeito às metas pactuadas, tornando possível decidir o redirecionamento de ações e atividades e tendo em vista o alcance de metas e resultados melhores. A avaliação teria a responsabilidade de realizar uma análise sobre a importância da pactuação, tendo como base os dados obtidos através do monitoramento e das evidências. (BASTOS, 2009)

Desse modo, tendo em vista cada indicador, foram determinados padrões de julgamento: bom - indicador contemplado integralmente; regular - indicador contemplado parcialmente; insuficiente - indicador contemplado de forma incipiente; crítico - indicador que não teve nenhum requisito contemplado. (BASTOS, 2009)

### *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica surge no ano de 2011, criado pela Portaria 1654 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) e atualizado pela Portaria 535, de 3 de abril de 2013. (BRASIL, 2013) O objetivo principal da implementação 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.” (BRASIL, 2011d)

Segundo preconiza o Ministério da Saúde, no contexto do conjunto de programas e ações que compõem a nova PNAB, denominado “Saúde Mais Perto de Você”, o PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e formas de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011a) A aposta é na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção que possa produzir uma habilidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para gerar mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a AB e com as potencialidades locorregionais. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014)

Quatro fases que se complementam e conformam um ciclo fazem parte da organização do PMAQ-AB: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; 4) recontratualização.

A adesão, primeira fase do PMAQ-AB, consiste na indicação do número de EAB que irá participar do programa. Compete ao gestor indicar o quantitativo dessas equipes através do Portal do Gestor. Na contratualização,

são firmados alguns compromissos e indicadores entre as EABs e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde. Após a homologação da contratualização, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Dentre os compromissos contratualizados pelas EABs e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores. A escolha destes ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A segunda fase do programa consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas EABs, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com a intenção 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 AB. Essa fase está organizada em quatro dimensões: 1) autoavaliação; 2) monitoramento; 3) educação permanente; e 4) apoio institucional. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Para o monitoramento foram selecionados 47 indicadores. Estes foram monitorados a partir da contratualização, sendo divididos em sete áreas estratégicas: saúde da mulher; saúde da criança; controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral; tuberculose e hanseníase; e saúde mental. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A avaliação externa é a terceira fase do PMAQ-AB, na qual é realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade de todos os municípios e EABs participantes do programa. Esse processo é conduzido

por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo MS para desenvolver os trabalhos de campo, através da aplicação de diversos instrumentos avaliativos. Dessa forma, um grupo de avaliadores previamente selecionados e capacitados realiza a aplicação de questionários que estão organizados em três módulos, da seguinte forma:

Módulo I - Observação da estrutura da unidade, bem como dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis;

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos;

Módulo III - Entrevista com quatro usuários da Unidade Básica de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Além dos três módulos citados acima, existe ainda o Módulo Eletrônico, que deve ser respondido pelo gestor no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no *site* do PMAQ-AB. Essas informações são complementares ao instrumento de avaliação externa do programa.

A quarta fase do PMAQ-AB compõe o processo de recontractualização e deve ocorrer após a certificação das equipes. Após a avaliação do desempenho de cada equipe, é realizada uma nova contractualização de indicadores e compromissos, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa. O desempenho das equipes pode ser comparado não somente com as outras equipes, mas também com a sua própria evolução, assegurando que o empenho dos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

### Similaridades e avanços entre as estratégias de avaliação

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a reorientação do modelo de atenção à saúde no país tem como pressupostos a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações em saúde. Além de acompanhar o impacto das ações de saúde por meio de indicadores adequados (implicando a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos) e a incorporação de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, centrando sua atuação na vigilância à saúde. (BRASIL, 2011a)

A informação é importante na tomada de decisões, orientação das ações na atenção, promoção à saúde, aperfeiçoamento da prevenção de agravos e organização dos serviços oferecidos. (RADELLI, 1990; BARROS; CHAVES, 2003; TAKEDA, 2004) Segundo Branco (1996), a qualidade da informação em saúde é consequência da qualidade com que se realizam todas as etapas do processo, desde a coleta.

O pacto tornou-se um marco no processo de incentivo e valorização da AB, uma vez que inovou ao estabelecer uma avaliação através de metas e indicadores. Todavia, o salto de qualidade obtido com a implementação do PMAQ-AB pode ser observado claramente.

Sendo assim, o primeiro ponto a ser destacado está relacionado à obtenção e à fidedignidade dos dados em saúde através da padronização da coleta relativa à avaliação externa do PMAQ-AB, quando comparado aos dados obtidos através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Tendo em vista a presença do avaliador externo, capacitado e qualificado para obtenção das informações de saúde das equipes e territórios.



Outro ponto considerado como avanço da estratégia de avaliação de serviços no país, obtido com a implementação do PMAQ-AB, foi a expansão do número de indicadores avaliados e sua relação com os contrastes territoriais relativos à infraestrutura dos serviços e às diferenças no nível de qualificação profissional. Experiências de outros países têm demonstrado que investimentos na Atenção Primária à Saúde, através da melhoria de recursos físicos e da capacitação dos recursos humanos, proporcionam melhora significativa nos indicadores de saúde da população. (CASTRO FILHO; HARZHEIM, 2006)

Em comparação com o processo de avaliação do Pacto de Indicadores, instrumento formal de negociação apenas da gestão, o PMAQ-AB avançou ao levar em consideração a opinião dos usuários na avaliação e incluir também a autoavaliação da equipe, para além do olhar apenas do gestor. Considerando a questão de que quem utiliza os serviços também deve ter voz no processo de avaliação, Lopes (2012) salienta que essa ainda é uma meta a ser alcançada, mas jamais excludente para outras visões de avaliação dos atores que também fazem parte do processo. Um dos instrumentos de avaliação do PMAQ-AB é o Módulo III, no qual são entrevistados quatro usuários por EABs participantes do programa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Dessa forma, a visão de gestores e trabalhadores se soma à da comunidade, para que diferentes pontos de vista se complementem e para que o planejamento seja criado a partir da composição dessas opiniões.

Dentre as características similares entre o Pacto de Indicadores e o PMAQ-AB, podemos destacar a valorização por desempenho. Ambos realizaram o monitoramento através dos indicadores contratualizados, e a partir dos resultados emitiram um julgamento por meio de categorias— bom, regular, insuficiente e crítico - no Pacto de Indicadores.

Já no PMAQ-AB, as categorias eram: insatisfatória, regular, boa e ótima. A diferença é que, no PMAQ-AB, a avaliação era baseada não somente nos indicadores, mas também na avaliação externa e na autoavaliação das equipes.

### Considerações finais

Através da revisão do histórico de duas estratégias de avaliação no âmbito da Atenção Básica, buscamos pontuar as principais características do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e do PMAQ-AB, ressaltando os seus avanços, dificuldades e similaridades.

Considerando-se que o Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi um dispositivo inovador de avaliação da AB, o PMAQ-AB já surgiu em um contexto favorável, qualificando o processo e inserindo novas características importantes para a avaliação. Podemos salientar os seguintes avanços que emergiram com relação à avaliação realizada pelo PMAQ-AB: o papel central do avaliador externo; o aumento do número de indicadores que poderiam ser contratualizados e monitorados; a inclusão da avaliação da satisfação do usuário; a autoavaliação das equipes de saúde; a produção de dados sobre dimensões da organização da AB indisponíveis nos demais sistemas de registro.

Dentre as características do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, destaca-se a dificuldade de envolvimento das equipes locais (coordenações municipais, equipes de saúde) na definição das metas, o que dificultou o acompanhamento das mesmas. No PMAQ-AB, buscou-se que, desde a adesão e contratualização, tanto os gestores como as EABs se responsabilizassem por uma série de ações para qualificar o processo de trabalho. Na prática,

por se tratar de um programa novo e ainda desconhecido, ocorreram muitas falhas no processo de comunicação, o que acabou resultando em uma participação restrita dos envolvidos em alguns municípios. Entretanto, o reconhecimento das etapas prévias ao contato do avaliador externo, envolvendo as equipes e a gestão, dá, ao menos na perspectiva formal, o reconhecimento de que a avaliação não deverá resumir-se ao “juízo de valor” a partir de indicadores, mas mobilizar a aprendizagem, constituir-se em dispositivos de educação permanente e produzir mudanças e desenvolvimento do trabalho no cotidiano.

Outra questão a ser apontada é o fato de existirem diferentes formas de valorização das equipes segundo o desempenho apresentado. Após a classificação de cada uma, no processo de certificação, se o seu desempenho for considerado “insatisfatório”, o gestor do município não receberá o valor do incentivo, e o gestor local e a equipe terão de firmar um termo de ajuste. Quando a equipe for considerada “regular”, o gestor continuará recebendo os 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável. Se a equipe for considerada “boa”, o repasse se modificará, passando a ser 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável. E, finalmente, quando for considerada “ótima”, o valor passará a ser 100%. (BRASIL, 2011d) Os padrões foram estabelecidos a partir do comportamento dos indicadores de equipes localizadas em territórios definidos, a partir de análises que consideram o porte e os principais indicadores de desempenho sanitário e socioeconômico dos municípios, em seis faixas mais ou menos homogêneas. Ou seja, os padrões e pontos de corte no processo de certificação são móveis, dependem do desempenho geral das equipes submetidas a condições similares e respondem às prioridades estabelecidas pelas políticas do SUS.

Para além da certificação, a avaliação externa do PMAQ-AB produz outros indicadores que permitem aproximações avaliativas mais amplas sobre a AB e podem subsidiar processos de educação permanente. Também é relevante considerar que o PMAQ-AB produziu aproximações com instituições de ensino e pesquisa que podem, de um lado, apoiar o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde e, de outro, qualificar a formação dos profissionais.

Tendo em vista o investimento crescente no modelo de Atenção Básica bem como na avaliação de serviços, é imprescindível evidenciarmos a necessidade de maiores avanços na construção de políticas que visem à garantia do desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde, da comunicação efetiva e qualificada com a população e do esforço dos três níveis de governo para que essas políticas sejam efetivadas.

Sendo assim, o PMAQ-AB mostra-se como um dispositivo que busca ampliar o conhecimento sobre a atenção básica, uma vez que procura incentivar mudanças e transformações no cotidiano dos trabalhadores, usuários e serviços de saúde, demonstrando a necessidade de envolver diferentes componentes, ampliando o foco que anteriormente mostrava-se somente nas metas estabelecidas. É necessário que seja objeto de análise para monitorar sua capacidade de induzir mudanças nas práticas de atenção básica no cotidiano dos sistemas locais.

O que se mostra evidente, até agora, é sua capacidade de tornar visível a avaliação e o monitoramento no cotidiano do trabalho, de forma multidimensional. Produzir híbridos entre academia e serviço, por certo, submete a avaliação a outras lógicas que não sejam apenas o juízo sobre as práticas no interior dos serviços. O desencadeamento de ações de educação permanente em saúde e as redes de conversação que já se organizam no interior dos serviços

e sistemas locais, como também nas instituições de ensino e pesquisa, têm forte potencial para o desenvolvimento do trabalho na atenção básica, reconhecendo a complexidade que é própria no território local.

Concluindo, é possível afirmar também que a avaliação, em particular os processos em torno do PMAQ-AB, vem contribuindo para uma atualização conceitual e programática da atenção básica e para um deslocamento do seu lugar simbólico no sistema de saúde brasileiro. Para isso, também serve a avaliação que se pretende dispositivo.

### Referências

ANTICO, C.; JANUZZI, P. **Indicadores e a gestão de políticas públicas**. Fundaj, 2008.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2003, v.12, n.1, p.41-51.

BASTOS, M.M.A. **Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: s.l., 2009, 162 f., il.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1996, v.12, n.2, p.267-270.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 3.925**, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. **Portaria 476**, de 14 de abril de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica –PAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2003, v.3, n.2, p.221-224.

\_\_\_\_\_. Indicadores da Atenção Básica no Pacto pela Saúde e os novos fluxos da pactuação. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 13, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília/DF: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 493/GM**, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável– PAB variável, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 535**, de 3 de abril de 2013. Altera a Portaria 1654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a Portaria 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da

avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

CAMPOS, R. S.; ROMANATTO, E. **Classificação dos municípios goianos conforme variáveis do “Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2006” como subsídio à gestão pública em saúde**. Instituto Mauro Borges, s/d. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/conj.asp?opcao=N&tema=&op=N>>. Acesso em: 20/01/2015.

CASTRO FILHO, E.D.; HARZHEIM, E. A Telemática em apoio à atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul. In: SANTOS, A.F.; SOUZA, C.; ALVES, H.J.; SANTOS, S.F. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. 1ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p.283-289.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.29-45.

D’INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], 2006, v.59, n.1, p.84-88. ISSN 0034-7167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

\_\_\_\_\_. The quality of medical care: how can it be assessed? **JAMA**. 1988; v.260, n.12, p.1743-1748.

\_\_\_\_\_. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul.** 1992; v.18, n.11, p.356-360.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. Salud Pública de México, **Morelos**, 1993, v.35, n.1, p.94-97.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: E.P.U/Edusp, 1987.

LOPES, G. B. de C. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário. **Physis** [online], 2012, v.22, n.3, p.1237-1242. ISSN 0103-7331.

MEDINA, M. G. **Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica - 2001**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise\\_pacto.PDF](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_pacto.PDF)>. Acesso em: 20/12/2014.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], 2010, vol.44, n.4, p. 1024-1031. ISSN 0080-6234. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 38, 2014.

RADAELLI, S. M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 1990, v. 24, n. 3.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JR. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2006, 6 (3): 335-346.

SESI: Serviço Social da Indústria. Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. **Construção e Análise de Indicadores**. Serviço Social da Indústria. Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade - Curitiba: [s.n.], 2010. : il., 21 cm.

TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.76-87.