

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

CAMILA SIMON

**DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
SANTA ROSA – RS NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) E A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

**Porto Alegre
2015**

CAMILA SIMON

**DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
SANTA ROSA – RS NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) E A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração / UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Celmar Corrêa de Oliveira

Tutor de Orientação a distância: Gímerson Erick Ferreira

Porto Alegre
2015

Agradecimentos

À minha mãe, Sílvia Simon, que sempre apoiou incondicionalmente todos os meus projetos e acreditou, junto comigo, no sucesso de cada um deles.

À minha querida amiga de tantos anos, Tanise Lasch, que, certamente, confia no meu potencial muito mais do que eu mesma.

À minha *roommate*, Isis Duarte Fernandes, que divide comigo não só um apartamento, mas também alegrias, tristezas e dietas.

A todos os meus familiares e amigos, que estão sempre presentes na minha vida, me fazendo feliz. Sou grata por cada um de vocês!

À Clarice Coelho de Oliveira, que me apresentou o PMAQ-AB.

À Rita de Cássia Nagem, querida tutora, que me incentivou a continuar nos momentos em que pensei em desistir.

À Daiane Olsson de Souza e Francine Reis Pinheiro, dois presentes que a especialização me deu. Obrigada por compartilharem comigo tanta coisa ao longo desses anos.

A Gímerson Erick Ferreira, que auxiliou na construção desse estudo.

Aos membros da banca, Dr. Roger dos Santos Rosa e Dra. Mariza Machado Kluck.

E finalmente, agradeço ao meu orientador, Dr. Celmar Corrêa de Oliveira, pelas contribuições ao meu trabalho.

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011, com objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica (AB), parte importante do Sistema Único de Saúde e considerada sua porta de entrada mais efetiva e resolutiva. O PMAQ-AB possui quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. O primeiro ciclo foi iniciado em 2012 e, neste, quinze Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Rosa – RS aderiram ao programa. O presente estudo, caracterizado como exploratório e transversal e realizado a partir da coleta de dados secundários, teve como objetivo descrever o desempenho das ESF de Santa Rosa no primeiro ciclo do PMAQ-AB, através das informações públicas disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica. Verificou-se que no que tange aos Indicadores, boa parte das equipes apresentou resultados acima da média, com exceção do indicador Diabetes e Hipertensão. Na Avaliação Externa, os resultados alcançados pelo município também foram satisfatórios, de modo geral. O único item no qual todas as equipes ficaram abaixo da média foi na satisfação do usuário. No Desempenho Geral todas as equipes apresentaram resultados acima da média. Não foi observado um padrão de desempenho entre equipes, tampouco nos diferentes critérios de avaliação na mesma equipe. Quanto à satisfação do usuário, a discrepância entre o desempenho deste critério e dos demais itens avaliados, suscitou algumas considerações sobre os pontos analisados pelos indivíduos ao avaliarem a ESF. De acordo com a literatura, essa é uma questão complexa, que ultrapassa aspectos quantitativos, como infraestrutura e existência de recursos materiais e humanos, e se relaciona com a percepção do usuário a respeito da AB e com a percepção das equipes em relação aos usuários e comunidade, assim como com a resolutividade. Conclui-se que, ainda que o desempenho do município tenha sido satisfatório, a satisfação do usuário deve ser levada em consideração pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, bem como nas pactuações dos próximos ciclos do PMAQ-AB. Sugere-se a realização de novos estudos mais específicos, que possam encontrar respostas para as discrepâncias observadas.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Comportamento do consumidor; Gestão em Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

ABSTRACT

The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) was launched in 2011, aiming to expand access and improve the quality of primary care (AB), which is an important part of the Unified Health System and its more effective and resolute gateway. The PMAQ-AB has four phases: adherence and contracting, development, external evaluation and recontracting. The first cycle started in 2012, in which fifteen Family Health Teams (FHT) from the city of Santa Rosa - RS joined the program. This paper aimed to describe the performance of Santa Rosa in the first ESF PMAQ AB-cycle, through the public information provided by the Department of Primary Care. The study was characterized as exploratory and cross-sectional, and it was developed through the collection of secondary data. It was found that, in what regards the indicators, most teams had above-average results, except for the Diabetes and Hypertension indicator. In the external evaluation, the results achieved by the municipality were overall satisfactory. The only item in which all teams were below average was user satisfaction. Overall Performance presented above average results in all teams. No patterns of performance were observed among teams, neither in different evaluation criteria nor on the same team. As for user satisfaction, the discrepancy between the performances in this item and other evaluated criteria raised some considerations about the aspects analyzed by individuals when evaluating the ESF. According to the literature, this is a complex issue that goes beyond quantitative aspects, such as infrastructure and the existence of material and human resources, and it is related to both the perception of the user about the AB, the perception of the teams towards users and community and the resoluteness. We conclude that, although the city's performance has been satisfactory, user satisfaction should be taken into account by managers and health care professionals, as well as in the contracting for the next PMAQ-AB cycles. Further studies are suggested in order to find answers to the identified discrepancies.

Key-Words: Primary Health Care; Family Health Strategy; Consumer Behavior; Health Management; Health Policy, Planning and Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Categorização dos municípios por estratos no PMAQ-AB.....	16
Figura 2 -	Localização do município de Santa Rosa – RS.....	22
Figura 3 -	Localização das UBS da zona urbana de Santa Rosa participantes do PMAQ-AB.....	26
Quadro 1 -	Desempenho das ESF de Santa Rosa no PMAQ em relação aos Indicadores.....	27
Quadro 2 -	Desempenho das ESF de Santa Rosa no PMAQ em relação à Avaliação Externa.....	29
Quadro 3 -	Desempenho Final das ESF de Santa Rosa no PMAQ.....	30

LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica.

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

AMAQ: Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

EAB: Equipe de Atenção Básica.

ESF: Equipe de Saúde da Família.

FUMSSAR: Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.

MS: Ministério da Saúde.

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

PAB: Piso de Atenção Básica.

PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde.

PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.

PSF: Programa Saúde da Família.

SUS: Sistema Único de Saúde.

SES/RS: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo Geral	11
3.2 Objetivos Específicos	11
4 CONTEXTO DO ESTUDO	12
4.1 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	12
4.2 PMAQ-AB	15
4.3 Qualidade e Satisfação do usuário / paciente na área da saúde	19
4.4 Caracterização do município de Santa Rosa – RS	21
5 PERCURSO METODOLÓGICO	25
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
6.1 Desempenho das ESF de Santa Rosa no PMAQ-AB	26
6.2 Satisfação do Usuário na Atenção Básica	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	41
Anexo 1: Informações constitutivas dos indicadores do PMAQ-AB	42
Anexo 2: Informações constitutivas dos módulos I, II e III da Avaliação Externa do PMAQ-AB	46

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela Portaria nº 1.654, de 10 de Julho de 2011 e, de modo geral, tem como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica. Os municípios podem participar do PMAQ-AB a partir da adesão de suas unidades de Atenção Básica Contratualizadas, Equipes de Saúde Bucal e, a partir de 2013, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O programa possui quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2013; SES/RS, 2014).

O primeiro ciclo do PMAQ-AB, iniciado em 2012, foi disponibilizado para metade das Equipes de Saúde da Família (ESF) de todo o país. A adesão foi de caráter voluntário e buscou envolver gestores, trabalhadores e controle social em um processo amplo de pactuação. As equipes pactuaram indicadores, realizaram uma auto avaliação e, após um tempo de execução, foi realizada uma avaliação externa, feita por instituições de ensino e pesquisa. A partir de resultados da segunda e terceira fases foi construído um banco de dados, de caráter público, no qual todo cidadão tem acesso às avaliações das equipes participantes do programa.

A Atenção Básica constitui uma parte importante do Sistema Único de Saúde e é considerada sua porta de entrada mais efetiva e resolutiva. Representa o primeiro contato dos indivíduos, das famílias e comunidades com o SUS e está muito próxima do meio social onde vivem os usuários. É imprescindível, portanto, que esteja assegurada a qualidade nos serviços prestados (CHIMARA et al., 2013). Desse modo, informações levantadas no PMAQ-AB constituem uma boa fonte de análise e discussão dos aspectos da gestão da Atenção Básica no âmbito municipal.

Com base nesses pressupostos, o presente estudo, caracterizado como exploratório e transversal e realizado a partir da coleta de dados secundários, tem como temática a descrição das informações disponibilizadas publicamente sobre as equipes participantes do PMAQ-AB do município de Santa Rosa – RS. Além disso, busca-se verificar a relação entre o desempenho das equipes e a satisfação do usuário, aprofundando a discussão a esse respeito. E, em última instância, mas não com menor importância, se quer nesse estudo aprofundar os conhecimentos acerca do PMAQ-AB e dos seus aspectos principais.

Salienta-se que, inicialmente, o intuito da pesquisadora era realizar uma coleta e análise dos dados aferidos no Módulo IV da Avaliação Externa. Estes seriam coletados diretamente do banco de dados da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mediante entrega de Termo de Referência ao responsável pelo PMAQ-AB na instituição. Entretanto, esses dados não foram disponibilizados publicamente em tempo hábil, o que tornou inviável a ideia inicial.

Posteriormente, cogitou-se trabalhar com outros dados da Avaliação Externa, também disponibilizados pela UFRGS, mas as atividades paralelas da pesquisadora, os prazos para entrega, duas mudanças de orientador e as férias do responsável pelo repasse dos dados, acabaram por inviabilizar também a segunda hipótese de pesquisa.

Esquecidos os percalços, espera-se que essa pesquisa constitua uma fonte valiosa de informações sobre o PMAQ-AB e de reflexão acerca da relevância da qualidade integral na Atenção Básica, para satisfação do usuário e consequente reconhecimento da AB como porta de acesso ao Sistema Único de Saúde. Espera-se, ainda, que sirva de incentivo para que mais estudos acerca do PMAQ-AB sejam realizados, e que essa valiosa ferramenta de avaliação seja cada vez mais conhecida e utilizada de forma adequada pelos gestores e profissionais atuantes nas diversas unidades espalhadas pelo país.

2 JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica, no Brasil, é definida como porta de entrada ao sistema de saúde, bem como ordenadora da assistência, ancorada em princípios de universalidade e equidade. Estimativas dão conta de que boa parte da população brasileira está coberta por esse nível de assistência. Porém, para que seja percebida pelo usuário como porta de entrada, para que o indivíduo acesse aquilo que é seu direito constitucional, é preciso que se atente cada vez mais para a qualidade da gestão e das práticas na Atenção Básica.

Nesse sentido, estratégias como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica ganham importância ímpar, já que boa parte das ferramentas de avaliação do país ainda são precárias, com caráter mais burocrático e punitivo. O PMAQ-AB, ao contrário, tem potencial para ser muito mais do que um instrumento de avaliação; pode tornar-se uma ferramenta de planejamento para as equipes de Atenção Básica e um grande auxiliar para os gestores.

Como o próprio nome já diz, o PMAQ-AB tem como objetivo fundamental potencializar o acesso ao sistema de saúde via Atenção Básica. Para isso, os programas desenvolvidos por cada equipe, a infraestrutura e os recursos disponíveis, além de outros aspectos envolvidos na avaliação final das equipes no PMAQ-AB são importantes. Porém, é imprescindível que eles reflitam na satisfação do usuário, pois um indivíduo satisfeito com a assistência prestada na Atenção Básica tem mais possibilidade de acessar o sistema por essa via, sempre que necessário.

Analisar o desempenho de equipes no PMAQ-AB, sobretudo no que tange à relação entre esse aspecto e a satisfação do usuário é primordial, pois permite discutir possíveis causas para a proporcionalidade direta ou inversa dessa relação, apontando maneiras de melhorar o cenário aferido ou indicando caminhos a serem seguidos por outras equipes. A cidade de Santa Rosa é um excelente campo de estudo, pelo número de equipes participantes, por ser um local conhecido pela pesquisadora e pelo histórico do município em relação à saúde pública, especialmente à Atenção Básica.

Estudos sobre o PMAQ-AB, por si só, já são relevantes, pois o programa é complexo e passou a existir apenas em 2011. Conhecê-lo a fundo e estudar suas nuances garante uma melhor aplicabilidade e um uso real, na direção de uma gestão da qualidade na AB.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o desempenho das Equipes de Saúde da Família do município de Santa Rosa – RS no primeiro ciclo do PMAQ-AB.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o desempenho do município de Santa Rosa – RS no PMAQ-AB em relação aos indicadores.
- b) Descrever o desempenho do município de Santa Rosa – RS no PMAQ-AB em relação à Avaliação Externa.
- c) Discutir a possível relação entre o desempenho das Equipes de Saúde da Família no PMAQ-AB e a satisfação do usuário da Atenção Básica.

4 CONTEXTO DO ESTUDO

Com o intuito de auxiliar o leitor a compreender melhor o presente exposto, nesse capítulo será realizada uma contextualização acerca de conceitos relacionados ao tema em estudo. Inicialmente, se realizará uma apresentação da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família e, em seguida, serão elencados os principais aspectos relacionados ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Também serão realizadas algumas considerações acerca da satisfação do usuário/paciente na área da saúde e, por fim, se apresentará uma breve caracterização do município de Santa Rosa – RS.

4.1 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

Em 1978, por ocasião da Conferência em Alma Ata, surgiu uma proposta para que os governos, organizações e comunidade mundial conseguissem atingir as metas em relação à saúde no mundo e à melhor qualidade de vida. Essa proposta foi a Atenção Primária à Saúde – cuidados primários em saúde, como foi chamada na Conferência, ou Atenção Básica (AB), como é denominada no Brasil. A Atenção Básica passou a ser considerada um nível de atenção baseado em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitáveis, que deveria tornar a tecnologia mais acessível às pessoas, com um custo com o qual os países pudessem arcar. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária foi consolidado e o Sistema Único de Saúde começou a ser construído, com a Atenção Básica constituindo o modo de reorientação do modelo assistencial vigente (FERRI et al., 2007).

A Atenção Básica é uma estratégia de organização da atenção à saúde que se caracteriza por ações individuais e coletivas que abarcam a “[...] promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...]” (BRASIL, 2012, p.19). Ela visa a responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, oferecendo uma assistência integralizada, que traga impacto à situação de saúde e à autonomia dos indivíduos, bem como interfira positivamente nos condicionantes de saúde das coletividades (MATTA; MOROSINI, 2008).

A Atenção Básica deve constituir a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e, para tanto, não basta que as unidades de saúde estejam localizadas próximas aos locais de moradia das pessoas. Embora esse seja um fator importante, é necessário que a Atenção Básica se oriente pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, equidade e participação social. Todos esses princípios são imprescindíveis para que as unidades básicas de saúde sejam percebidas pelos usuários como os locais a serem procurados, prioritariamente, no contexto da saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2010; BRASIL, 2012).

Nesse nível de atenção, o enfoque não está na doença, mas no paciente. Isso significa dizer que a visão do indivíduo deve ser holística, considerando não só seus aspectos biológicos, mas seus aspectos sociais, culturais, econômicos e todas as variáveis que possam interferir em suas condições de saúde. Trabalha-se, portanto, com orientação familiar e comunitária; ou seja, a AB considera os fatores familiares e comunitários ao tratar de questões de saúde e doença. Além disso, nesse nível é importante que exista resolutividade na atenção e que os usuários sejam acompanhados de forma continuada ou longitudinal, ao longo de suas vidas, sendo encaminhados para outros serviços quando necessário, mas sempre retornando à Atenção Básica de saúde (STARFIELD, 2002).

Ao invés de uma assistência baseada em especialidades, a Atenção Básica pauta seus cuidados em uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de distintas áreas, que atuam de modo integralizado e interdisciplinar. Também recebem papel de destaque ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, de acordo com as características de cada população. Na Atenção Básica se realizam ações de prevenção primária ou promoção da saúde (para evitar que a doença ocorra), prevenção secundária (para diminuir prevalência das doenças), prevenção terciária (visando reduzir os danos e reintegrar indivíduos na sociedade) e prevenção quaternária (trabalha evitando a supermedicalização, por exemplo, ou protegendo o usuário de intervenções excessivas e desnecessárias) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família objetiva uma reorganização da Atenção Básica no Brasil e é vista como uma forma de execução dos preceitos do Sistema Único de Saúde nesse nível de assistência. Preconiza a substituição do modelo tradicional por equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde. Cada equipe possui uma população definida, a qual deve ser conhecida em seus aspectos biológicos e sociais, culturais, econômicos. Através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), inicialmente, e dos demais profissionais envolvidos, busca-se a criação de vínculo com o usuário e uma atenção à saúde mais baseada no indivíduo e em sua família do que em sua doença.

É possível dizer que o primeiro passo para a criação do Programa Saúde da Família – que a partir de 2006 passou a se denominar Estratégia Saúde da Família – foi a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. O Programa instituiu a figura do agente comunitário de saúde como um elo, uma ponte entre o serviço de Atenção Básica e a comunidade, iniciando uma nova modificação no modelo de saúde do Brasil (FARIA et al., 2010). Os resultados positivos do PACS nas regiões onde foi implementado, contribuíram para que, em 1994, o PSF fosse criado pelo Governo Federal.

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas (SOUZA et al., 2008, p.100).

Uma Equipe de Saúde da Família conta com algumas características organizativas peculiares, tais como: deve ser uma equipe multiprofissional, com profissionais cadastrados em apenas uma UBS e cumprindo 40 horas semanais (exceção é o médico, que não tem essa obrigatoriedade); o número de agentes comunitários deve ser suficiente para cobrir 100% da população adscrita, com um máximo de 750 pessoas por ACS; e cada equipe deve atender um máximo de 4 mil pessoas (BRASIL, 2012). Por isso, uma UBS pode ter mais de uma ESF, dependendo de seu território de dos indivíduos atendidos.

A Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, estabeleceu a ESF como modelo preferencial de estruturação da Atenção Básica no país. Já a Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, aprovou a essa política e estabeleceu diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, da ESF e do PACS. Dados de 2014 dão conta de que mais de 190 milhões de pessoas, distribuídas em 5.463 municípios, estavam abrangidas pela ESF,

o que representa, aproximadamente, 95% da população brasileira sendo coberta pela Estratégia Saúde da Família (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015).

4.2 PMAQ-AB

O Ministério da Saúde tem priorizado ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados para garantir um atendimento de qualidade à população no âmbito da Atenção Básica. Dentre tais ações, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011 e que objetiva “[...] 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 [...]” (BRASIL, 2011, p.1).

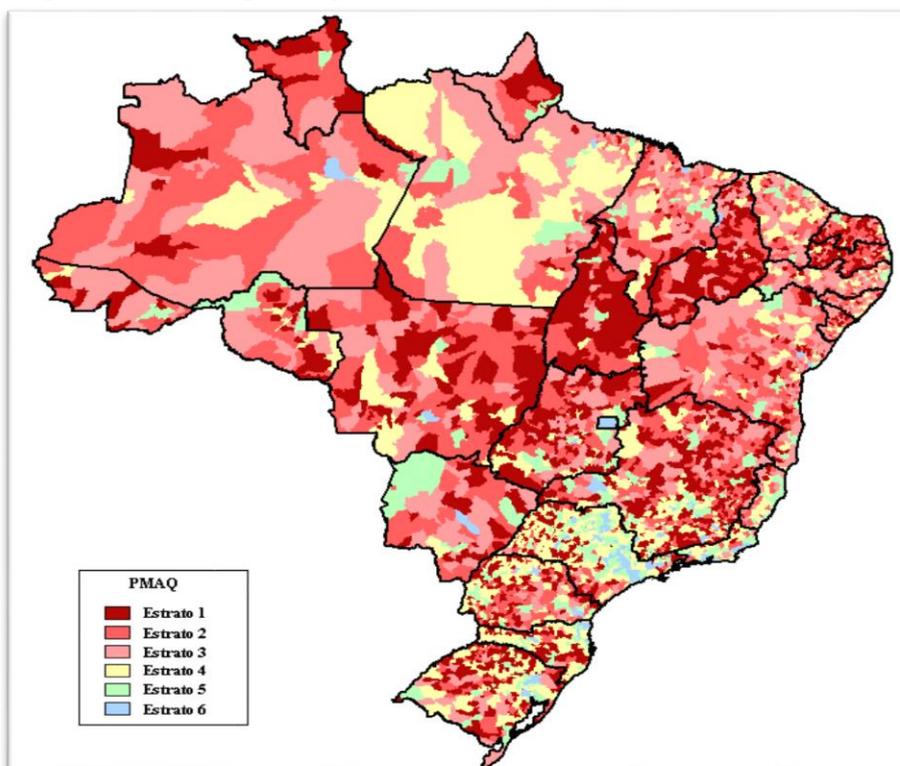
De acordo com a Portaria nº 1.654 / 2011, são diretrizes do PMAQ-AB:

- I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
- V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- 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; e
- VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011).

Podem aderir ao PMAQ-AB Equipes de Atenção Básica (EAB) Contratualizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2013). O município de origem dessas equipes será classificado em um determinado estrato, a fim de assegurar equidade na comparação para certificação. Os estratos foram construídos baseados em um índice de zero a dez, composto por

cinco indicadores: Produto Interno Bruto per Capita; percentual da população com Plano de Saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza; densidade demográfica. A partir disso, os municípios brasileiros foram categorizados em seis estratos, conforme figura abaixo.

Figura 1 – Categorização dos municípios por estratos no PMAQ-AB.



Fonte: Site do Departamento de Atenção Básica (2015).

O PMAQ-AB está estruturado em quatro fases que são complementares entre si e que objetivam a formação de um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa; 4) Recontratualização. A primeira fase constitui a etapa formal de adesão ao programa, a partir da contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes e os gestores municipais e destes com o Ministério da Saúde. A segunda fase organiza-se em quatro dimensões que são: auto avaliação (mediante instrumento avaliativo – Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)), monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase é realizada por avaliadores externos e a quarta fase ocorre após a certificação e constitui a etapa de contratualização de novos indicadores e compromissos, conforme a avaliação de desempenho da equipe (BRASIL, 2012a).

O incentivo financeiro do PMAQ-AB configura o Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). A Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013, instituiu o valor mensal integral desse incentivo, sendo: R\$ 8.500,00 por Equipe de Atenção Básica Contratualizada; R\$ 2.500,00 por Equipe de Saúde Bucal vinculada a uma ou duas EAB; R\$ 5.000,00 por Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Tipo 1 (NASF 1); R\$ 3.000,00 por Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Tipo 2 (NASF 2); e R\$ 2.000,00 por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 3 (NASF 3). No momento da adesão ao PMAQ-AB, as equipes recebem o equivalente a 20% do valor integral desse incentivo, ou seja, após a etapa 1 do programa é repassado o valor de R\$ 1.700,00 para cada Equipe de Atenção Básica contratualizada; R\$ 1.000,00 para equipes do NASF 1 e assim por diante (BRASIL, 2013).

Na primeira etapa do PMAQ-AB também são definidos, como já posto, compromissos e indicadores para cada município contratualizado. Na etapa 3, após a avaliação externa, é realizada uma certificação, baseada nos compromissos assumidos, na qual o resultado das equipes pode ser: I – INSATISFATÓRIO, quando a equipe não cumprir os compromissos previstos na portaria que instituiu o PMAQ-AB e contratualizados na etapa 1; II – MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA, quando o resultado alcançado for igual ou menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato; III – ACIMA DA MÉDIA, se o resultado alcançado for superior à média do estrato, mas menor que um desvio padrão; IV – MUITO ACIMA DA MÉDIA, quando o resultado for maior que um desvio padrão da média das equipes do estrato (BRASIL, 2013).

A partir dessa certificação, há uma correção no incentivo financeiro de cada equipe, de acordo com os resultados:

- I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;
- II - DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização;
- III - DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação dos 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização; e
- IV - DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação dos 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização (BRASIL, 2013).

O resultado da certificação é realizado com base na auto avaliação (10%), indicadores (20%) e avaliação externa (70%). Os indicadores são divididos em dois grupos: de desempenho e de monitoramento e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é a principal fonte de monitoramento dos mesmos. No ano de 2012, por ocasião do primeiro ciclo do PMAQ-AB, ao qual dizem respeito os dados do presente estudo, eram 47 indicadores, sendo 24 de desempenho e 23 de monitoramento, assim distribuídos: Saúde da Mulher: 7 indicadores; Saúde da Criança: 9 indicadores; Hipertensão e Diabetes: 6 indicadores; Atenção à Saúde Bucal: 7 indicadores; Produção Geral: 12 indicadores; Vigilância em Saúde: 2 indicadores e Atendimento em Saúde Mental: 4 indicadores (BRASIL, 2012a; SAVASSI, 2012). As informações constitutivas de cada um dos indicadores podem ser acompanhadas no Anexo 1.

A avaliação externa do PMAQ-AB constitui a terceira parte do programa e é desenvolvida em parceria com instituições de ensino e pesquisa, sendo uma delas a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A avaliação é realizada com base em instrumento de pesquisa a ser aplicado em todas as equipes participantes do programa. Esse documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde e possui quatro módulos, que guardam similaridades com a Auto avaliação para Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ), outra ferramenta ofertada pelo MS (BRASIL, 2012b).

O Módulo I, que consiste na observação na Unidade Básica de Saúde, tem como objetivo a avaliação de questões como infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; o Módulo II, que representa a etapa de entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS, abrange aspectos como modalidades de profissionais que compõem a equipe, formação, modalidade de vínculo de trabalho, educação continuada, existência de apoio matricial, organização da assistência, entre outros; no Módulo III, momento de entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, se avalia a satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde, bem como sua percepção em relação ao acesso e à utilização dos mesmos; já o Módulo IV configura uma etapa *online* da avaliação externa, a qual integraliza as informações colhidas nos três primeiros módulos (BRASIL, 2012b). As informações constitutivas dos módulos I, II e III estão disponíveis no Anexo 2.

O PMAQ-AB é componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Seu sucesso, bem como o sucesso das políticas públicas mencionadas, depende da mobilização dos atores

sociais presentes em cada unidade de saúde do Brasil. O programa tem potencial para ser uma excelente ferramenta de avaliação e de gestão, mas só se configurará como uma ferramenta de qualidade quando os profissionais, usuários e gestores sentirem-se mobilizados à mudança nas práticas cotidianas, trazendo benefícios à realidade da Atenção Básica e da saúde pública do país.

4.3 Qualidade e Satisfação do usuário / paciente na área da saúde

As pesquisas envolvendo satisfação de usuários são relativamente recentes, tendo iniciado em meados da década de 70 nos Estados Unidos e Inglaterra, ancoradas no paradigma do consumismo e cultura da qualidade, que começaram a ter destaque na época. No Brasil, os estudos iniciaram mais tardiamente, junto com o SUS e sua proposta de controle social e participação da comunidade no planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Portanto, é possível dizer que esse tema ainda tem muito a ser explorado, sobretudo na saúde pública. Existe uma carência de arsenal bibliográfico e de um consenso sobre os modelos teóricos que melhor se adequam para a análise da satisfação do usuário, bem como de seus determinantes (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A partir de 1984, com os estudos de Donabedian, um pediatra armênio, a satisfação do paciente se tornou um dos três elementos a serem considerados na avaliação da qualidade em saúde, juntamente com a avaliação do médico e da comunidade. Essa tríade da qualidade desenvolvida por Donabedian representou um passo relevante para a área da saúde, pois, pela primeira vez, os pacientes foram incorporados na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. Com isso, não puderam mais ser ignorados e a satisfação do usuário passou a ser considerada, antes de tudo, uma meta a ser alcançada, um objetivo em si, dentro dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção, sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo. Na qualidade de processo, refere-se, sobretudo à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário; na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos. Vale destacar que, ainda dentro da avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social; esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006, p.1272).

Donabedian já havia, em seus estudos, destacado que os usuários avaliam os serviços de saúde, sobretudo, a partir da aceitabilidade. Esta, para o autor, refere-se à conformidade dos serviços quando comparados às expectativas e aspirações dos indivíduos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). As expectativas dos indivíduos, entretanto, podem ser influenciadas por diversos fatores e reconhecê-los é imprescindível para os gestores em saúde, pois possibilita um incremento na qualidade do serviço prestado (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Portanto, a melhoria do atendimento a usuários do sistema de saúde deve ser a motivação principal para se realizar uma avaliação. Nesse sentido, vamos ouvir, então, o que os usuários têm a nos dizer, porque suas manifestações certamente não serão uniformes nem constantes, porém trarão consigo fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos e culturais, que certamente influenciarão o resultado a ser alcançado (FERRI et al., 2007, p.519).

É importante destacar, ainda, que estudos demonstraram que usuários mais satisfeitos aderem melhor e mais facilmente ao tratamento prescrito, são mais sinceros e mais propensos a fornecer informações por ocasião da anamnese e utilizam o serviço de saúde de modo mais contínuo e longitudinal. Além disso, usuários satisfeitos possuem maior probabilidade de ter melhor qualidade de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; POLIZER; D'INNOCENZO, 2006). Dessa maneira, trabalhar para aumentar a satisfação do usuário é, também, trabalhar para que os objetivos do sistema de saúde sejam alcançados.

A partir da década de 80, a preocupação com o aprimoramento da qualidade da assistência no sistema de saúde ganhou cada vez mais espaço. Há uma clara tendência de renovação dos modelos e práticas de atenção, inclusive no serviço público, para garantir maior utilização e continuidade dos serviços. A humanização da saúde, por exemplo, figura como uma das possibilidades mais discutidas recentemente e refere-se a uma possibilidade de transformação cultural da gestão e

das práticas em saúde, com a adoção de posturas mais éticas e de mais respeito para com o usuário, na qual este é entendido como um cidadão, dotado de direitos e deveres, que deve ser acolhido e empoderado no sistema de saúde (COTTA et al., 2005).

A mensuração da satisfação dos usuários é normalmente realizada através de métodos quantitativos ou qualitativos, ambos com prós e contras já descritos na literatura. O método quantitativo costuma ser o mais utilizado e inclui a aplicação de questionário com questões fechadas, associando-as a uma escala de valores. Esse método permite que uma parcela maior da população seja alcançada, na maioria das vezes é mais rápido, barato e pode ser administrado de modo anônimo. Por outro lado, é preciso atentar para que não seja reducionista e para a dificuldade de se trabalhar questões subjetivas com respostas quantitativas. Já o método qualitativo permite uma abordagem mais dialética, mais próxima entre sujeito e objeto e com maior potencial para análise de subjetividades. Entretanto, esse método pode inibir a honestidade dos pacientes, consumir um tempo maior para realização e abarcar uma amostra reduzida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Desde meados dos anos 2000, o conceito de satisfação do usuário vem se modificando, se ampliando e abarcando outros conceitos, tais como a responsividade, já utilizado na ciência política e introduzido pela Organização Mundial da Saúde no campo da avaliação em saúde. A responsividade vai além da satisfação, pois engloba o modo como o desenho do sistema de saúde consegue responder às expectativas do usuário para além dos aspectos médicos do cuidado, ou seja, não só em relação à promoção e manutenção da saúde, mas à cidadania do usuário e à assistência humanizada. Esse conceito é uma tendência não só por ser mais amplo, mas por definir princípios de validade universal: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente / paciente / usuário (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

4.4 Caracterização do município de Santa Rosa - RS

Santa Rosa é um município localizado na Região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul, a cerca de 40 km da divisa com a Argentina e a 500 km de Porto Alegre. Possui, aproximadamente, 71.500 habitantes em uma área de 489.798 km². Com IDH de 0,769, considerado alto desenvolvimento humano, ocupa a 238^a posição entre os municípios brasileiros (IBGE, 2014).

Figura 2 – Localização do Município de Santa Rosa – RS



Fonte: Google Imagens.

Até 1992, as ações em saúde de Santa Rosa eram desenvolvidas, sobretudo, pelo Governo Estadual e Federal, com pequena participação do município. No ano de 1995, foi criada a Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR), um órgão que, basicamente, gerencia todo o sistema de saúde pública do município (FUMSSAR, 2014).

A FUMSSAR possui quatro grandes departamentos: Departamento de Gestão da Rede Complementar de Saúde, Departamento da Atenção Básica à Saúde, Departamento de Gestão Administrativa e Departamento de Gestão Estratégica e Participativa. Santa Rosa conta com 20 unidades básicas de saúde, 17 Equipes de Saúde da Família, sendo 8 com Equipe de Saúde Bucal, 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 87 Agentes Comunitários de Saúde, com cobertura de, aproximadamente, 75% da população. Atendimentos de média e alta complexidade são realizados em um dos dois hospitais existentes na cidade, nas clínicas de saúde conveniadas ao SUS ou em hospitais de referência em cidades próximas, como Ijuí e Santa Maria (FUMSSAR, 2014).

A participação da comunidade na construção do Sistema de Saúde de Santa Rosa sempre teve papel de destaque. A própria criação do Conselho Municipal de Saúde, em 1992, que foi a peça fundamental para a municipalização da saúde e para a constituição da Fundação Municipal de Saúde, é fruto da mobilização social, a partir

das associações de bairro, pois não havia uma estrutura adequada para o atendimento à população. O Conselho Municipal da Saúde de Santa Rosa participou de todas as negociações junto ao poder público para construção do Sistema de Saúde do município e houve intensa manifestação popular, na época, para que tudo que havia sido decidido fosse aprovado pela Câmara de Vereadores.

Assim como no momento da criação da Fundação Municipal da Saúde, ao longo dos anos a comunidade santa-rosense vem exercendo papel decisivo em todas as decisões e ações realizadas no contexto da saúde. Esse controle social é exercido via Conselho Municipal de Saúde e pode ser verificado em todas as Conferências Municipais da Saúde, que estão sempre lotadas, chegando a reunir até 1.500 pessoas, e que sempre possuem discussões coerentes e debates aprofundados e cujas decisões normalmente são acatadas pelo poder público e colocadas em prática.

A participação popular em Santa Rosa é organizada da seguinte maneira: cada comunidade rural e urbana, profissionais da saúde, representantes de entidades e membros do poder público do município reúnem-se isoladamente, algum tempo antes da Conferência Municipal da Saúde com os representantes do Conselho Municipal da Saúde, aos quais são repassadas as prioridades de cada território, bem como questões de condições de trabalho e financiamento, além de serem eleitos alguns delegados ou representantes de cada segmento. Os conselheiros discutem o que foi colocado e, por ocasião da Conferência Municipal da Saúde são formados pequenos grupos, nos quais esses delegados eleitos discutem todas as prioridades elencadas e elaboram uma proposta a ser discutida no grande grupo.

No segundo dia da Conferência, as prioridades são postas em pauta e passam por uma discussão mais ampla, aberta a toda população presente, que contribui com novas ideias e colocações. O objetivo de toda essa metodologia é a captar aquilo que a sociedade santa-rosense considera como mais importante para o sistema de saúde e que, via Conselho Municipal de Saúde, é repassado ao poder público, especificamente à Fundação Municipal da Saúde, para ser implementado.

No ano seguinte à criação do Conselho Municipal de Saúde, foi instituído no município o Fundo Municipal de Saúde, na forma de lei. Esse fundo garantiu o repasse de 10% dos recursos do orçamento do município, em conta específica, para investimento nos serviços de saúde de Santa Rosa. A partir da criação da Fundação Municipal da Saúde, ela passou a gerir essa verba – que, de 2012 em diante, por lei federal, passou a ser de 15% da receita municipal - bem como as oriundas do Estado

e da União. A FUMSSAR possui autonomia em seus processos de gestão, já que sua posição jurídica é equivalente à administração direta. À administração municipal compete controlar e supervisionar a FUMSSAR, além de nomear ou exonerar seu presidente e diretores. Com exceção desses pontos, todos os demais aspectos do sistema de saúde pública de Santa Rosa, como a formulação das políticas de saúde, planejamento, organização, execução e avaliação das ações e serviços de saúde, estão sob responsabilidades dessa fundação (FUMSSAR, 2014).

Todos os profissionais que atuam nos estabelecimentos públicos de saúde de Santa Rosa são funcionários da FUMSSAR e possuem Plano de Cargos e Salários específico, além de serem funcionários que podem optar pela dedicação exclusiva com incremento salarial. Em comparação com outros municípios gaúchos, o salário pago aos profissionais é substancial, além de existirem gratificações por tempo de serviço, educação continuada e outras situações (FUMSSAR, 2014).

De acordo com o Plano Municipal da Saúde 2014 – 2017, existem reuniões semanais de equipes, reuniões quinzenais de coordenadores, reuniões de profissionais de nível médio e superior e comissões para discussão de temas específicos. Também existe no município um Núcleo de Educação e Pesquisa, que reúne profissionais para elaboração de protocolos técnico-assistenciais, boletins epidemiológicos e outras publicações. Há, ainda, dois programas de residência: a Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que são oportunidades de qualificação de profissionais para a atenção básica, além de trazerem inúmeros benefícios à comunidade que recebe esses profissionais ao longo do período da residência e à gestão em saúde, que se beneficia dos estudos por eles realizados para aprimorar o sistema de saúde no município (FUMSSAR, 2014a).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo com desenho exploratório e transversal, realizado com base em coleta de dados de fonte secundária.

Para atender aos objetivos propostos no estudo, foram coletados dados secundários disponíveis no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br/>). Ao acessar esse site, na aba “Cidadão” há um link para a Avaliação das UBS – PMAQ. Através deste link é possível escolher municípios e ter acesso a toda informação já disponibilizada publicamente a respeito do desempenho das equipes participantes do PMAQ-AB.

Além deste banco de dados, foram utilizados ainda outros sites governamentais, tais como o site do Ministério da Saúde e sites de autarquias, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para fundamentação teórica, foram consultados bancos de materiais científicos, como Scielo e Portal de Periódicos Capes, nos quais foram utilizados os termos “Programa para Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica”, “PMAQ-AB” e “satisfação do usuário” para realização da pesquisa.

Os dados pesquisados foram inicialmente sistematizados através de planilhas do programa Excel. Posteriormente, foram analisados através de gráficos e tabelas, construídos com auxílio de programas do pacote Microsoft Office. Em seguida, os aspectos mais relevantes aferidos pela pesquisadora foram descritos e comparados ao arcabouço teórico e legal desta acerca do PMAQ-AB e da Atenção Básica. Por fim, a pesquisadora descreveu os achados mais relevantes no presente estudo, fundamentando-os ou traçando paralelos entre os mesmos e os referenciais teóricos.

Por se tratar de estudo realizado com banco de dados de domínio público, não foi necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos.

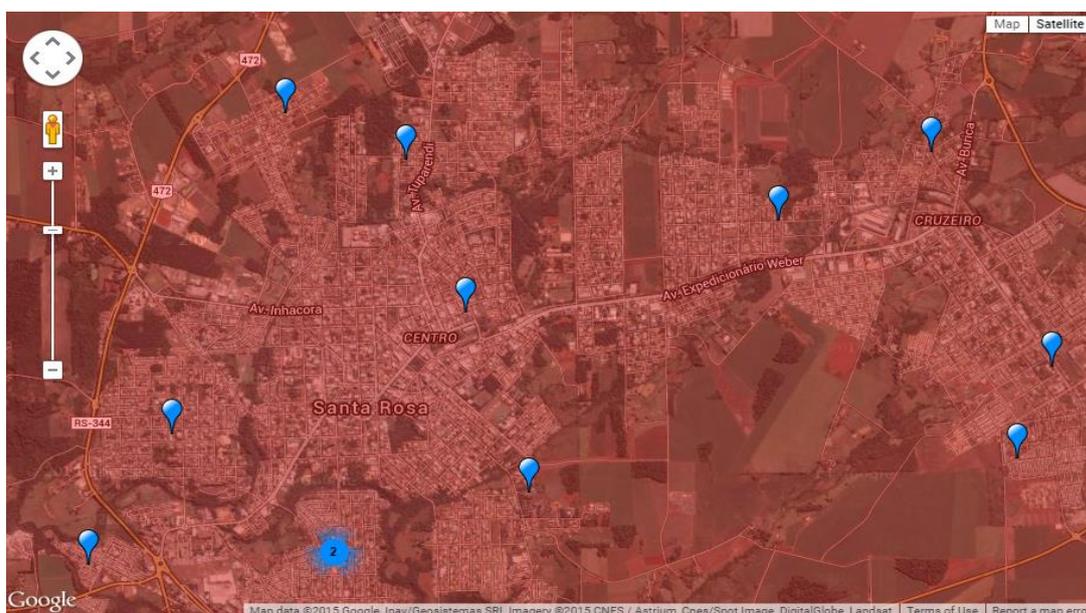
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa realizada nos bancos de dados, bem como a discussão dos mesmos com base no arcabouço teórico levantado pela pesquisadora. Inicialmente, os dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB do município serão apresentados e, em seguida, serão realizadas considerações acerca da satisfação do usuário na Atenção Básica.

6.1 Desempenho das ESF de Santa Rosa no PMAQ-AB

Santa Rosa teve quinze equipes pactuadas na primeira fase do PMAQ-AB, em 2012, das quais treze eram Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e duas eram Equipes de Saúde da Família. Treze equipes atuam em unidades básicas de saúde localizadas na zona urbana do município, enquanto duas atuam em unidades localizadas na zona rural (SES/RS, 2012). O município foi classificado como pertencente ao Estrato 4 na estratificação do PMAQ-AB.

Figura 3 – Localização das UBS da zona urbana de Santa Rosa – RS participantes do PMAQ-AB



Fonte: Google Maps

A seguir, apresentam-se os quadros com os resultados de cada uma das equipes no que tange aos Indicadores, à Avaliação Externa e ao Desempenho final.

Destaca-se que nem todos os dados estão disponíveis ao público no site do Departamento de Atenção Básica. Alguns indicadores, por exemplo, ainda não foram compilados. Independentemente disso, acredita-se que, com os dados já disponibilizados, poder-se-á realizar uma análise adequada e alcançar o objetivo proposto no estudo.

Quadro 1 – Desempenho das ESF de Santa Rosa no PMAQ em relação aos Indicadores

Unidade	Indicadores de Desempenho			
	Saúde da criança	Saúde da mulher	Diabetes e Hipertensão	Consultas realizadas
Agrícola	Muito acima da média	Acima da média	Acima da média	Acima da média
Auxiliadora	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Beatriz / Oliveira	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Bela União	Mediano ou abaixo da média			
Centro	Acima da média	Acima da média	Acima da média	Acima da média
Cruzeiro	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Cruzeiro do Sul	Muito acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média
Esperança	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Glória	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Pereira	Acima da média	Acima da média	Acima da média	Acima da média
Planalto	Acima da média	Acima da média	Acima da média	Acima da média
Sete de Setembro	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Sulina	Acima da média	Acima da média	Acima da média	Acima da média
Sulina 2	Acima da média	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Timbaúva	Acima da média	Acima da média	Muito acima da média	Muito acima da média

Elaborado pela autora, com base em dados do Departamento de Atenção Básica (2015).

A totalidade dos indicadores que compõem o PMAQ-AB já foi citada na seção destinada à revisão de literatura, enquanto os elementos constitutivos de cada

indicador utilizado, pode ser verificada no Anexo 1. Em relação aos indicadores já disponibilizados para consulta pública, verifica-se, no Quadro 1, que as equipes do município de Santa Rosa – RS apresentam, em sua maioria, desempenho acima da média. A exceção é o indicador Diabetes e Hipertensão, no qual nove equipes apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média. Destaque positivo para o indicador Consultas, onde treze equipes tiveram desempenho acima da média.

Um ponto a ser considerado, nesses dados, é que duas das equipes apresentaram resultado mediano ou abaixo da média em todos ou quase todos os indicadores. A equipe Auxiliadora só apresentou desempenho acima da média no indicador Consultas, enquanto a equipe Bela União não ficou acima da média em nenhum indicador.

Por outro lado, a equipe Timbaúva apresentou desempenho muito acima da média em dois indicadores. De modo geral, observou-se que não existe um padrão de desempenho entre as equipes, sendo que algumas tiveram desempenho muito acima da média em um indicador e mediano ou abaixo da média em outro.

No que tange à Avaliação Externa, é possível observar no Quadro 2 que, em relação ao acesso e qualidade do serviço todas as equipes, com exceção da equipe Esperança, apresentaram resultados acima ou muito acima da média. O desempenho quanto à estrutura física ficou um pouco abaixo, com seis equipes apresentando resultado mediano ou abaixo da média.

Já em relação à satisfação do usuário, nenhuma equipe apresentou resultado acima da média, o que incita certa reflexão, uma vez que mesmo nos locais onde os indicadores demonstraram bons resultados e os demais itens da avaliação externa também, a satisfação foi mediana ou abaixo da média. A equipe Timbaúva, por exemplo, com desempenho acima ou muito acima da média em todos os indicadores disponibilizados, além de desempenho muito acima da média nos demais itens da avaliação externa, teve desempenho mediano ou abaixo da média no que concerne à satisfação do usuário.

Essa questão será aprofundada no próximo subcapítulo e tentar-se-á encontrar possíveis explicações para tal cenário.

Quadro 2 – Desempenho das ESF de Santa Rosa no PMAQ em relação à Avaliação Externa.

AValiação Externa – Desempenho					
Unidade	Acesso e qualidade do serviço	Estrutura Física	Satisfação do Usuário	Apoio da Secretaria de Saúde às Equipes	Ações de qualificação e valorização profissional
Agrícola	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Muito acima da média
Auxiliadora	Acima da média	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Muito acima da média
Beatriz / Oliveira	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Bela União	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Centro	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Muito acima da média
Cruzeiro	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Cruzeiro do Sul	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média
Esperança	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Glória	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Acima da média
Pereira	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média
Planalto	Muito acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Muito acima da média
Sete de Setembro	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média
Sulina	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Sulina 2	Acima da média	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Timbaúva	Muito acima da média	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito acima da média	Muito acima da média

Elaborado pela autora, com base em dados do Departamento de Atenção Básica (2015).

Em relação aos itens relacionados ao apoio da Secretaria da Saúde e Qualificação e Valorização Profissional, destaca-se o ótimo desempenho do município como um todo. Apenas três equipes apresentaram resultado mediano ou abaixo da média, sendo que a maioria ficou muito acima da média. A Qualificação e Valorização Profissional foi um item que apresentou resultado muito acima da média em todas as equipes. Isso pode ser explicado pelo fato de a Fundação Municipal da Saúde de Santa Rosa, órgão que gere a saúde no município, contratar diretamente os profissionais, que apresentam Planos de Cargos e Salários, bem como podem optar pela dedicação exclusiva com incremento de salário. Os profissionais também realizam reuniões semanais e/ou quinzenais e comissões para discussão de temas específicos, além de outros aspectos já salientados por ocasião da apresentação do município no início do capítulo.

Quadro 3 – Desempenho final das ESF de Santa Rosa no PMAQ.

Unidade	Desempenho da Equipe
Agrícola	Desempenho acima da média
Auxiliadora	Desempenho muito acima da média
Beatriz / Oliveira	Desempenho muito acima da média
Bela União	Desempenho muito acima da média
Centro	Desempenho muito acima da média
Cruzeiro	Desempenho acima da média
Cruzeiro do Sul	Desempenho acima da média
Esperança	Desempenho acima da média
Glória	Desempenho acima da média
Pereira	Desempenho muito acima da média
Planalto	Desempenho muito acima da média
Sete de Setembro	Desempenho muito acima da média
Sulina	Desempenho muito acima da média
Sulina 2	Desempenho muito acima da média
Timbaúva	Desempenho muito acima da média

Elaborado pela autora, com base em dados do Departamento de Atenção Básica (2015).

Quanto ao desempenho final, dez equipes ficaram muito acima da média e cinco acima da média. Isso significa que cinco terão o incentivo financeiro do PMAQ-AB ampliado para 60% do PAB Variável, enquanto as outras dez terão ampliação para 100% do valor. Todas as equipes realizaram a recontractualização, ou seja, estabeleceram novos compromissos e serão avaliadas no ciclo seguinte do programa.

6.2 Satisfação do Usuário na Atenção Básica

Partindo do princípio que, de modo geral, as equipes da atenção básica de Santa Rosa – RS, participantes do PMAQ-AB, foram classificadas como acima ou muito acima da média em inúmeros quesitos, é lógico concluir que elas se encontram em uma situação melhor do que muitas outras unidades do estrato ao qual o município pertence. A maioria das equipes é melhor que a média nos indicadores, na estrutura física e no acesso, mas todas estão em nível mediano ou abaixo da média na satisfação do usuário. Tentando encontrar algumas possibilidades para explicar esse cenário, este subcapítulo irá discorrer sobre a satisfação do usuário na atenção básica, trazendo, sobretudo, o que a literatura tem discutido sobre o assunto.

Iniciativas de avaliação que contemplem também a perspectiva do usuário são relevantes, pois não só constituem indicadores sensíveis da qualidade do serviço prestado, como permitem uma maior adequação do serviço às suas demandas. A satisfação pode ser definida como “[...] percepção de qualidade quando se relaciona a um serviço prestado e não ao bem de consumo, e [...] se remete a princípios relacionados a direitos individuais e de cidadania [...]” (GOMES et al., 2011, p.4514).

Sobretudo a partir de 2004, vem crescendo a preocupação com aspectos qualitativos da Atenção Básica, sem desmerecer, evidentemente, a importância dos aspectos quantitativos. Isso significa dizer que é fundamental que as unidades básicas de saúde tenham infraestrutura, acesso facilitado, profissionais habilitados e uma série de outros recursos. Porém, se o usuário não perceber a unidade como sua porta de entrada ao sistema, se ele não se sentir acolhido, não estabelecer vínculos e uma relação de confiança, se não se sentir satisfeito, vai continuar procurando outros serviços quando necessitar de assistência em saúde, trazendo percalços ao sistema, como a lotação das emergências, por exemplo (SOUZA et al., 2008).

[...] é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individuais e coletivos (SOUZA et al., 2008, p.102).

Arruda-Barbosa e colaboradores (2011) realizaram estudo visando a avaliar as motivações do usuário para a busca pela Atenção Básica. A pesquisa foi realizada em cinco unidades de saúde de uma cidade cearense e verificou-se um grande descontentamento dos usuários, principalmente no que tange aos recursos materiais e humanos. Por outro lado, eles mostraram-se satisfeitos com o vínculo construído com os ACS e com as visitas domiciliares de médicos e enfermeiros quando necessário. Os autores também aferiram que os usuários buscam o serviço de saúde principalmente no momento de vacinação, gestação, com propósito curativo e para busca de medicamentos.

De modo semelhante, Coelho e colaboradores (2009) realizaram coleta de dados a respeito de acesso, com trinta usuários da Atenção Básica. Nessa pesquisa, os entrevistados citaram questões como infraestrutura precária, falta de recursos, número insuficiente de consultas, pouca resolutividade e dificuldade de acesso à outros níveis de atenção, como alguns dos problemas que os tornam insatisfeitos com a unidade de saúde à qual pertencem. Entretanto, também foram citados pelos usuários – e como questões de igual importância às anteriores – a falta de cordialidade, pouca escuta qualificada, não fornecimento de informações e inexistência de atenção individualizada.

Logicamente, não há, de forma alguma, como desmerecer a importância dos aspectos quantitativos na Atenção Básica na mensuração de sua qualidade. É preciso, evidentemente, que exista uma infraestrutura adequada, profissionais em número suficiente, recursos materiais e afins. Porém, é de igual importância que o usuário não só consiga acessar a unidade de saúde, mas se sinta acolhido por ela, o que, sem dúvida, perpassa muitas outras questões, principalmente o modo como o usuário é percebido pela UBS e seus profissionais (PALHA et al., 2012; GUERRERO et al., 2013).

Em Santa Rosa, município alvo do presente estudo, por exemplo, de acordo com os resultados do PMAQ-AB, infraestrutura e acesso foram critérios muito bem avaliados na Avaliação Externa, o que também aconteceu com o item consultas, um

dentre os Indicadores. A qualificação e valorização profissional foram outros critérios com ótimos resultados. Isso parece demonstrar que, no município, uma das hipóteses para a discrepância entre a avaliação do PMAQ-AB de modo geral e a satisfação do usuário é que talvez exista qualificação técnica, mas falte resolutividade e construção de relações mais profundas entre equipe e usuário. Porém, confirmar ou refutar tal hipótese demanda um estudo mais aprofundado acerca dessa questão.

A falta de resolutividade também pode estar indicada nos resultados relacionados aos indicadores, já que o indicador Consultas foi bem avaliado, ou seja, a população está sendo atendida nas unidades básicas de saúde, mas o indicador Diabetes e Hipertensão foi mediano ou abaixo da média em nove UBS. É possível que em Santa Rosa a Atenção Básica não esteja sendo resolutiva, daí a insatisfação do usuário. Por outro lado, na UBS Timbaúva, onde o indicador Diabetes e Hipertensão foi avaliado como muito acima da média, a avaliação da satisfação do usuário foi idêntica a das outras unidades. Ainda assim, acredita-se que resolutividade é um ponto que merece atenção na AB do município.

Quanto à construção de relações horizontais, com fortalecimento da relação entre o usuário e os profissionais da Atenção Básica, esta é imprescindível para que os laços sejam fortalecidos e para que a comunidade possa realmente criar afinidade pelo serviço de saúde. Destaca-se, porém, que uma relação horizontalizada implica o reconhecimento de que o usuário é um dos sujeitos do processo; ou seja, ele não pode apenas receber cuidados em saúde, mas deve participar desse cuidado e deve ter voz ativa na organização da Atenção Básica em seu território. Esse “sentir-se parte” tem enorme potencial para aprofundar vínculos e para que a população realmente compreenda as possíveis limitações do serviço e contribua para resolvê-las, aumentando sua satisfação.

Confiança, respeito, organização, competência e empatia são elementos fundamentais para a satisfação do usuário com os serviços prestados, pois possibilitam maior reconhecimento da comunidade a quem presta o serviço, melhorando a qualidade de vida da população. A responsabilidade social dos profissionais com determinada população é determinante para o êxito da Saúde da Família (ARRUDA-BARBOSA et al, 2011, p.351).

Lembrando que a Atenção Básica, efetivada por meio da Saúde da Família, não deve se preocupar com a saúde dos indivíduos conforme a concepção de saúde inerente ao modelo biomédico de assistência. Cuidar da doença é apenas uma

pequena parte do todo no o qual a ESF deve atuar. É preciso que sejam contemplados aspectos de prevenção de doenças, promoção da saúde, organização do território, particularidades da população atendida, riscos sociais existentes, rede de atenção à saúde, necessidades e prioridades específicas, entre outros.

Essa mudança de paradigma dentro do setor saúde não é necessária apenas aos profissionais, mas também aos usuários. Isso porque, para muitos indivíduos, a Atenção Básica, materializada na unidade de saúde, tem como funções apenas fornecer consultas, exames e medicação. É também dever da equipe realizar um trabalho de conscientização para com a comunidade, para que a Atenção Básica seja vista em toda sua complexidade e possa haver uma parceria para sua efetivação integral. O usuário deve ter ciência de que o caráter da assistência prestada é sanitário mas, ao mesmo tempo, é social (FRANCO et al., 2012).

Além disso, protocolos para critérios de risco social – ou seja, identificação dos usuários com maior probabilidade de morrer, adoecer ou comprometer sua qualidade de vida e autonomia funcional – representam uma alternativa para interromper a ordem, muitas vezes perversa, de entrada do usuário no sistema de saúde. Esses protocolos auxiliam a identificar grupos ou indivíduos de risco e à inseri-los, prevenindo algumas ocorrências e combatendo outras, sem que a assistência dependa de critérios burocráticos (MITRE et al., 2012).

[...] vale ressaltar que, quando o profissional de saúde restringe sua atuação a uma pequena parcela do processo terapêutico do usuário, de forma fragmentada, acaba por gerar sua própria desmotivação, ao não conseguir vislumbrar a dimensão global de sua atuação [...]. [...] é imprescindível integrar e articular diferentes saberes e práticas, focando na autonomia dos sujeitos e buscando na interdisciplinaridade as potencialidades partilhadas dos diferentes atores, recursos e equipamentos da saúde [...] (MITRE et al., 2012, p.2079).

Outro aspecto a ser considerado quando se discute a satisfação do usuário é a forma como esse usuário se movimenta dentro do sistema de saúde. É importante que a rede de serviços funcione, que a Atenção Básica tenha condições de referenciar o paciente a um serviço de média ou alta complexidade e que esses serviços contra-referenciem esse paciente novamente à Atenção Básica. Esse acompanhamento permite que a assistência ao paciente seja realizada de forma integral e que o vínculo com a AB seja ainda mais fortalecido pois o usuário percebe que nesse nível de assistência também há resolutividade (ALMEIDA et al., 2012).

Integralidade é um dos conceitos mais importantes da Atenção Básica, já que esta abarca ações individuais e coletivas, de promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, entre outras. Para que todas essas ações sejam realizadas de forma ideal, é imprescindível que o indivíduo seja visto como um todo, como um ser dotado de múltiplos aspectos e com toda uma gama de variáveis que o acompanham e que não podem ser esquecidas na assistência. Um usuário não é uma patologia, não é um medicamento, não é uma condição. É um ser humano, com seus aspectos psicossociais e econômicos, suas crenças, e como tal, um atendimento fragmentado não irá responder às suas necessidades (FRACOLLI et al., 2011; ANDRADE et al., 2013).

Para uma assistência integral, é de fundamental importância que exista um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar na equipe. Os profissionais precisam estar cientes de que cada especialidade é fundamental para a composição do todo e que nenhum saber está acima ou abaixo do outro. Ao contrário, todos os saberes, de forma conjunta e articulada, é que darão conta de oferecer a integralidade ao paciente. Infelizmente, equipe multiprofissional e interdisciplinaridade não eram, até pouco tempo, um assunto amplamente discutido na formação, havendo, por isso, muita resistência por parte de alguns profissionais (ANDRADE et al., 2013; STORINO et al., 2013). Essa realidade está sendo modificada aos poucos e acredita-se que, em alguns anos, essa resistência estará diminuída.

Como visto, o pensar e o fazer em saúde demandam uma nova lógica na assistência em saúde. É preciso que gestores e trabalhadores do SUS estejam em processo contínuo de aprendizado, ampliando seus saberes e formas de atuação, para poder oferecer o cuidado que o usuário necessita e espera. Para isso, a troca de informações entre a equipe e o estabelecimento de uma relação de trabalho interdisciplinar na unidade básica de saúde são imprescindíveis (COTTA et al., 2006). Só uma relação baseada na comunicação horizontalizada entre aqueles que estão, de fato, vivenciando o sistema de saúde diariamente, pode trazer as respostas aos problemas que se apresentarem e aumentar a satisfação do usuário em relação à Atenção Básica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica, efetivada na Estratégia Saúde da Família, está presente no cotidiano de milhões de brasileiros e, para que se consolide e alcance seus objetivos, é imprescindível que se atente para sua qualidade. Nesse sentido, o PMAQ-AB é um instrumento com grande potencial, pois serve não apenas para avaliação das equipes, mas também como instrumento de gestão, uma vez que permite aferir em quais áreas são necessários ajustes e possibilita o planejamento de formas de resolução desses problemas.

Verificou-se que o município de Santa Rosa, como um todo, teve um bom desempenho final no PMAQ-AB, com a maioria das equipes ficando muito acima da média em relação a outras equipes do estrato. Esse bom desempenho final também foi identificado em grande parte dos indicadores, bem como nos itens de Avaliação Externa. Isso pode ser um reflexo da política de saúde praticada no local, com a saúde municipalizada, forte controle social, valorização dos profissionais e educação permanente, entre outros aspectos.

Ainda assim, no que tange à satisfação do usuário, todas as equipes de Santa Rosa tiveram desempenho mediano ou abaixo da média. É difícil apontar razões específicas para esse resultado, pois isso demandaria um novo estudo, direcionado para tanto. O que se sabe é que acesso, infraestrutura e qualificação dos profissionais foram bem avaliados no município. Isso demonstra, conforme apontado na discussão, que a satisfação do usuário é uma questão complexa, que vai além de aspectos quantitativos e que se relaciona intimamente com a percepção do usuário a respeito da Atenção Básica e com a percepção das equipes em relação aos usuários e comunidade.

Destaca-se, independentemente da questão resultados, a relevância do PMAQ-AB se preocupar com a satisfação do usuário e utilizar esse critério como um dos mensuradores da qualidade. Isso, por si só, já demonstra que há uma mudança em curso e que o modo como se faz e se percebe a saúde no Brasil passa por um momento de transição paradigmática. Espera-se que, na recontractualização, quando foram estabelecidos os desafios e metas das equipes de Santa Rosa – RS para o segundo ciclo do PMAQ-AB, tenham sido contemplados aspectos que possam trazer melhorias mais pontuais à essa questão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.94, p.375-391, jul./set.2012.

ANDRADE, S. R. et al. Melhores práticas na Atenção Básica à Saúde e os sentidos da Integralidade. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 620-627, out./dez. 2013.

ARRUDA-BARBOSA, L. et al. Estratégia Saúde da Família: Avaliação e Motivos para Busca de Serviços de Saúde pelos usuários. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.24, n.4, p.347-354, out./dez., 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 138, 20 jul.2011. Seção 1, p.79.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

_____. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Documento Síntese para avaliação externa**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2014.

_____. Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013. Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a Portaria nº 886/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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.64, 3 abr.2013. Seção 1, p.35.

CHIMARA, M. B. et al., Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de Cidade Tiradentes. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.2, n.2, p.174-197, jul./dez.2013.

COELHO, M. O. et al. O Acesso por meio do Acolhimento na Atenção Básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.3, p.440-452, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p.7-18, set. 2006.

_____. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.15, n.4, p.227-234, out./dez. 2005.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Site Oficial**. 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B.. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, supl., p.303-312, dez. 2005.

_____. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1267-1276, jun.2006.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.515-529, set./dez. 2007.

FRANCO, F. A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.157-162, 2012.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.

FUMSSAR, FUNDAÇÃO MUNICIPAL DA SAÚDE DE SANTA ROSA. **Site Oficial da FUMSSAR**. Disponível em: <<http://www.fumssar.com.br/>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa 2014 – 2017**. 2014a. Disponível em: <http://www.fumssar.com.br/wpcontent/uploads/2014/05/Plano_Municipal_de_Sa%C3%BAde_2014-2017_Santa-Rosa.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2014.

GOMES, R. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.5413 – 4521, 2011.

GUERRERO, P. et al. O Acolhimento como boa prática na Atenção Básica à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.132-140, jan./mar., 2013.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Rio Grande do Sul: Santa Rosa. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232E9>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G.. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

MITRE, S. M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.

PALHA, P. F. et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.342-348, 2012.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M.. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.4, p.548-551, jul./ago. 2006.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M.. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente de saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.387-406, nov.2010.

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

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Informação nº 010/12 – CIB / RS**. 2012. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1333397987229Informacao%20CIB%20RS%20Municipios%20PMAQ.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. **Programa de Qualidade da Atenção Básica – PMAQ**. 2014. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/345/?Programa_de_Qualidade_da_Aten%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica_-_PMAQ>. Acesso em: 16 jan. 2014.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup1: S100-S110, 2008.

STARFIELD, B.. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STORINO, L. P. et al. Necessidades de saúde de homens na Atenção Básica: Acolhimento e Vínculo como potencializadores da Integralidade. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 638-645, out./dez., 2013.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

ANEXOS

Anexo 1: Informações constitutivas dos indicadores do PMAQ-AB

1 - SAÚDE DA MULHER		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica	D	SSA2 (Gest.Cadastradas)	SINASC, IBGE, ANS
1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	D	PMA2 (Pré-natal)	SSA2 (Gest. Cadastradas)
1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	D	SSA2 (Gest. com pré-natal iniciado no 1º TRI)	SSA2 (Gest. Cadastradas)
1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal no mês	D	SSA2 (Gest. fez consulta de pré-natal no mês)	SSA2 (Gest. Cadastradas)
1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia	D	SSA2 (Gest. com vacina em dia)	SSA2 (Gest. Cadastradas)
1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero	D	PMA2 (Tipo Atend. Médico e Enfermeiro Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino)	Ficha A (Feminino > 15 anos)
1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares	M	SSA2 (Gest. acompanhadas)	SSA2 (Gest. Cadastradas)
2 - SAÚDE DA CRIANÇA		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
2.1 Média de Atendimentos de Puericultura	D	PMA2 (Tipo de Atendimentos de médico e de enfermeiro - Puericultura)	SSA2 (Crianças Menores de 2 anos)
2.2 Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo	D	SSA2 (Crianças de 0 a 3 m e 29 d em aleitamento exclusivo)	SSA2 (Crianças de 0 a 3 m e 29 d)
2.3 Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	D	SSA2 (Crianças com as vacinas em dia)	SSA2 (Criança de 0 a 11 m e 29 d)
2.4 Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas	D	SSA2 (Crianças de 0 a 11 m e 29 d pesadas + de 12 m a 23 m e 29 d pesadas)	SSA2 (Crianças de 0 a 11 m e 29 d + de 12 m a 23 m e 29 d)
2.5 Média de consultas médicas para menores de 1 ano	D	PMA2 (Cons. Médica residentes na área de abrang equipe < 1)	SSA2 (Crianças de 0 a 11 m e 29 d)
2.6 Média de consultas médicas para menores de 5 anos	D	PMA2 (Cons. Médica residentes na área de abrang equipe < 1e 1-4)	Ficha A (Masculino < 1e 1-4 + Feminino < 1e 1-4)
2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer	M	SSA2 (Crianças - RN pesados ao nascer com peso < 2500g)	SSA2 (Crianças - nascidos vivos no mês)
2.8 Proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas no domicílio	M	SSA2 (Crianças de 0 a 11 m e 29 d)	Ficha A (Masculino < 1+ Feminino < 1)
2.9 Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	M	SISVAN	Ficha A (Masculino < 1e 1-4 + Feminino < 1e 1-4)

3 - HIPERTENSAO E DIABETES		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
3.1 Proporção de diabéticos cadastrados	D	SSA2 (Diabéticos Cadastrados)	Ficha A (considerar total de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas) e PNAD - 2008
3.2 Proporção de hipertensos cadastrados	D	SSA2 (Hipertensos Cadastrados)	Ficha A (considerar total de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas) e PNAD - 2008
3.3 Média de atendimentos por diabético	D	PMA2 (Tipo de Atendimentos de médico e de enfermeiro - Diabetes)	SSA2 (Diabéticos Cadastrados)
3.4 Média de atendimentos por hipertenso	D	PMA2 (Tipo de Atendimentos de médico e de enfermeiro - Hipertensão Arterial)	SSA2 (Hipertensos Cadastrados)
3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio	M	SSA2 (Diabéticos Acompanhados)	SSA2 (Diabéticos Cadastrados)
3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio	M	SSA2 (Hipertensos Acompanhados)	SSA2 (Hipertensos Cadastrados)
4 - SAÚDE BUCAL		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	D	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - Escovação Dental Supervisionada)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)
4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática	D	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - 1º Consulta Odontológica Programática)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)
4.3 Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante	D	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - Atendimento a Gestante)	SSA2 (Gest. Cadastradas)
4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	D	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - Tratamento Concluído)	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - 1º Consulta Odontológica Programática)
4.5 Média de instalações de próteses dentárias	M	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - Instalações de Próteses Dentárias)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)
4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	M	PMA2 -C (Tipo de Atendimentos do Cirurgião Dentista - Urgência)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)
4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	M	PMA2 -C (Marcador de Saúde Bucal - Diagnóstico de alteração na mucosa)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)
5 - PRODUÇÃO GERAL		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
5.1 Média de consultas médicas por habitante	D	PMA2 (Cons. Médica residentes na área de abrang equipe -Total)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)

5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/ programado	D	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Cuidado continuado)	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Demanda agendada + Demanda imediata + Cuidado continuado+ Urgência com observação)
5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada	D	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Demanda agendada)	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Demanda agendada + Demanda imediata + Cuidado continuado+ Urgência com observação)
5.4 Proporção de consulta médica de demanda imediata	D	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Demanda imediata)	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Demanda agendada + Demanda imediata + Cuidado continuado+ Urgência com observação)
5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação	M	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Urgência com observação)	PMA2 -C (Tipos de Consulta Médica - Demanda agendada + Demanda imediata + Cuidado continuado+ Urgência com observação)
5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência	M	PMA2 (Encaminhamentos Médicos - Urgência/Emergência)	PMA2 (Total Geral de Consultas = Cons. Médica residentes fora da área de abrangência + residentes na área de abrangência equipe)
5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado	M	PMA2 (Encaminhamentos Médicos - Atend. Especializado)	PMA2 (Total Geral de Consultas = Cons. Médica residentes fora da área de abrangência + residentes na área de abrangência equipe)
5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	M	PMA2 (Encaminhamentos Médicos - Internação Hospitalar)	PMA2 (Total Geral de Consultas = Cons. Médica residentes fora da área de abrangência + residentes na área de abrangência equipe)
5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica	M	PMA2 (Solicitação Médica de Exames Complementares - Patologia clínica + radiodiagnóstico + citopatológico cervico-vaginal + ultrassonografia obstétrica + outros)	PMA2 (Total Geral de Consultas = Cons. Médica residentes fora da área de abrangência + residentes na área de abrangência equipe)
5.10 Média de atendimentos de enfermeiro	M	PMA2 (Procedimentos - Atend. Individual Enfermeiro)	Ficha A (Pop. Geral Cadastrada)
5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada	M	SSA2 (Visitas domiciliares - ACS)	SSA2 (Total de Famílias Acompanhadas)
5.12 Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	M	Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família	Ficha A (A família é beneficiária do Programa Bolsa Família)

6 - VIGILÂNCIA - TUBERCULOSE E HANSENÍASE		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
6.1 Média de atendimentos de tuberculose	M	PMA2 (Tipo de Atendimentos de médico e de enfermeiro - Tuberculose)	SSA2 (Pessoas com Tuberculose Cadastradas)
6.2 Média de atendimentos de hanseníase	M	PMA2 (Tipo de Atendimentos de médico e de enfermeiro - Hanseníase)	SSA2 (Pessoas com Hanseníase Cadastradas)
7 - SAÚDE MENTAL		Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO	TIPO	Numerador	Denominador
7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas	M	PMA2 -C (Tipos de Atendimento Médico e de Enfermeiro - Saúde Mental)	PMA2 (Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro - Puericultura + Pré-natal + Prevenção do câncer cérvico-uterino + DST/AIDS + Diabetes + Hipertensão arterial + Hanseníase + tuberculose) + PMA2-C (Tipos de Atendimento Médico e de Enfermeiro - Usuário de álcool + Usuário de drogas + Saúde mental)
7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool	M	PMA2 -C (Tipos de Atendimento Médico e de Enfermeiro - Usuário de álcool)	PMA2 (Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro - Puericultura + Pré-natal + Prevenção do câncer cérvico-uterino + DST/AIDS + Diabetes + Hipertensão arterial + Hanseníase + tuberculose) + PMA2-C (Tipos de Atendimento Médico e de Enfermeiro - Usuário de álcool + Usuário de drogas + Saúde mental)
7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas	M	PMA2 -C (Tipos de Atendimento Médico e de Enfermeiro - Usuário de drogas)	PMA2 (Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro - Puericultura + Pré-natal + Prevenção do câncer cérvico-uterino + DST/AIDS + diabetes + Hipertensão arterial + Hanseníase + tuberculose) + PMA2-C (Tipos de Atendimento Médico e de Enfermeiro - Usuário de álcool + Usuário de drogas + Saúde mental)
7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo	M	Ficha A (Alcoolismo na pop. de 15 anos ou mais cadastrada)	Ficha A (Pop. 15 anos ou mais cadastrada)

Legenda:

D - Indicadores de avaliação de desempenho

M - Indicadores de monitoramento

Anexo 2: Informações constitutivas dos Módulos I, II e III da Avaliação Externa do PMAQ-AB

Módulo	Subdimensão
Módulo I	I.1 - Identificação Geral
	I.2 - Identificação da Unidade de Saúde
	I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos
	I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde
	I.6 - Veículo na Unidade de Saúde
	I.7 - Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços
	I.8 - Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde
	I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde
	I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde
	I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde
	I.12 - Equipamentos e Materiais
	I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde
	I.14 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde
	I.15 - Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde
	I.16 - Insumos para Atenção à Saúde
	I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares
	I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica

	II.1 - Identificação Geral
Módulo II	II.2 - Identificação da Unidade de Saúde
	II.3 Informações sobre o Entrevistado
	II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica
	II.5 Vínculo
	II.6 Plano de Carreira
	II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas
	II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial
	II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde
	II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea
	II.13 Organização da agenda
	II.14 Atenção à Saúde
	II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde
	II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
	II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe
	II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério
	II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida
	II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade
	II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose
	II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase
	II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico
	II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência
	II.25 Práticas Integrativas e Complementares
	II.26 Promoção da Saúde
	II.27 Programa Bolsa-Família
	II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário
	II.30 Atividades nas Escolas
	II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	II.32 Atenção à Pessoa Tabagista
	II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Módulo III	III.1 - Identificação Geral
	III.2 - Identificação da Unidade de Saúde
	III.3 - Identificação do Usuário
	III.4 - Bolsa Família
	III.5 - Acesso aos Serviços de Saúde
	III.6 - Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	III.7 - Acolhimento à Demanda Espontânea
	III.8 - Atenção Integral à Saúde
	III.9 - Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	III.10 - Coordenação do Cuidado
	III.11 - Visita Domiciliar
	III.12 - Saúde da Mulher
	III.13 - Gravidez e Pré-natal
	III.14 - Acolhimento Específico à Gestante
	III.15 - Atenção ao Pós-parto
	III.16 - Saúde da Criança
	III.17 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança
	III.18 - Amamentação/Alimentação da Criança
	III.19 - Problemas de Saúde da Criança
	III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica
	III.21 - Diabetes Mellitus
	III.22 - Satisfação do Usuário
	III.23 - Satisfação com o Cuidado
	III.24 - Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários