

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um instrumento gerencial de saúde

*Rose Miranda da Silva¹
Lourival Batista de Oliveira Júnior²*

Resumo: A Atenção Básica à Saúde é estabelecida por meio de ações e métodos que proporcionam a população serviços de proteção e promoção à saúde, diagnóstico e tratamento de doenças. Consiste em uma estratégia de reorganização do modelo assistencial oferecido à população como forma de suprir as necessidades nessa área. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, implementado em 2011, representa uma estratégia para a melhoria assistencial, com atenção voltada ao trabalho das equipes de Atenção Básica. O objetivo do presente artigo é mostrar o PMAQ-AB, um instrumento de qualificação, cujo propósito é conhecer as condições de acesso da população aos serviços públicos de saúde e a qualidade da Atenção Básica, e formar uma cultura de avaliação com base nos indicadores. O texto mostra também o incentivo financeiro destinado ao Programa, sua reestruturação desde a implantação, e reúne os resultados alcançados no Brasil, em Minas Gerais e na cidade de Juiz de Fora (MG), iniciadora do Programa no Estado. A pesquisa é bibliográfica, realizada em livros e artigos sobre o assunto, e resulta também do estudo das informações do banco de dados do PMAQ-AB disponibilizados no site do Portal da Saúde. A análise da estrutura e do processo mostra a evolução do Programa desde os primeiros anos de implantação, sua reestruturação em três fases e um eixo estratégico, a atual forma de adesão das equipes de Atenção Básica, a nova realidade do acesso e os serviços oferecidos. Os resultados apontam o número de adesões das equipes e dos municípios ao Programa, a mobilização dos gestores e dos profissionais envolvidos, apresentando um desempenho satisfatório em termos de inovação e de fortalecimento da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Serviços públicos de saúde.

Abstract: The Primary Health Care is established from the actions and methods that provide the population protection services and health promotion, diagnosis and treatment of diseases. It consists of a reorganization strategy of the care model offered to the population as a form of meeting the health needs. The Access Improvement Program and Quality of Primary Care, implemented in 2011, represent a strategy to improve assistencial with attention focused on the work of Primary Care teams. This article shows PMAQ-AB as a qualification instrument, whose purpose is to know the access and quality of basic care to the population that uses public health services and makes a culture evaluation based on the analysis of indicators. It also shows the financial incentive to invest in the program and brings together the results achieved in Brazil, in the state of Minas Gerais and the city of Juiz de Fora (MG), the initiator of the program in the state, and its

¹ Graduada em Administração pela UNIPAC/JF. Residente em Gestão Hospitalar pela Faculdade de Economia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: rosemiranda2005@hotmail.com

² Professor Associado da Faculdade de Economia da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: oliveira.junior@ufjf.edu.br

restructuring since its implementation. It is characterized as a bibliographical research, from books and articles on the subject in question, and the analysis of data that are part database of the PMAQ-AB available at the site of the Health Portal. The analysis of the structure and process shows the evolution of the program in the first years of implementation, which is currently restructured in 3 phases and a Strategic Axis, the form of Primary Care Teams accession and the new reality of access and use of health services. The analysis of the results shows the number adherence of the teams and the municipalities to the program, the mobilization of the managers and the professionals involved, presenting a satisfactory result in favor of the innovations and the strengthening of the Primary Health.

Keywords: Primary Health. Access Improvement Program and Quality of Primary Care. Public health services.

1 Introdução

Nos anos 1980, a VIII Conferência Nacional de Saúde e o trabalho da Comissão Nacional de Reforma Sanitária foram cruciais para a reorganização do sistema de saúde brasileiro. Além de trazer à tona demandas sociais reprimidas, o processo de redemocratização do Brasil serviu também para o reconhecimento dos serviços públicos de saúde um direito de todos e dever do Estado (MINAS GERAIS, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis federais nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a proposta de reduzir as desigualdades na assistência à saúde e de garantir aos indivíduos o acesso aos seus serviços, e exigindo o comprometimento de gestores, trabalhadores e usuários. No entanto, ainda há muito a ser feito principalmente nas Redes Integradas de Atenção com base na Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2010b).

O envolvimento dos gestores com as políticas públicas fortalece a construção de uma sociedade mais igualitária no que diz respeito aos serviços de saúde. A proposição reforçada por Mendes (2010a) exige do gestor uma nova postura: estar permanentemente atualizado acerca das mudanças mais relevantes na área; permanecer firme e decidido diante das limitações que o sistema impõe e sempre buscar a resolubilidade dos desafios diários da organização. Apesar das renovações na área, e, de acordo com o princípio da acessibilidade, é necessário priorizar as reformas setoriais específicas, estratégia fundamental para recompor a atenção, a gestão, a formulação de políticas e controle social, entre outras práticas.

No novo sistema, o Estado é o principal responsável pela atenção à saúde. Uma mudança nos moldes clássicos de atendimento é necessária, portanto. O sistema tradicional baseia-se apenas na medicalização, qualquer problema relacionado à saúde do indivíduo é considerado doença e as questões de ordem pública são analisadas individualmente. Um modelo voltado às ações de prevenção e de promoção do bem-estar físico e mental deve apoiar-se principalmente em atividades coletivas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os riscos às funções orgânicas por meio de hábitos de vida saudáveis (MATTA; MOROSINI, 2009).

Com a pretensão de implantar mudanças no sistema, de reorganizar as antigas práticas, priorizando, de forma integral e contínua, as ações de proteção e promoção à saúde da população, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs aos municípios o Programa Saúde da Família (PSF). Ao assumir um novo modelo e expandir o número de equipes de trabalho em todo o território nacional, o PSF firmou sua importância na reestruturação da APS. Assim, o referido Ministério fomentou as atividades de monitoramento para institucionalizar os processos avaliativos (FELISBERTO, 2004).

Para assegurar um maior acesso e a qualidade da Atenção Básica, em 2010, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Vinculado à certificação e aos repasses de recursos, o PMAQ-AB propõe uma nova cultura no modo de agir da gestão.

O objetivo deste artigo é, portanto, tratar do PMAQ-AB, apresentando: i) a sua formação e as fases de implantação; ii) a adesão das Equipes de Saúde da Família (ESF), das Equipes de Saúde Bucal, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); iii) o incentivo financeiro destinado ao Programa; iv) a realidade do acesso e da utilização dos serviços, reunindo os resultados alcançados no Brasil, no estado de Minas Gerais e na cidade de Juiz de Fora (MG), iniciadora do Programa no Estado.

Ao longo do artigo serão abordados assuntos referentes à situação da saúde no Brasil, tais como: Atenção Primária à Saúde, estratégias de prevenção e promoção; proposta e instrumento de avaliação da Atenção Básica, fases de implantação, propósito e financiamento do Programa Saúde da Família.

2 Contextualização

2.1 Situação da saúde no Brasil

Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil passou por uma série de mudanças, sobretudo na área de saúde. A mudança mais expressiva foi o movimento pela Reforma Sanitária³, ocorrido na década de 1970, quando foram apresentadas propostas concretas para a criação de um sistema comprometido com o total acesso da população ao setor. A saúde pública brasileira passou a ser, portanto, uma das maiores políticas de inclusão social, com avanços significativos e resultados notáveis ao longo do tempo (MINAS GERAIS, 2009).

Existe um empenho constante dos dirigentes para criar programas voltados à promoção e à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Os representantes das diversas áreas de saúde utilizam de suas competências para avaliar e propor políticas específicas, direcionadas às diversidades e, de maneira contextualizada, às necessidades de intervenções. O objetivo é identificar os impasses, facilitar o acesso e reduzir as disparidades no oferecimento dos serviços (BRASIL, 2011a).

Os sistemas de atenção à saúde foram respostas às necessidades sociais. Mas as mudanças nos cenários demográfico e epidemiológico da sociedade e no perfil dos brasileiros mostram que a população está envelhecendo. Isso significa um aumento no número de condições crônicas e impacta consideravelmente a economia do país, pois essas condições exigem tratamento a longo prazo. Os sistemas de atenção à saúde devem estruturar-se, por conseguinte, com base na prevenção e na redução do risco de doenças crônicas (MENDES, 2010b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciou uma importante informação no Relatório Mundial de Saúde divulgado em 2008. Trata-se de falhas nos sistemas mundiais, que não acompanham a tendência de declínio dos problemas agudos e a ascensão das condições crônicas. Uma estratégia ou planejamento desenvolvido para resolver um problema agudo não pode funcionar para um problema crônico, visto que ambos possuem necessidades distintas (OMS, 2008).

Esse é o cenário do Brasil, que enfrenta também a insuficiência no financiamento, no repasse de recursos e nos investimentos e não consegue atender plenamente às necessidades da população,

³ Processo que resultou na universalidade do direito à saúde e na criação do SUS.

apesar das políticas de descentralização e dos avanços do SUS. Por tudo isso, é necessário instituir um sistema que atue na prevenção das doenças crônicas e atenda a outras necessidades dos usuários, de forma regionalizada, sistematizada e contínua, com vistas à reorientação do modelo de Atenção Primária à Saúde.

Campos (2006, p. 29) destaca que o Sistema Único de Saúde “foi concebido como um sistema de proteção social. Uma rede de serviços e um conjunto de normas destinadas não apenas aos pobres, mas ao conjunto da sociedade”. Apesar de ineficiente e de inúmeros problemas de gestão, o SUS é considerado um dos melhores sistemas públicos do mundo (BRASIL, 2011b). Ao tratar de condições de igualdade e desigualdade, é importante lembrar que “os indivíduos e os grupos sociais reúnem grandes diferenças e variabilidade com relação a muitas características, fato que torna a vida tão interessante” (BARATA, 2009, p. 11).

2.2 Atenção Primária à Saúde

O conceito de Atenção Primária surgiu em 1920, na Inglaterra, com a proposta de reorganização do modelo tradicional de Atenção Básica praticado em centros de saúde primários, secundários, serviços suplementares e hospitais. As diretrizes da AP influenciaram vários países do mundo, inclusive o Brasil (CONILL, 2008).

No Brasil, o Governo Federal cuidou de oficializar o termo Atenção Básica. No entanto, uma vez que a expressão inclui os princípios da Reforma Sanitária, passou a denominar-se Atenção Primária à Saúde. De acordo com Brasil (2011a, p. 13), a Atenção Básica apresenta-se “como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta de saúde da família e a dos cuidados primários de saúde”. Esse termo adquiriu equivocadamente o sentido de “serviço de saúde sem qualidade”, voltado para as pessoas pobres. Para desmistificar tal conotação, Matta e Morosini (2009) consideram a Atenção Primária a principal porta de entrada para o sistema público, independentemente da condição social e econômica dos cidadãos. Assim, “a APS assume papel central no desenho e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, por meio do desenvolvimento das ações pelas equipes de APS nas Unidades Básicas de Saúde”, em outras palavras, efetivamente um elo da população com os serviços da área. Portanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes de profissionais devem atuar no acolhimento das famílias promovendo a atenção integral às pessoas, de modo a atender suas perspectivas físicas, psicológicas e sociais (MINAS GERAIS, 2009, p. 46).

Para embasar essa prática, a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a reavaliação de diretrizes e normas para sistematizar a Atenção Básica, o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este último funcionou em um período de transição até se firmar um vínculo da população e os serviços oferecidos (BRASIL, 2006).

Segundo o PNAB, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são similares (BRASIL, 2007). Em geral, a PNAB reafirma o papel da Atenção Básica perante os usuários do SUS, define a organização das Redes de Atenção, relacionando as responsabilidades de cada esfera de governo: à União compete elaborar as diretrizes; aos Estados, apoio técnico e financeiro; e aos municípios, organizar, executar e gerenciar as ações e serviços de acordo com as diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2011a). Conforme determina a Portaria nº 648, a Atenção Básica prevê uma relação mais estreita dos usuários com o sistema por meio de acesso e diálogo da Rede de Atenção

à Saúde. Essa relação deve guiar-se pelos seguintes princípios: universalidade, integração da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011d).

Nesse aspecto, com o propósito de definir a utilização dos serviços especializados e resolver parte dos problemas de saúde dos indivíduos, o Programa Saúde da Família é uma tática do SUS e da PNAB para fortalecer e consolidar a AB.

2.3 Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, uma estratégia da Atenção Básica para organizar e integrar as atividades da área no SUS. Por meio das unidades básicas, o Programa atua de forma inclusiva nos domicílios para garantir às famílias, especialmente a população mais vulnerável, atendimento de referência e contrarreferência em dois níveis de atenção: o clínico e o de alta complexidade (CALDEIRA; SILVA, 2011). Trata-se de uma modalidade de Atenção Primária operacionalizada pelas equipes multiprofissionais das UBS: as Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, Atenção Básica Parametrizada e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Compõem essas equipes um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A depender da quantidade de pessoas atendidas nas regiões, o número de Agentes Comunitários pode chegar a seis. Outros profissionais, dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem incorporar-se à equipe para melhorar a efetividade das atividades executadas em prol do indivíduo e da comunidade (BRASIL, 2006).

A proposta do PSF é acompanhar as famílias de determinada localidade de forma integrada com a comunidade, visando à promoção, à prevenção, à educação e à recuperação da saúde. O propósito do Programa é estender a cobertura, facilitar o acesso, dar continuidade às ações por meio de um trabalho de elevada resolutividade, responsável e comprometido da equipe multiprofissional (BRASIL, 2007). Além disso, o PSF desenvolve ações voltadas aos grupos de risco, com a finalidade de prevenir doenças e continuar o tratamento de pacientes assistidos nas unidades.

Algumas responsabilidades contribuem para operacionalizar o Programa, tais como, colaborar para a definição do território de atuação, assumir compromisso com a população da área delimitada, garantir a integralidade da atenção e o atendimento humanizado. Entre as atribuições estão também a inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória e a participação nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe. Essas ações concorrem igualmente para identificar parcerias que possam potencializar as ações intersetoriais e para assegurar a autenticidade dos registros das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica e o envolvimento nas atividades de educação permanente. Além das atribuições comuns, os profissionais desenvolvem atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Na qualidade de programa social, o Saúde da Família apresenta desafios: infraestrutura inadequada para atendimento aos pacientes; deficiências na assistência farmacêutica pela falta de remédios; falhas no serviço de apoio diagnóstico e terapêutico; dificuldades de financiamento para investimento em obras, equipamentos e pessoal especializado; condições inadequadas de trabalho com carga horária excessiva e falta de material básico (BRASIL, 2011a). Assim, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos pacientes e revelar a efetividade das ações governamentais

implantadas e direcionadas à área, criou-se um programa de melhoria contínua que visa promover mudanças na prestação dos serviços e na realidade dos modelos presentes, um esforço para redesenhar o processo conforme as peculiaridades regionais.

2.4 PMAQ-AB como instrumento de avaliação da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma referência na busca pela qualidade do atendimento da AB e um incentivo aos gestores para uma melhor assistência aos usuários do SUS que utilizam as Unidades Básicas de Saúde.

A implantação de um programa dessa importância estimula iniciativas com a finalidade de incitar os envolvidos a identificar os problemas basilares de saúde pública, além de realizar uma análise das situações habituais, com o objetivo de formular estratégias de intervenção para promover melhorias nas condições de acesso dos cidadãos aos serviços da área (BRASIL, 2015b).

Instituído pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, o PMAQ-AB tem o objetivo principal de incentivar o aumento do padrão de atendimento da Atenção Básica, permitindo clareza e efetividade às ações do governo. Seus objetivos específicos resultam em ações positivas para a população, estimula boas práticas de trabalho, otimiza o uso dos sistemas de informação e incrementa a gestão nas unidades de saúde (BRASIL, 2011c). Para implantação, o Programa estruturou-se inicialmente em quatro fases cíclicas: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. Em 2 de outubro de 2015, a Portaria nº 1.645 revogou a Portaria nº 1.654, alterou o teor de algumas diretrizes e as fases de implantação do Programa, que agora prevê Adesão, Contratualização, Certificação, Recontratualização e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento composto de autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal.

Aderir ao PMAQ-AB significa, portanto, firmar compromissos com os gestores e estes com o MS. A participação das equipes de saúde diz respeito ao comprometimento com as normas do Programa, a submissão constante ao monitoramento dos indicadores pactuados e a avaliação, que tem o objetivo de provocar naqueles que compõem os grupos de trabalho uma reflexão sobre os métodos aplicados, a atuação das equipes e a capacidade de apresentação de soluções para superar os desafios diários. Essa atitude participativa tem vários benefícios: permite visualizar o que já foi realizado e quais os resultados; aponta os avanços e retrocessos; facilita a tomada de decisão e contribui para um diagnóstico das necessidades do Programa. Com essas ações, os objetivos são regular o processo de recontratualização das metas e compromissos, contribuir para as ações desempenhadas em prol da qualidade da AB, dar transparência ao processo e motivar os profissionais (BRASIL, 2013b).

O processo de qualificação e certificação das Equipes de Atenção Básica (EAB) fundamenta-se nos seguinte critério: a verificação do desempenho no conjunto de indicadores contratualizados e das evidências no conjunto de padrões de qualidade. Com base na análise do resultado define-se a recontratualização de novos indicadores de qualidade. Esses indicadores têm influência direta no recurso a que cada município terá direito. Após a publicação da certificação das equipes, os municípios passam a receber o valor correspondente ao desempenho de cada EAB. A depender da classificação, o repasse pode ser ampliado ou suspenso. Em caso de suspensão, será necessária uma nova recontratualização (BRASIL, 2015e).

Por meio dos elementos que o compõem, o Eixo Estratégico Transversal tem o propósito de garantir padrões excelentes de qualidade das ações de todos os ciclos do Programa. A autoavaliação consiste na análise do processo de trabalho e das circunstâncias em que ele se desenvolve. O monitoramento é de natureza quantitativa. A educação permanente leva em conta a necessidade das equipes. As Secretarias e Conselhos de Saúde dão apoio institucional. Na cooperação horizontal, o foco está na troca de experiências entre equipes e gestores (BRASIL, 2015e).

Os recursos mencionados destinam-se: ao custeamento da AB no que o município julgar indispensável para prosseguir com o Programa; à recuperação das boas condições de trabalho; ao investimento em tecnologia e ao incentivo à educação permanente. O próximo tópico trata desse financiamento, ou seja, dos valores repassados e que servem de estímulo às equipes.

2.5 Financiamento do Programa

O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) são os recursos financeiros federais repassados mensalmente da esfera federal para as esferas estadual, municipal e Distrito Federal, pelo MS para financiamento das ações da APS do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a). Dos valores definidos pela Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013, o Distrito Federal e os municípios recebem, pela adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do incentivo financeiro (tabela 1) e, de acordo com a classificação de desempenho alcançado no processo de certificação, a equipe pode receber o valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (BRASIL, 2013a).

Tabela 1 – Valores relativos ao incentivo financeiro do PMAQ-AB

Equipe	Valor mensal inicial por equipe	Valor mensal integral por equipe
	(20%)	(100%)
EAB Contratualizada	1.700,00	8.500,00
Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de AB	500,00	2.500,00
NASF 1	1.000,00	5.000,00
NASF 2	600,00	3.000,00
NASF 3	400,00	2.000,00

Fonte: Elaborado pela autora, conforme Portaria MS nº 562, de 04 de abril de 2013.

Para receber os recursos, as equipes devem cumprir todas as exigências propostas para os ciclos. Esses valores podem variar conforme o desempenho e se houver a necessidade de recontratualização.

Em caso de desempenho ruim, as equipes perdem o valor do incentivo inicial, sendo necessário celebrar um termo de ajuste na contratualização. Se a classificação for regular, mantém-se o repasse do valor inicial por equipe e realiza-se uma nova contratualização. Se a classificação das equipes for boa, o incentivo financeiro passa de 20% para 60%. As equipes que atingirem um desempenho ótimo recebem integralmente o incentivo financeiro (BRASIL, 2011c). Entre 2011 e 2012, o Ministério da Saúde repassou aproximadamente R\$ 740 milhões aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios que aderiram ao PMAQ-AB. Em 2013, o investimento foi de aproximadamente R\$ 1,1 bilhão. Em 2014, R\$ 1,47 bilhão, e, no primeiro semestre de 2015, R\$ 736 milhões (BRASIL, 2015c).

3 Metodologia

O presente trabalho apoia-se em uma pesquisa bibliográfica realizada em livros e artigos científicos de diferentes autores da área de saúde, incluindo os publicados pelo Ministério da Saúde (MS) que abordam os conceitos e fases de implantação do PMAQ-AB.

Além da pesquisa bibliográfica serviram de fonte: dados de portais eletrônicos oficiais do Governo Federal, como o Portal da Saúde, onde se divulgam os resultados nacionais e subnacionais de cada etapa instituída; legislação referente à instituição do PMAQ-AB, da Atenção Básica (AB) e do Programa Saúde da Família (PSF).

O objetivo da análise dos dados é conhecer o número de municípios participantes do Programa; o número de equipes que aderiram ao PMAQ-AB no Brasil, em Minas Gerais e na cidade de Juiz de Fora (MG); e o desempenho das Equipes de Saúde da Família nesse processo de melhoramento contínuo.

4 Resultados

As políticas para a reestruturação da Atenção Básica no Brasil representam uma resposta a um conjunto de contradições apresentadas pelo sistema de serviços públicos de saúde em um contexto social de iniquidade da assistência destinada à população.

O PMAQ-AB surgiu para restaurar o serviço de saúde no país e resgatar o respeito dos usuários do SUS. Trata-se de uma estratégia da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) para melhorar a qualificação da Atenção Básica. As ações são voltadas ao tratamento dos cidadãos e têm o propósito de diminuir a desigualdade na utilização dos serviços. O Programa permite ainda traçar o perfil dos usuários das redes, verificar as condições do acesso aos serviços e, principalmente, os resultados, os quais embasam o processo de melhoramento contínuo do atendimento.

No primeiro ciclo do PMAQ-AB, em 2011, mesmo ano de lançamento, inscreveram-se 17.482 equipes distribuídas em 3.972 municípios. O segundo ciclo foi marcado pela inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e pelo início do processo de avaliação das equipes. Nessa fase, entrevistaram-se os usuários do SUS, os quais qualificaram, por exemplo, o atendimento, os serviços prestados, a infraestrutura e a disponibilidade de medicamentos nas UBS.

Um total de 15.095 equipes de 16.164 unidades e aproximadamente 60 mil usuários responderam ao questionário (BRASIL, 2015b) que contava também com questões sobre acolhimento na unidade, processos de trabalho e necessidades dos usuários. Assim, o MS pôde avaliar nas UBS dados referentes à estrutura física, acessibilidade, equipamentos utilizados para exames e disponibilidade de medicamentos. O questionário contribuiu para verificar as reais carências dos usuários e os efeitos positivos e negativos após a implantação do PMAQ-AB.

O Brasil possui 5.570 municípios (IBGE, 2015). Em 2015, o número de UBS em todo o território nacional chegou a 41.140 unidades em funcionamento, uma cobertura de 69,8% da população, e 10.825 unidades em construção. Desse total, 5.199 unidades atendem a 83,5% da população de Minas Gerais. Na cidade de Juiz de Fora (MG), 65 unidades atendem a 63,9% da população (BRASIL, 2015a). No estado de Minas, que conta com 853 municípios (IBGE, 2014), foram avaliadas 2.307 Unidades Básicas de Saúde. Os resultados estão na tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação das UBS no Estado de Minas Gerais

Estrutura física e ambiência	Número de UBS	%
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	983	42,6
Desempenho acima da média	687	29,8
Desempenho muito acima da média	637	27,6
Adaptações para deficientes e idosos	Número de UBS	%
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	1047	45,4
Desempenho acima da média	659	28,6
Desempenho muito acima da média	601	26
Equipamentos	Número de UBS	%
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	1016	44
Desempenho acima da média	1079	46,8
Desempenho muito acima da média	212	9,2
Medicamentos	Número de UBS	%
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	1295	56,1
Desempenho acima da média	692	30
Desempenho muito acima da média	320	13,9

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2015b).

No que diz respeito à estrutura física e ambiência, 42,6% das unidades mineiras apresentam condição de atendimento regular e 57,4% ótimas instalações. Quanto à acessibilidade, 45,4% das unidades ficaram abaixo da média e 54,6% já disponibilizam meios de acesso a deficientes e idosos. Com relação aos equipamentos, 44% das unidades não estão bem aparelhadas, enquanto 56% possuem os equipamentos necessários para o atendimento. Devido a sua necessidade e importância, os medicamentos alcançaram um resultado mais expressivo, 56% unidades não possuem remédios suficientes para atender regularmente aos usuários e 43,9% são abastecidas habitualmente (BRASIL, 2015b).

Ainda que fortalecidos, os vários programas públicos de saúde do Estado não atendem plenamente às necessidades dos usuários, são inúmeros obstáculos para atingir os objetivos estabelecidos pelo PSF. Existe ainda uma dificuldade com os profissionais. Muitos deles não possuem perfil para atuar no Programa, o que aumenta a rotatividade e dificulta o atendimento.

Nesse cenário, a APS vem-se fortalecendo no Estado e, por meio das ESF, tem conseguido dar ampla cobertura à população. No primeiro semestre de 2015, o desempenho de Minas Gerais foi superior ao do País, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Número de equipes da Atenção Básica – Outubro/2015

UF	Equipes de Saúde da Família		Equipes de Saúde Bucal		Agentes Comunitários de Saúde		NASF (Tipo I, II)		CEO (Tipo I, II e III)	
	Nº municípios com ESF	Equipes implantadas	Nº municípios com ESB	Equipes implantadas	Nº municípios com ACS	Nº ACS	Nº núcleos credenciados	Equipes implantadas	Nº municípios com CEO	Nº de CEO
Brasil	5.487	40.052	5.037	24.250	5.503	265.875	5.067	4.250	860	1.037
MG	850	5.145	764	2.877	850	30.189	781	709	84	91
Juiz de Fora	-	92	-	-	-	485	-	-	-	5

Fonte: Elaborado pela autora com base no DAB/SAS/MS/SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica (BRASIL, 2015d).

Em se tratando de saúde da Família, no Brasil, 98% dos municípios já contam com as Equipes de Saúde da Família, são 40.052 equipes atendendo a 69,3% da população. Em Minas Gerais, mais de 90% dos municípios têm a cobertura das equipes que atendem a 85,9% da população. Em Juiz de Fora, o ESF cobre apenas 70% da população.

Para oferecer o serviço de saúde bucal a 5.037 municípios brasileiros (de um total de 5.570), foram compostas 24.250 mil equipes, um quantitativo que representa mais de 90% de cobertura. Em Minas Gerais 2.877 equipes atendem a 89% dos municípios.

Os Agentes Comunitários de Saúde atuam em 5.503 municípios (de um total de 5.570). São 265.875 profissionais responsáveis por 63% da população. Em Minas Gerais, são contemplados 850 municípios, o que corresponde a 72% da população. Em Juiz de Fora, 485 agentes atendem a apenas 50% da população (BRASIL, 2015d).

O Ministério da Saúde credenciou 5.067 Núcleos de Apoio à Saúde da Família em todo o país. Desses, 781 desenvolvem atividades no estado de Minas Gerais.

Embora em número bem inferior à necessidade da população, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) representam um grande avanço da política pública de saúde, visto que possibilitam aos cidadãos o acesso aos serviços especializados e complementam os serviços odontológicos das UBS. Em 2015, foram implantadas 1.037 unidades em 860 municípios brasileiros. Em Minas Gerais, são 84 municípios e 91 Centros. Juiz de Fora conta com 5 Centros para atender à população local (BRASIL, 2015a).

Em 2012, Juiz de Fora foi o precursor do PMAQ-AB no Estado de Minas. No município, a adesão das equipes da rede de Atenção Primária à Saúde foi voluntária e contou inicialmente com 22 equipes (PREFEITURA..., 2012). Apesar do pioneirismo, o Programa apresenta uma cobertura menor que a média do estado mineiro e a média nacional. Os resultados do PMAQ-AB são divulgados no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB), mas recebem um tratamento deficiente no que diz respeito aos números inconclusos e parciais para acompanhamento. Um exemplo disso é que até 2015 o site não havia disponibilizado os dados referentes às Equipes de Saúde Bucal e às do NASF. Portanto, as informações publicadas não são suficientes para analisar os indicadores no município nem para traçar um perfil de desenvolvimento e compará-lo aos níveis estadual e nacional. Os serviços do PMAQ-AB em Juiz de Fora estão na contramão de uma cidade que possui uma das mais altas expectativas de vida do Brasil e que foi precursora do Programa no Estado.

De forma geral, os dados permitem apenas visualizar melhor o alcance do Programa e a mobilização dos gestores e dos profissionais em prol da inovação na qualidade do atendimento da AB. De uma forma ou de outra, o PMAQ-AB é parte relevante das estratégias do poder público nas ações permanentes de atendimento e acompanhamento da evolução da saúde.

5 Conclusão

O Ministério da Saúde visa aprimorar as ações de saúde desenvolvidas no país e o trabalho das equipes em prol do crescimento e da melhoria da Atenção Básica para os usuários do SUS.

A expressão acesso à saúde relaciona-se diretamente à universalidade, um dos princípios fundamentais do SUS e que visa garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente de raça, condição social, sexo, idade, etnia ou religião. As políticas públicas surgem na qualidade de planos de ação abrangentes para facilitar o acesso e melhorar as condições dos serviços e solucionar os problemas nessa área.

A existência de um sistema de saúde que garante à população o acesso à AB, a prevenção e a redução de doenças demonstra a preocupação crescente do poder público em fomentar, efetivar e manter um serviço capaz de proteger os indivíduos dos possíveis problemas de saúde, além de minimizar as desigualdades sociais por meio de ações de inclusão social.

No tocante ao PMAQ-AB existe uma abordagem coletiva e mais ampla que tenta criar um padrão ideal de oferta de serviços, identificando e trabalhando as dificuldades reveladas ao longo do processo para viabilizar um programa que apresente resultados positivos para a população.

Quanto aos objetivos do Programa, alguns aspectos sobressaem. Um deles é o incentivo às mudanças no modelo de atenção e também no de gestão, o qual desenvolve nos envolvidos no processo uma aptidão para o trabalho em função da satisfação dos usuários. Outro ponto é o compromisso com a lisura das informações, que servem de parâmetros de avaliação e de fonte para problematizar as necessidades sociais. Com base nos resultados divulgados do PMAQ-AB será possível discutir de forma abrangente os principais problemas e as dificuldades de acesso e de atendimento aos pacientes do SUS. Essas informações servirão também para estabelecer formas de auxiliar, qualificar e fortalecer a Atenção Básica.

Uma distribuição mais adequada dos serviços e dos profissionais de saúde tem o objetivo de atingir a qualidade técnica e humana necessária para a excelência no atendimento aos usuários, de forma a garantir a organização dos serviços da rede local considerados referência. O desafio é responder às necessidades da área, sem pensar apenas no espaço local, mas expandir e manter os projetos em andamento com o compromisso de qualidade com a Atenção Básica.

Referências

- BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011a.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2011b.
- _____. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)*. 2015a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/business-intelligence-bi/sala-de-apoio-a-gestao-estrategica-sage>>. Acesso em: 2 nov. 2015.
- _____. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)*. 2015d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 2 nov. 2015.
- _____. Fundo Nacional de Saúde. *Repasses do Dia*. 2015c. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamentoDoDia.jsf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)*. 2015b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM>. Acesso em: 03 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 562 de 04 de abril de 2013*. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html>. Acesso em: 03 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 03 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 1.645, de 2 de outubro de 2015*. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2015e. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=669&totalArquivos=908>>. DOU, Seção 1, n. 190, p. 668-669. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 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. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 3 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2013. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

CALDEIRA, A. P.; SILVA, J. M. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108, mar./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio/ago. 2006.

CONILL, Eleonor M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 24, Sup 1: S7-S27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico de 2010*. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em: 11 set. 2015.

_____. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC. Pesquisa Básica. MUNIC 2015. *Perfil dos Municípios Brasileiros 2015*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2015/default.shtm>>. Acesso em: 21 set. 2017.

MATTA, Gustavo C.; MOROSINI, Márcia Valéria G. *Atenção primária à saúde*. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MENDES, Eugênio V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

_____. Planejamento e gestão em saúde: perspectivas e tendências. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010b.

MINAS GERAIS (Estado). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Antônio Jorge de Souza Marques et al. (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008: a atenção primária à saúde: agora mais que nunca*. Brasília: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf>. Acesso em: 11 set. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Comunicação Social. *PMAQ – Juiz de Fora é a primeira cidade de Minas a lançar programa nacional de melhoria e qualidade da APS*. 2012. Disponível em: <<http://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia=34827>>. Acesso em: 3 ago. 2014.