

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

DISSERTAÇÃO

**Efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das Equipes de Saúde da Família
do estado da Paraíba no 3º ciclo do PMAQ-AB**

PEDRO CELESTINO PEREIRA NETO

**JOÃO PESSOA-PB
2022**

PEDRO CELESTINO PEREIRA NETO

**Efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das Equipes de Saúde da Família
do estado da Paraíba no 3º ciclo do PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dra. Juliana Sampaio

Prof. Dr. Jose Carlos de Lacerda Leite

Co-orientador:

Prof. Dr. Ricardo Sousa Soares

**JOÃO PESSOA
2022**

Pedro Celestino Pereira Neto

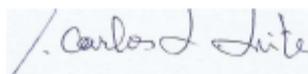
Efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das equipes de saúde da família do estado da Paraíba no 3º ciclo do PMAQ-AB

João Pessoa, 26/08/2022

Banca examinadora



Prof. Dra. Juliana Sampaio
Orientadora - DPS / CCM / UFPB



Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite
Orientador - DE / CCEN / UFPB

Prof. Dr. Ricardo de Sousa Soares
Co-orientador - DPS / CCM / UFPB

Prof. Dr. Luiz Medeiros de Araujo Lima Filho
Membro Interno - DE / CCEN / UFPB

Prof. Dr. Felipe Proença
Membro externo - DPS / CCM / UFPB

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P436e Pereira Neto, Pedro Celestino.

Efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das equipes de saúde da família do estado da Paraíba no 3º ciclo do PMAQ-AB / Pedro Celestino Pereira Neto. - João Pessoa, 2022.

115 f. : il.

Orientação: Juliana Sampaio, Jose Carlos de Lacerda Leite.

Coorientação: Ricardo de Sousa Soares.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Atenção básica a saúde. 2. Assistência à saúde.
3. Instituições de saúde. 4. Saúde da família - Estratégias. 5. Programa Mais Médicos. 6. PMAQ-AB. I. Sampaio, Juliana. II. Leite, Jose Carlos de Lacerda. III. Soares, Ricardo de Sousa. IV. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

“É como está escrito: Coisas que os olhos não viram, nem os ouvidos ouviram, nem o coração humano imaginou (Is 64,4), tais são os bens que Deus tem preparado para aqueles que o amam”

I Coríntios, 2,9

**Dedico este estudo ao Prof. Jozemar
Pereira dos Santos (*in memoriam*)**

AGRADECIMENTOS

À Trindade Santa, Deus Pai Criador de todas as coisas, Jesus Cristo Nosso Senhor e Salvador e ao Espírito Santo que nos vivifica e que renova todas as coisas!

À Virgem Santa de Fátima, da Penha, Desatadora dos nós, de tantos nomes! Nossa mãe intercessora!

Aos meus pais, Neto e Zulmira, exemplos de vida, de perseverança, de alegria e dedicação! Por todo o suporte e por não medirem esforços pelo bem da nossa família! Amo vocês eternamente!

Ao meu irmão, minhas cunhadas (os), sobrinhos (as) e a toda minha família pelas orações e torcida!

À mulher da minha vida, Michelle, por todo zelo, cuidado, paciência, renúncia e amor sem medidas que sempre me deu! Você sabe que esse mestrado não seria possível sem o teu suporte e suas orações! Muito obrigado pela nossa família, por tudo! Te amo!

Aos meus filhos Marina e Miguel, pela pureza e inocência lindas da infância de vocês! Pelo conforto na alma de cada sorriso e cada abraço! Papai ama vocês mais do que tudo nessa vida!

Ao meu compadre e amigo Gedvan por todo suporte técnico e presença! Ao amigo e Prof. Alysson Lívio pelo apoio e pelas aulas remotas! Aos amigos James e Mateus pela parceria e pela torcida!

À minha orientadora Juliana Sampaio, pela paciência, dedicação, pelo suporte teórico e emocional! Por estar sempre disponível a ajudar e pela oportunidade de trabalhar contigo. Muito obrigado!

Aos meus co-orientadores José Carlos e Ricardo Soares, pela imensa atenção que me deram, por todo suporte e presença constantes!

Às minhas amigas de turma (e da vida) Vivian Lopes Lopes e Silvana, pela amizade construída, pelas risadas e pelos desesperos superados! Essa caminhada ficou bem mais leve com a presença constante de vocês!

Resumo

O Programa Mais Médicos envolveu estratégias de reestruturação das unidades de saúde, mudanças no currículo das escolas médicas, ampliação de vagas de graduação e residência, além do provimento emergencial de médicos. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi um dos maiores programas de avaliação da Atenção Básica ocorridos no Brasil, avaliando a qualidade dos serviços e buscando ampliar acesso e melhorar essa qualidade. Uma vez que o Programa Mais Médicos foi relacionado com uma melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Básica por diferentes estudos, caberia pensar que este teria efeitos na própria avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Nesse mesmo sentido, temos como objetivo deste trabalho, uma avaliação dos efeitos do Programa Mais Médicos nas notas de certificação e nos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica das equipes no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, tipo ecológico misto, retrospectivo, longitudinal, avaliando a relação entre os dois programas. Inicialmente, avaliou-se estudos que pudessem demonstrar algum efeito do Programa Mais Médicos sobre os indicadores avaliados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Realizou-se um levantamento nas bases de dados Scielo, Pubmed e BVS / Bireme, buscando artigos cujos resultados guardassem alguma relação com as dimensões e subdimensões avaliadas neste programa. Foi avaliada a evolução das notas entre o 1º e o 3º ciclos deste programa através de um teste-t pareado e também foi realizado um teste t para amostras independentes a fim de comparar a diferença na médias das notas entre o grupo que teve pelo menos 30 meses de Programa Mais Médicos e o grupo que teve o programa por um período inferior a 30 meses. Foi avaliada ainda a relação entre o tempo de médico do Programa Mais Médicos e as notas de certificação das equipes de saúde da família, além da relação entre este programa e 34 indicadores de saúde do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Também foi realizada uma regressão linear simples a fim de se avaliar a influência do tempo do Mais Médicos na nota do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Após a verificação da contribuição do Mais Médicos para melhoria da nota do 3º ciclo, foi investigado a contribuição deste para cada um dos 34 preditores que representaram as variáveis independentes, optando-se por utilizar a técnica de análise discriminante, visando identificar quais variáveis independentes discriminam melhor entre os 2 grupos. Os resultados deste estudo foram apresentados a partir de 3 artigos, sendo o 1º artigo uma revisão integrativa acerca da relação entre o Programa Mais Médicos e as dimensões avaliadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que identificou, a partir dos estudos sobre o Mais Médicos, que este demonstrou efeitos em vários indicadores: infraestrutura; gestão do trabalho, educação permanente; visita domiciliar; acompanhamento de usuários com condições crônicas, saúde da mulher; acompanhamento às comunidades tradicionais; acesso e marcação de consultas, vínculo e responsabilização; satisfação com o cuidado; e participação do usuário. O 2º artigo comparando as notas do 1º e 3º ciclos, entre equipes que tiveram e não tiveram o Mais Médicos, identificou uma diferença estatisticamente significativa na média das notas do 3º ciclo entre o grupo 0 e o grupo 1. Por fim, um 3º artigo avaliando os efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das equipes, demonstrando os impactos positivos do programa nas notas e nos indicadores do 3º ciclo na Paraíba. Assim, foi possível concluir que o Programa Mais Médicos teve efeitos positivos no desempenho das equipes de saúde no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, mostrando a confluência dos dois programas para a qualificação das ações da Atenção Básica.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Instituições de Saúde, Recursos Humanos e Serviços, Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos, PMAQ-AB.

Abstract

The Mais Médicos Program involved restructuring strategies for health units, changes in the curriculum of medical schools, expansion of undergraduate and residency vacancies, in addition to the emergency supply of doctors. The Primary Care Access and Quality Improvement Program was one of the largest primary care assessment programs in Brazil, assessing the quality of services and seeking to expand access and improve this quality. Since the Mais Médicos Program was related to an improvement in the quality of care in Primary Care by different studies, it would be reasonable to think that this would have an effect on the evaluation of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care. In the same sense, the objective of this work is to evaluate the effects of the Mais Médicos Program on the certification scores and indicators of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care of teams in the state of Paraíba. It is a study with a quantitative approach, mixed ecological type, retrospective, longitudinal, evaluating the relationship between the two programs. Initially, studies that could demonstrate some effect of the Mais Médicos Program on the indicators evaluated by the Program for Improving Access and Quality of Primary Care were evaluated. A survey was carried out in the Scielo, Pubmed and BVS / Bireme databases, looking for articles whose results were somehow related to the dimensions and sub-dimensions evaluated in this program. The evolution of grades between the 1st and 3rd cycles of this program was evaluated through a paired t-test and a t-test for independent samples was also performed in order to compare the difference in grade averages between the group that had at least 30 months of the Mais Médicos Program and the group that had the program for a period of less than 30 months. The relationship between the length of time as a doctor in the Mais Médicos Program and the certification scores of the family health teams was also evaluated, as well as the relationship between this program and 34 health indicators of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. A simple linear regression was also performed in order to assess the influence of the Mais Médicos time on the grade of the 3rd cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. After verifying the contribution of Mais Médicos to improving the grade of the 3rd cycle, its contribution to each of the 34 predictors that represented the independent variables was investigated, choosing to use the technique of discriminant analysis, in order to identify which independent variables discriminate better between the 2 groups. The results of this study were presented from 3 articles, the 1st article being an integrative review about the relationship between the Mais Médicos Program and the dimensions evaluated by the Program for Improving Access and Quality of Primary Care, which identified, from the studies on Mais Médicos, which showed effects on several indicators: infrastructure; work management, continuing education; home visit; monitoring of users with chronic conditions, women's health; monitoring of traditional communities; access and appointment scheduling, bonding and accountability; satisfaction with care; and user participation. The 2nd article comparing the grades of the 1st and 3rd cycles, between teams that had and did not have the Mais Médicos, identified a statistically significant difference in the average of the grades of the 3rd cycle between group 0 and group 1. Finally, a 3rd article evaluating the effects of the Mais Médicos Program on the performance of the teams, demonstrating the positive impacts of the program on the grades and indicators of the 3rd cycle in Paraíba. Thus, it was possible to conclude that the Mais Médicos Program had positive effects on the performance of health teams in the Program for Improving Access and Quality of Primary Care, showing the confluence of the two programs for the qualification of Primary Care actions.

Key Words: Quality, Access and Evaluation of Health Care, Health Institutions, Human Resources and Services, Family Health Strategy, More Doctors Program, PMAQ-AB.

Sumário

1. Introdução.....	13
2. Hipótese	15
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	16
4. Referencial teórico.....	16
4.1 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB.....	16
4.2 Fases do PMAQ-AB	18
4.3 O processo de certificação das equipes.....	19
4.4 Programa Mais Médicos	22
4.5 Projeto Mais Médicos para o Brasil	24
4.6 Estudos que relacionam o PMM e o PMAQ-AB	25
5. Procedimento Metodológico	27
5.1 Cenário do estudo.....	27
5.2 Delineamento do Estudo	28
5.3 Fontes dos Dados e Variáveis do Estudo	28
5.4 Tratamento e Análise dos Dados	30
6. Resultados e Discussão	32
Artigo 1: avaliação do impacto do programa mais médicos nas notas de certificação das equipes do PMAQ-AB no estado da Paraíba.....	33
Artigo 2: Repercussões do Programa Mais Médicos nas dimensões do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma revisão integrativa	54
Artigo 3: Avaliação dos efeitos do Programa Mais Médicos nas variáveis do PMAQ-AB no estado da Paraíba.....	63
7. Considerações Finais	82
8. Referências	83
ANEXO I	88

1- Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a Atenção Básica (AB) como porta de entrada prioritária do sistema de saúde. A AB reúne um conjunto de ações que envolve a prevenção de agravos, a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, buscando cobrir a maior parte das necessidades sanitárias, além de organizar o acesso aos demais níveis de atenção (ESCOREL, 2007). Ela vem sendo uma estratégia utilizada para enfrentar o modelo individualista, curativo e hospitalocêntrico em diversos países, produzindo saúde a partir de modelos baseados principalmente na prevenção de agravos e promoção da saúde (MOROSINI, 2007).

De acordo com Felisberto (2009) e Natal et. al. (2008), a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) em 2003, deu-se início a uma agenda de aprimoramento e consolidação do SUS, buscando o fortalecimento dos processos de avaliação, sistematização e integração das atividades nos estados e municípios brasileiros. Nesse mesmo sentido, o histórico das políticas de saúde no país mostram um direcionamento das ações buscando uma maior qualificação da assistência na AB (MAGALHAES JUNIOR, 2014).

Segundo Campos (2016), em um território como o brasileiro, com proporções continentais, grande diversidade e desigualdade social, as equipes de saúde da família (EqSF) tendem a atuar de forma muito heterogênea, diversidade essa que reflete na qualidade dos serviços da AB. Além disso, existiam outros problemas urgentes no cotidiano das equipes e dos municípios, principalmente com relação aos profissionais médicos: a ausência deste profissional, a qualificação inadequada, os baixos salários e as dificuldades para a fixação destes profissionais nas regiões mais vulneráveis.

Apesar de outros programas de provimento como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976) e o PROVAB (2012), não houve, segundo Campos (2016), provimento de trabalhadores da saúde e de qualificação da infraestrutura, nem iniciativas para a formação de médicos, capazes de formar uma rede que impactasse no modelo de atenção, pelo menos até o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi um dos maiores programas de provimento do mundo, levando milhares de médicos para áreas de difícil provimento em todas as regiões do Brasil (PINTO, 2017). O Programa envolveu estratégias de reestruturação das unidades de saúde, mudanças no currículo de escolas médicas, ampliação de vagas da graduação e de

residências médicas, e provimento emergencial de médicos (BRASIL, 2015).

No eixo de formação, foi estabelecida uma meta de abrir aproximadamente 11 mil vagas de graduação em medicina, priorizando as regiões do interior. No entanto, essa meta foi superada e até o ano de 2021 o programa computou a abertura de mais de 14 mil novas vagas, chegando a 33 mil vagas de graduação em todo o país. Com relação às vagas de residência médica, foram abertas mais de 10 mil vagas, sendo que destas, aproximadamente 2.500 vagas foram de Medicina de Família e Comunidade, alcançando mais de 80% da meta estabelecida (PINTO, OLIVEIRA, SOARES, 2022).

Após a eleição de Bolsonaro em 2018 e declarações contestando a qualidade dos médicos, houve um rompimento do convênio entre os Governos brasileiro e cubano, ocasionando a saída de aproximadamente 8500 médicos cubanos do país (SANTOS, 2019). Com um novo programa denominado Médicos Pelo Brasil ainda no papel, o PMM continua sendo responsável pelo provimento de médicos no país, abrindo novos editais para a reposição de profissionais após o surgimento da pandemia do novo coronavírus (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

O PMM foi relacionado com uma melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Básica por diferentes estudos e metodologias, tendo sido relacionado a efeitos na diminuição de internações e mortalidade (HONE et al., 2020), e também na maior oferta de consultas e em mudanças nos processos de trabalho (SANTOS, 2015).

Uma iniciativa recente do governo brasileiro de avaliação da qualidade e de incentivo às equipes da AB foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos nas UBS de todo o país, propondo um padrão de qualidade que permitisse comparações entre os entes federados, nos diversos territórios (BRASIL, 2011).

Até 2021 tinham ocorridos 3 ciclos do programa, sendo o 1º deles de 2011 a 2013, o 2º ciclo de 2013 a 2015 e o 3º ciclo de 2015 a 2019, sendo o mais longo. Durante o 1º e o 2º ciclos o programa apresentou as seguintes fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Avaliação externa; e Recontratualização. No 3º ciclo, a fase de desenvolvimento tornou-se um eixo Estratégico Transversal, perpassando todas as fases, e buscando promover ações contínuas de melhoria. Durante os 3 ciclos do PMAQ-AB, o processo de certificação foi baseado em algumas dimensões importantes: a realização da auto-avaliação, a avaliação dos indicadores que foram contratualizados e a avaliação externa.

No 1º e no 2º ciclos essas etapas tiveram o mesmo peso na nota de certificação (auto-avaliação – 10% da nota; avaliação dos indicadores – 20% da nota; avaliação externa – 70% da nota). No 3º ciclo a auto-avaliação continuou correspondendo a 10% da nota, a avaliação dos indicadores passou para 30% da nota e a avaliação externa 60% da nota (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Cabe salientar que no 3º ciclo do programa, para a homologação de novas equipes nas fases de adesão e contratualização, foram priorizadas equipes participantes do PMM, sinalizando uma importância desta relação e uma sinergia destes dois programas (CAVALCANTI, FERNANDEZ, 2020).

Uma vez que o PMM teve repercussões na oferta dos serviços e no processo de trabalho das equipes, caberia pensar que este teria efeitos na própria avaliação do PMAQ-AB. Assim, este trabalho justifica-se pela possibilidade de avaliação de um possível efeito do PMM no desempenho das EqSF da Paraíba no PMAQ-AB.

Portanto, nesse período de transição de políticas e de ainda mais fragilidade nos serviços de saúde, como também pelos cortes de recursos pelas políticas de austeridade, é ainda mais importante buscar estratégias de avaliação das políticas públicas. Neste sentido, propõem-se uma avaliação dos efeitos do PMM nas notas de certificação das equipes e nos indicadores do PMAQ-AB no estado da Paraíba.

2 - Hipótese

O Programa Mais Médicos esteve relacionado com a melhoria do desempenho das Equipes de Saúde da Família da Paraíba no PMAQ-AB ?

3 - Objetivos

3.1 - Objetivo geral

Avaliar efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das Equipes de Saúde da Família da Paraíba durante o PMAQ-AB.

3.2 - Objetivos Específicos

1. Analisar estudos que avaliaram a relação entre o PMAQ-AB e o PMM;
2. Comparar as notas do PMAQ-AB das equipes compostas e não compostas por médicos do Programa Mais Médicos, analisando a variável tempo de permanência do médico na equipe;
3. Avaliar efeitos do PMM nos indicadores da Avaliação Externa no 3º ciclo do PMAQ-AB;
4. Construir um modelo que avalie os efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das Equipes no PMAQ-AB.

4 - Referencial Teórico

Diante de um novo contexto político e a partir da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2011, foram implementadas algumas propostas com a finalidade de avaliar os serviços de saúde, qualificar as estruturas físicas e os processos de trabalho das UBS, prover e fixar profissionais, além de dar mais apoio aos estados e municípios: o PMAQ-AB, o Requalifica UBS, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013). De acordo com Gomes (2020), todas estas iniciativas impulsionaram a implementação da PNAB e foram bastante importantes para o fortalecimento da AB no Brasil.

Segundo Melo (2016), a partir de então, ganham centralidade no histórico das políticas de saúde no Brasil, algumas questões importantes como a necessidade de qualificar a cobertura da população, o financiamento e as dificuldades de contratação de médicos. Estes pontos então entraram na pauta do Ministério da Saúde e do Governo Federal, destacando-se o PMAQ-AB em 2011 e, posteriormente, o PMM em 2013.

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

Do ano de 2002 até 2015, se observou um aumento de aproximadamente 60% da

cobertura de AB no Brasil, demonstrando uma importante ampliação do acesso (BRASIL, 2015). Apesar disso, Assis e Jesus (2012) avaliaram que o tema do acesso ainda precisava ser mais discutido e aperfeiçoado, porque esse acesso ainda não se dava de forma adequada, em razão de questões socioeconômicas e geográficas, por exemplo.

O aumento do interesse pela questão da qualidade dos serviços de saúde é resultado, dentre vários aspectos, da necessidade de se otimizar a utilização dos recursos públicos, cada vez mais escassos e de qualificar a atenção a partir das necessidades dos usuários dos serviços, que se demonstravam cada vez mais insatisfeitos com os serviços de saúde (SERAPIONI, 1998).

Paim et. al (2011) afirma que aspectos relacionados à qualidade da AB têm se tornado cada vez mais relevantes e, propostas que busquem produzir ações e serviços de maior qualidade podem ser uma opção interessante para atrair mais usuários para o sistema.

Sabendo-se da importância da AB como porta preferencial de entrada do Sistema de Saúde, tinha-se um panorama no Brasil onde desde a criação do PSF se investiu bastante na expansão das equipes de Saúde da Família e na ampliação da cobertura assistencial. No entanto, articulado a esta expansão, fazia-se necessário pensar na forma como essas equipes estavam atuando, de que forma a população estava tendo acesso aos serviços e qual qualidade dos mesmos (BRASIL, 2015). É nesse contexto que então o PMAQ-AB surge, no escopo do programa “Saúde mais perto de você” e da revisão da PNAB em 2011.

Apesar de desde 2005 o Ministério da Saúde apontar para a necessidade de institucionalização de ações avaliativas nos governos federal, estadual e municipal, é com o PMAQ-AB que ganham mais força as discussões acerca da ampliação do acesso e da qualidade dos serviços.

O PMAQ-AB foi um dos maiores programas de avaliação da AB ocorridos no Brasil. Contou com a participação e a colaboração de diversos atores e instituições, desde a sua gênese, até a publicação e a avaliação dos resultados. Fortaleceu a pesquisa no âmbito do SUS e trouxe para o debate os desafios de uma avaliação de tão grande porte a nível nacional (GOMES, BARBOSA, FERLA, 2016).

Com o PMAQ-AB tem-se início uma nova etapa dos processos institucionais de avaliação no país, vinculando o repasse de recursos ao alcance de melhores padrões de acesso e de qualidade das equipes, auxiliando os processos de tomada de decisão por parte dos gestores e avançando num ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (FAUSTO, et. al, 2014). Isso representou uma profunda mudança, trazendo outra lógica para

o financiamento do SUS (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2015; RODRIGUES, et al., 2012).

Durante cada ciclo, o programa também foi organizado em fases, buscando um processo contínuo de melhoria dos processos de trabalho e de gestão. No 1º e no 2º ciclos, o programa apresentou quatro fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Avaliação externa; e Recontratualização. No 3º ciclo, a fase de desenvolvimento tornou-se um eixo Estratégico Transversal, perpassando todas as fases, e buscando promover ações contínuas de melhoria em todas as etapas do programa. Após a realização da avaliação externa, recebeu uma nota e a partir dela uma certificação que determinava o valor do repasse financeiro recebido por cada equipe, a partir do desempenho alcançado nas diferentes fases do ciclo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

No 1º ciclo o programa contou com as EqSF e equipes de saúde bucal. A partir do 2º e do 3º ciclos, foram incluídas as equipes NASF e os Centros de Especialidade Odontológica (CEO), ampliando as ações para outros serviços que se articulam com a AB diretamente (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2015).

4.2 - Fases do PMAQ-AB

O PMAQ-AB foi organizado nos dois primeiros ciclos, nas seguintes fases:

Adesão - nesta fase ocorria a indicação, por parte do gestor em pactuação local, das equipes que iriam participar do PMAQ-AB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013);

Contratualização - diz respeito a pactuação de compromissos e de indicadores de saúde que foram monitorados através do SIAB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013);

Desenvolvimento – fase, que no terceiro ciclo se transforma em Eixo Estratégico Transversal, composto por processos de autoavaliação, o monitoramento de indicadores, educação permanente e apoio institucional, que caracterizam a identificação e implementação de melhorias na AB (GOMES, BARBOSA, FERLA, 2016).

Avaliação externa e certificação – A avaliação externa foi conduzida por Universidades e instituições parceiras do MS, com o intuito de avaliar as condições de acesso e a qualidade dos serviços através de um instrumento estruturado em módulos: observação na UBS (estrutura, equipamentos e insumos); entrevista com um profissional da equipe; e entrevista com os usuários. Havia ainda um módulo eletrônico com informações

complementares que era preenchido pelo gestor. A certificação era coordenada pelo MS, consolidando as notas de cada equipe de saúde ao longo de cada ciclo e atribuindo uma certificação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Recontratualização - etapa final que ocorria após a certificação das equipes e onde eram pactuados novos indicadores e compromissos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

4.3 - O processo de certificação das equipes

O processo de certificação das equipes estava baseado na autoavaliação, no monitoramento dos indicadores pactuados e na avaliação externa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

As diferenças na composição final das notas de certificação das equipes variaram durante os ciclos da seguinte forma:

Tabela 1: composição das notas de certificação das equipes ao longo dos ciclos do PMAQ-AB

Composição das Notas das Equipes			
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Auto-avaliação	10 % da nota	10 % da nota	10 % da nota
Indicadores de saúde	20% da nota	20 % da nota	30 % da nota
Avaliação Externa	70% da nota	70% da nota	60 % da nota

Com relação ao processo de auto-avaliação, no decorrer dos 3 ciclos, esta etapa permaneceu igual, com peso de 10% na nota final. Para o programa, o fato das equipes realizarem uma auto-avaliação fortalecia os demais processos e o cumprimento desta etapa foi verificado durante a avaliação externa. Nesta fase, as equipes puderam utilizar algum instrumento próprio ou o AMAQ (Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade), ferramenta disponibilizada pelo MS às equipes, para que as mesmas realizassem esta etapa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Um ponto a se destacar é que as questões trabalhadas na autoavaliação entraram necessariamente na avaliação externa, tendo em vista a necessidade de alinhamento entre

esses 2 momentos, para que as questões refletidas pela gestão e pelas equipes gerassem mudanças concretas nos serviços e isso pudesse ser captado no momento da avaliação externa (GOMES, BARBOSA, FERLA, 2016).

No 1º e no 2º ciclo, no que tange ao monitoramento dos indicadores de saúde, que corresponderam a 20% da nota final, foram utilizados 20 indicadores de áreas estratégicas para avaliar as equipes de AB. Já no 3º ciclo, o monitoramento dos indicadores de saúde foi realizado a partir de 10 indicadores e esse monitoramento correspondeu a 30% da nota final (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Na avaliação externa buscou-se verificar as condições de acesso e de qualidade das equipes a partir de um instrumento composto por diversas perguntas a serem feitas diretamente nas unidades de saúde pelos avaliadores. As questões do instrumento de avaliação externa buscavam avaliar características estruturais das UBS, disponibilidade de equipamentos e materiais, bem como elementos da organização do processo de trabalho e da satisfação dos usuários (PRATES et al., 2017). Essas questões contemplavam aspectos relacionados à PNAB, e a cada ciclo do programa os instrumentos foram revisados, com a inclusão de novos padrões de qualidade.

No 1º ciclo o instrumento de avaliação externa foi dividido em 3 módulos: módulo I – Observação na unidade básica de saúde; módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos; e módulo III – Entrevista com o usuário na unidade básica de saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização do serviço (BRASIL, 2012).

No 2º e no 3º ciclo esses instrumentos e os módulos variaram conforme o tipo de equipe avaliada (EqSF, parametrizada, NASF, Equipe de Saúde bucal, equipe CEO), mas em geral os módulos também foram relacionados a observação da Unidade, entrevista com um profissional da equipe e com um usuário (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Além desses módulos, também existia o módulo eletrônico, que era respondido pelo gestor acerca de questões complementares referentes ao apoio institucional, educação permanente, gestão do trabalho e pagamento por desempenho (BRASIL, 2015).

Com o intuito de se pontuar essas questões, foi criada uma matriz organizada a partir de dimensões e subdimensões, atribuindo valores para cada quesito, que compuseram o percentual final da nota na avaliação externa. No 1º e no 2º ciclo, a avaliação externa correspondeu a 70% da nota, enquanto no 3º ciclo foi 60%.

Durante o processo de certificação, no 1º e no 2º ciclo, as equipes foram classificadas

a partir do seu desempenho e isso determinou o montante de recursos financeiros a ser repassado para o município e o gestor. Para a classificação do desempenho das equipes, os municípios foram distribuídos em 6 estratos e o desempenho delas foi comparado às equipes do mesmo estrato, visando um maior equilíbrio na comparação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Os critérios para dividir os municípios nesses 6 estratos foram socioeconômicos e demográficos: PIB 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 desses indicadores os municípios obtiveram uma pontuação que permitiu categorizá-los em cada um dos 6 estratos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013). Assim, os municípios e as equipes foram comparados entre si dentro de um grupo comum.

Tabela 2: Desempenho das equipes no PMAQ-AB e % de recursos recebido no 1º e no 2º ciclos

Desempenho das equipes	Recursos financeiros recebidos
Insatisfatório	Não recebe
Mediano ou abaixo da média	Continua recebendo 20% do componente de qualidade do PAB
Acima da média	Recebe 60% do componente de qualidade
Muito acima da média	Recebe 100% do componente de qualidade

Fonte: BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a

No 3º ciclo essa estratificação deixou de existir, passando a ter um ponto de corte nos desempenhos das equipes. Houve então uma mudança na forma de agrupamento e no repasse de recursos, e as equipes foram então agrupadas em 5 categorias:

Tabela 3: Desempenho das equipes no PMAQ-AB e % de recursos recebido no 3º ciclo.

Desempenho das equipes	Recursos financeiros recebidos
Insatisfatório	Não recebe
Ruim	R\$ 1.120,76
Regular	R\$ 2.241,52
Bom	R\$ 5.603,80
Muito bom	R\$ 10.086,85

Desempenho das equipes	Recursos financeiros recebidos
Ótimo	R\$ 11.207,61

Fonte: BRASIL, 2015.

O padrão de qualidade do PMAQ-AB buscava afirmar os próprios princípios do SUS, enfrentando diversos desafios para melhorar os serviços e qualificando os processos de trabalho, para otimizar as práticas de saúde (MENDES, 2002).

Assim, Pinto, Souza e Ferla (2014) descreveram o PMAQ-AB como um processo de mobilização de profissionais de saúde, gestores e usuários, com o intuito de promover mudanças no processo de trabalho, com repercussão no acesso e na qualidade dos serviços.

4.4 - Programa Mais Médicos

Os problemas existentes na AB brasileira sempre foram muitos. Dentre esses, alguns merecem destaque como a escassez de médicos, a má distribuição destes profissionais nos territórios e o perfil inadequado dos profissionais que atuavam na AB. Além disso, existe uma carência maior ainda nas áreas mais vulneráveis dos municípios brasileiros (HARRIS, 2016; PINTO, 2017).

O número de médicos / habitante no Brasil estava abaixo do de vários países do mundo e da América latina. Acerca dessa baixa proporção de médicos no território brasileiro, quase metade dos municípios (42%) contava com menos de 1 médico / mil hab. (BRASIL, 2015; PINTO, 2017). Assim, além do país já ter uma proporção muito baixa, existiam muitos locais em situação ainda mais grave. No estado da Paraíba, por exemplo, a proporção era de 1,17 médicos / mil hab, abaixo da proporção nacional de 1,8 médicos / mil hab (PINTO, 2017).

Além disso, segundo Machado (1997), na década de 90 quando se deu o início do PSF, apenas 1% dos médicos eram generalistas ou médicos de família. Um número muito baixo para um país que se propunha a ter um sistema universal de saúde, baseado na AB e com o PSF como principal estratégia.

Assim, buscando enfrentar esses desafios, a partir da Medida Provisória 621, convertida na Lei 12.871/2013, criou-se então o Programa Mais Médicos, com objetivos imediatos a serem alcançados, bem como intervenções a médio e longo prazo (BRASIL, 2013).

A demanda a curto prazo de minimizar a escassez de médicos, bem como de distribuí-los com equidade nas áreas mais vulneráveis ficou a cargo do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que foi o eixo provimento do programa (BRASIL, 2013).

A médio prazo, o programa tinha como meta alcançar 600 mil profissionais e chegar a uma proporção de 2,7 médicos / mil hab., e para alcançá-la, seria necessário formar mais médicos, com um perfil mais alinhado à AB e distribuí-los de forma mais equânime nos territórios. Assim, a partir de novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina, se propôs a abertura de novas vagas de graduação e Residência médica a partir de uma outra lógica, priorizando locais com maior déficit e em regiões do interior (BRASIL, 2015). A meta era abrir cerca de 11 mil novas vagas de graduação, mas segundo Pinto, Oliveira e Soares (2022), o programa abriu cerca de 14 mil novas vagas de graduação e 10 mil vagas de Residência em todas as regiões do país.

Outrossim, apesar dessas mudanças propostas para a formação médica valer tanto para as instituições públicas quanto para as particulares, o que ocorreu foi uma expansão das vagas através de grupos educacionais privados (CAMPOS, 2016).

Em consonância com diretrizes internacionais para enfrentar a problemática da escassez e da fixação de médicos, o PMM propôs intervenções na política educacional da formação médica e na política de regulação através do eixo formação do programa. Pretendia-se assim garantir vagas de Residência médica para todos os egressos, priorizando a Medicina de Família e Comunidade e outras especialidades estratégicas para o SUS. Assim, essa questão da insuficiência de especialistas, bem como da importância das Residências no âmbito da fixação de profissionais, também entrou na pauta. Outra mudança importante na Lei do PMM foi relacionada ao internato, que exigia que 1/3 da realização deste deveria ser na AB e nas redes de urgência e emergência (BRASIL, 2015).

O outro eixo estratégico do PMM estava relacionado à infraestrutura das UBS. Segundo Campos (2008), a infraestrutura dos serviços de saúde afeta a satisfação e dificulta o provimento de médicos na AB. Apesar da Lei 12.871 determinar um prazo para que as UBS tivessem melhores equipamentos e condições de estrutura, já existia um programa com objetivos semelhantes em vigor desde 2011, o Programa Requalifica UBS (BRASIL, 2011), que foi incorporado pelo PMM e que no contexto deste, teve um importante incremento nos seus recursos, chegando a valores em torno de R\$ 5 bilhões no ano de 2015 para reformas e construções de novas unidades (BRASIL, 2015).

Estudos comprovam que o PMM foi bastante importante para a melhoria da

infraestrutura das UBS, demonstrando que os recursos investidos nesse eixo foram aplicados e proporcionaram melhores condições de trabalho para os profissionais e melhor atendimento para a população (MOURÃO NETTO et al, 2018). No entanto, conforme aponta Giovanella (2016), os investimentos na infraestrutura das UBS favoreceram mais as Unidades que já possuíam “alguma estrutura”, em detrimento das que possuíam as piores condições. Nesse mesmo sentido, essas unidades também receberam menos médicos do PMM.

4.5 - Projeto Mais Médicos para o Brasil - Eixo provimento

O problema histórico da escassez de médicos e da dificuldade de fixação de profissionais inibia o aumento da cobertura da ESF e da AB, e isso precisava ser enfrentado de forma urgente. De acordo com Harris (2016), essa demanda foi assumida pelo PMM através da estratégia emergencial para aumentar o número de médicos na AB num menor espaço de tempo possível.

No entanto, esse problema não era algo exclusivo do Brasil. Para enfrentá-lo, assim como em outros países, recrutou-se médicos estrangeiros para suprir essa carência de profissionais, principalmente em áreas de difícil acesso (BRASIL 2015). Porém, antes dos médicos estrangeiros, deu-se prioridade para médicos brasileiros formados no Brasil e os médicos brasileiros formados fora do país. Após esses é que foram convocados os médicos estrangeiros formados no exterior e os médicos cubanos advindos da Cooperação Internacional com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2013; PINTO, 2017).

O provimento emergencial foi uma primeira ação que buscava dar uma resposta rápida e imediata ao problema da falta de acesso da população ao atendimento médico na AB. Porém, a ação de provimento isoladamente não era o ideal. Seriam necessárias ações para garantir que os médicos contratados permanecessem um tempo razoável nas equipes, de modo a garantir uma continuidade do trabalho e do cuidado. Para isso, o programa ofertou cursos de especialização, educação permanente, apoio clínico por meio de ferramentas à distância, além da remuneração financeira através das bolsas (PINTO, et. al, 2017).

Um estudo realizado por Oliveira et. al. (2015) traz que somente no período de 2013-2014, 3.785 municípios receberam mais de 14 mil médicos do PMM. Isso corresponde a um percentual de 68% de adesão dos municípios em menos de 2 anos de vigência do programa.

Além dos quase 2 mil médicos brasileiros, o PMM recrutou 12.616 médicos estrangeiros. Destes, cerca de 80% eram cubanos provenientes do convênio com a OPAS, o governo brasileiro e o Ministerio de Salud Pública de Cuba (OLIVEIRA, et al., 2015).

Na Paraíba, que foi o 6º estado do Nordeste que mais recebeu médicos do PMM, atuaram no ano de 2016 cerca de 400 médicos do PMM em aproximadamente 30% das EqSF do estado (NOGUEIRA et al. 2016; MELO NETO, 2019).

4.6 - Estudos que relacionam o PMAQ-AB e o PMM

A partir da PNAB, foram elencadas como prioridade para o SUS, dentre outras questões, o enfrentamento dos problemas relativos à falta e a má distribuição de médicos no país, bem como a necessidade de ampliação e qualificação da AB (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB e o PMM foram iniciativas do governo federal que surgiram no escopo da PNAB de 2011 e que foram bastante coerentes com as diretrizes dessa nova política. Foram programas sinérgicos à PNAB que, somados a outras iniciativas como o PROVAB e o Requalifica UBS, buscaram enfrentar os problemas que dificultavam a expansão da AB no Brasil (BRASIL, 2011).

Além da ocorrência concomitante dos 2 programas, sabe-se que ambos buscavam priorizar, valorizar e intervir na AB através de seus objetivos. O PMM foi um dos maiores programas de provimento do mundo e o PMAQ-AB, um dos maiores programas de avaliação e pagamento por desempenho da AB. A partir da magnitude destes, destacamos aqui uma primeira questão, sobre a adesão voluntária aos 2 programas. Pisco (2006) discute que avaliações que busquem melhorar a qualidade dos serviços devem ser de livre adesão, contínuas e capazes de instituir uma cultura avaliativa e sem punições.

Nesse sentido o PMAQ-AB no estado da Paraíba esteve bem alinhado, tendo em vista a adesão crescente ao longo dos 3 ciclos, com 625 equipes certificadas no 1º ciclo, 1.228 equipes certificadas no 2º ciclo e 1.382 equipes certificadas no 3º ciclo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2019).

Apesar da adesão voluntária dos municípios e médicos que se inscreveram no programa, o PMM foi uma resposta do governo federal a uma demanda dos próprios municípios que, com dificuldades para atrair médicos, realizaram a campanha “Cadê o médico?” da Frente Nacional dos Prefeitos, para pressionar a gestão federal (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, nos primeiros anos do programa tivemos a adesão de 2/3 dos municípios do país ao PMM (PINTO, 2017). Com relação aos profissionais, o programa brasileiro guardou características distintas de outros países onde se usa da estratégia do serviço civil obrigatório para levar médicos a áreas de difícil provimento, e, no modelo brasileiro, a adesão também foi voluntária.

Avaliando os poucos estudos que tratam da relação entre os 2 programas, Mezadri (2017) demonstrou que o PMM teve um impacto positivo nos indicadores do PMAQ-AB, em comparação com municípios que não receberam o PMM, porém, efeitos diretos nas notas de certificação das equipes não foram analisados.

Além dos indicadores apontados pela autora como organização da agenda, planejamento das ações, promoção da saúde e satisfação dos usuários (MEZADRI, 2017), é possível que outros indicadores também possam ter contribuído para uma melhora das notas das equipes no estado da Paraíba, além do tempo de médico nas equipes.

Um outro estudo também analisou esta relação do PMM e do PMAQ-AB (GIOVANELLA et. al, 2016). Utilizou-se variáveis do PMAQ-AB relacionadas a infraestrutura para categorizar tipos de UBS e comparar a inserção de médicos do PMM nessas Unidades, segundo critérios de qualidade de infraestrutura.

Ao se comparar os dados do PMAQ-AB e do PMM, Giovanella et. al. (2016) constata efeitos importantes do PMM no sentido de complementar equipes que já tinham médico e de completar outras que estavam sem médico ou com alta rotatividade profissional. Ainda segundo esse estudo, a presença do médico nas equipes através do PMM e os processos avaliativos possibilitados pelo PMAQ-AB, potencializaram uma melhor qualificação das equipes e das UBS.

Em outro estudo analisado, concluiu-se também que apenas após a chegada de médicos do PMM no município de Campos dos Goytacazes-RJ é que as equipes puderam participar do PMAQ-AB no 3º ciclo. Isso foi um importante avanço para o município e para as equipes, particularmente pelo incremento de recursos financeiros recebidos e pelas repercussões nos serviços prestados aos usuários (VARGAS, 2016). Portanto, caberia também pensar que neste município o PMM teve efeitos diretos na avaliação do PMAQ-AB.

No Brasil, o SUS se propõe a ser universal, tendo a AB e a ESF como importantes pilares. No entanto, temos que da forma como é proposta, a ESF só será efetiva a partir da superação de alguns desafios como a fixação e a qualificação de profissionais médicos na AB (GIOVANELLA, et. al. 2009). Porém não é suficiente a presença do médico. Seria necessário

que este profissional tivesse condições de permanecer por um tempo razoável nas equipes, para gerar vínculo e produzir um cuidado efetivo. Além disso, também seria necessário que ele tivesse um perfil coerente com a proposta da AB, com formação generalista, por exemplo.

Assim, seria necessário se ter condições de ampliar ainda mais o acesso e dar mais qualidade à assistência prestada à população. Diante disso trazemos a proposta de entender melhor a relação entre um programa que avalia acesso e qualidade e outro que traz importantes ferramentas para efetivá-las.

Uma outra questão a ser considerada na articulação entre os 2 programas é a infraestrutura e as condições de funcionamento das unidades. Estas questões foram dimensões avaliadas pelo PMAQ-AB durante a avaliação externa nos 3 ciclos e também foi um dos eixos de intervenção do PMM, a partir do incremento dos recursos financeiros e da incorporação do Requalifica UBS pelo PMM, buscando melhorias na estrutura das Unidades de Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

Algumas outras questões ainda poderiam ser feitas sobre a relação entre esses programas. Por exemplo, em que medida a presença do PMM influenciou no desempenho das EqSF ao longo dos ciclos do PMAQ? A partir dos efeitos do PMM na oferta de serviços e no processo de trabalho das equipes, é possível que este programa tenha apresentado algum impacto na avaliação do PMAQ-AB?

Entendemos que esses dois programas tiveram um impacto importante nas equipes, nos serviços e na assistência à saúde dos usuários, ampliando o acesso da população e fomentando uma maior resolutividade da AB. Tais aspectos também justificam nosso interesse em pesquisar tal relação.

5 - Procedimento Metodológico

5.1 - Cenário do estudo

O cenário do estudo foi composto pelas EqSF participantes do PMAQ-AB e do PMM nos municípios do estado da Paraíba, no período de novembro de 2015 a outubro de 2018. Foram consideradas na análise as equipes que foram certificadas no PMAQ-AB e as EqSF que tiveram médicos do PMM durante este período no estado da Paraíba.

A Paraíba possui 223 municípios e 1468 equipes de saúde localizadas em 3 macrorregiões de saúde. Destas, 1.382 equipes de todos os municípios paraibanos foram

certificadas no terceiro ciclo do PMAQ-AB e compuseram a amostra do estudo (BRASIL, 2018).

O estudo partiu do tempo do PMM nas equipes de saúde da família, comparando as notas da certificação e o comportamento de 34 indicadores do PMAQ-AB das equipes que participaram do PMM com as equipes que não participaram do programa.

5.2 - Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, tipo ecológico misto, retrospectivo, longitudinal, avaliando a relação entre o PMM e o PMAQ-AB no estado da Paraíba.

Foram analisadas e comparadas as notas de certificação das equipes no 3º ciclo do PMAQ-AB em função da presença de médicos do PMM nas equipes. Além disso, foi avaliada a relação entre esse tempo de médico nas equipes e 34 indicadores de saúde do PMAQ-AB.

Foi verificada uma possível relação entre as variáveis analisadas, avaliando se a presença de médicos do PMM nas equipes gerou algum efeito nas notas finais de certificação das equipes e nos 34 indicadores do PMAQ-AB.

5.3 - Fontes dos Dados e Variáveis do Estudo

Foram utilizados dados dos estudos que demonstraram interfaces entre o PMM e o PMAQ-AB, as notas de certificação e os microdados da avaliação externa do PMAQ-AB. Os dados do PMM e do PMAQ-AB foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, além de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Também foram utilizados dados do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) para a disponibilidade do quantitativo de médicos do programa entre 2015 e 2018. Para a definição da quantidade de médicos e presença ou não de médicos do PMM, foi considerada a presença ou não na equipe de saúde de médicos do PMM. A equipe de saúde foi sinalizada pelo Identificador Nacional de Equipe (INE).

Considerando que o instrumento de avaliação externa contempla aspectos da infraestrutura das UBS e também questões relacionadas aos processos de trabalho das equipes, a partir dos objetivos deste estudo, foram selecionadas apenas variáveis contidas no módulo II do instrumento, tendo em vista que nesse módulo são avaliadas questões de processo de trabalho.

Embora as variáveis selecionadas estejam restritas ao módulo II, elas estão relacionadas a importantes dimensões do PMAQ-AB. Assim, foram selecionados os microdados do módulo II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB (entrevista com o profissional da AB e verificação de documentos) e as 311 questões do módulo II foram agrupadas em 34 categorias (indicadores), que foram as variáveis independentes do estudo. Criou-se um escore para cada uma dessas variáveis independentes a partir das respostas das equipes na avaliação externa. A partir das respostas, a equipe obteve um escore positivo, negativo ou nulo, de modo que o somatório das perguntas gerou o escore final das variáveis (ANEXO I).

As variáveis elegíveis para o estudo foram: notas finais de certificação do PMAQ-AB; 34 indicadores do módulo II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB; EqSF e médicos que participaram concomitantemente do PMM e do PMAQ-AB na Paraíba.

Abaixo listamos os 34 indicadores e no anexo I apresentamos os escores de pontuação para cada uma dessas variáveis.

Tabela 4: Indicadores avaliados do 3º ciclo do PMAQ-AB.

Variável	Descrição	Tipo de variável
1	Atenção a Criança < 2 anos	Não categórica
2	Atenção ao câncer de colo e de mama	Não categórica
3	Práticas Integrativas e Complementares	Não categórica
4	Planejamento familiar	Não categórica
5	Parceria com a academia da saúde	Não categórica
6	Relação da AB com outros pontos da rede	Não categórica
7	Apoio matricial para as EAB	Não categórica
8	Ações de combate ao aedes	Não categórica
9	Planejamento e apoio institucional	Não categórica
10	Atenção à pessoa com Hipertensão	Não categórica
11	Atenção à pessoa com Tuberculose	Não categórica
12	Visita domiciliar	Não categórica
13	Territorialização e população de referência	Não categórica
14	Atenção a pessoa com Diabetes Mellitus	Não categórica
15	Articulação entre NASF e equipe	Não categórica

Variável	Descrição	Tipo de variável
16	Organização dos prontuários na UBS	Não categórica
17	Acesso ao NASF	Não categórica
18	Composição das equipes NASF	Não categórica
19	Atenção ao pré-natal e puerpério	Não categórica
20	Participação, controle social, satisfação	Não categórica
21	Organização da agenda	Não categórica
22	Educação Permanente dos profissionais da AB	Não categórica
23	Atenção à Pessoa com deficiência - PCD	Não categórica
24	Atenção a pessoa em Sofrimento psíquico	Não categórica
25	Atividades na escola e PSE	Não categórica
26	Qualificação do cuidado a partir do NASF	Não categórica
27	População Rural, indígenas, comunidades tradicionais	Não categórica
28	Oferta de serviços	Não categórica
29	Atenção à pessoa com obesidade	Não categórica
30	Atenção a pessoa com Hanseníase	Não categórica
31	Acolhimento à demanda espontânea	Não categórica
32	Bolsa família	Não categórica
33	Telessaúde na AB	Não categórica
34	Promoção à saúde	Não categórica

Fonte: elaboração própria.

5.4 - Tratamento e análise dos dados

Inicialmente foram avaliados os estudos sobre o PMM cujos resultados demonstraram alguma interface com as dimensões analisadas no PMAQ-AB.

Posteriormente, avaliou-se a evolução das notas de certificação das equipes entre o 1º e o 3º ciclos do PMAQ-AB através de um teste-t pareado, a fim de se constatar se as médias das notas melhoraram ou pioraram entre os 2 períodos. Foram realizadas análises para a definição e comparação dos grupos, considerando a presença ou não em pelo menos 1 mês do programa e considerando a presença do médico em pelo menos 30, dos 36 meses avaliados.

Considerando que no 1º ciclo do PMAQ-AB não havia médicos do PMM em nenhuma

equipe e que no 3º ciclo apenas uma parte das equipes aderiram ao PMM, buscou-se avaliar em qual grupo de equipes (PMM ou NÃO PMM) houve uma evolução significativa das notas.

Em seguida foi realizada uma regressão linear simples a fim de avaliar se o tempo do PMM teve influência na nota do 3º ciclo do PMAQ-AB, dado que neste período os 2 programas coincidiram. Considerou-se o tempo em meses de médico do PMM nas equipes como preditor e a nota do 3º ciclo do PMAQ-AB como desfecho. Considerando as 898 equipes que fizeram parte da análise, foram realizados novos testes para definição dos grupos Mais Médicos (Grupo 1) e NÃO PMM (Grupo 0), considerando a presença ou não do médico em pelo menos 30 meses do programa, dado que o efeito do tempo do PMM nas notas de certificação só fora observado a partir deste recorte temporal. Delimitou-se o período em 36 meses, tendo em vista o limite de 3 anos de contrato dos médicos do programa.

Após a verificação da contribuição do PMM para melhoria da nota do PMAQ-AB, foi investigado a contribuição do PMM para cada um dos 34 preditores que representam as variáveis independentes do PMAQ-AB. Assim, optou-se por utilizar a técnica de análise discriminante visando identificar quais variáveis independentes discriminam melhor entre os 2 grupos. Com isso foi possível identificar se as equipes com mais tempo do PMM tiveram melhores desempenhos nas variáveis do PMAQ-AB quando comparadas com equipes que tiveram menos tempo do PMM.

Para o modelo teórico proposto, buscou-se verificar as variáveis que, associadas a um tempo maior de médico do PMM, tem relação com um melhor desempenho no PMAQ-AB. A partir das variáveis e das análises propostas, foi possível comprovar a hipótese de que o PMM no estado da Paraíba esteve relacionado com uma melhoria da qualidade das equipes. Por fim, buscamos explicar uma possível relação entre os programas, bem como um possível efeito do PMM nas notas de certificação e nos indicadores do PMAQ-AB.

A sistematização do banco de dados e a análise estatística foram realizadas no Microsoft Office Excel 2013, no R versão 4.2.1 e no IBM® SPSS® Statistics versão 18.

6 - Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo estão apresentados a partir de 3 artigos, sendo o 1º artigo uma revisão integrativa da literatura, submetido ao periódico científico “Saúde em Debate”, o 2º artigo já publicado nos ANAIS do VI Congresso Nacional de Ensino e Pesquisa em Ciências – CONAPESC e um 3º artigo que versa sobre os efeitos do PMM nas notas e nos indicadores do 3º ciclo do PMAQ-AB, que também será submetido a um periódico científico.

O 1º artigo é uma revisão integrativa da literatura sobre o Programa Mais Médicos e o PMAQ-AB e tem como título “**Repercussões do Programa Mais Médicos nas dimensões do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma revisão integrativa**”. Este artigo buscou encontrar interfaces entre o PMM e o PMAQ-AB, analisando estudos que avaliaram a relação entre esses 2 programas, alcançando o 1º objetivo dessa pesquisa. A partir dessa revisão estruturou-se uma avaliação da repercussão do PMM nos indicadores do PMAQ-AB, utilizando-se como objeto de análise as dimensões e subdimensões avaliadas durante a avaliação externa para a certificação das equipes participantes do PMAQ-AB.

O 2º artigo, intitulado “**avaliação do impacto do programa mais médicos nas notas de certificação das equipes do PMAQ-AB no estado da Paraíba**”, teve como objetivo avaliar um possível impacto do PMM nas notas do PMAQ-AB, comparando-se o 1º e o 3º ciclos do programa. A avaliação deste impacto foi feita a partir da comparação das médias das notas das equipes, em função do tempo que cada equipe teve ou não médico do PMM, atingindo o 2º objetivo dessa pesquisa de comparar as notas do PMAQ-AB de equipes que tiveram o PMM por um período maior de tempo com equipes que tiveram o PMM por menos tempo.

O 3º Artigo é um estudo predominantemente quantitativo, a partir das análises estatísticas propostas na metodologia descrita anteriormente. No trabalho intitulado “**Avaliação dos efeitos do PMM nas variáveis do PMAQ-AB no Estado da Paraíba**” propomos um modelo teórico de avaliação dos efeitos do PMM nas notas de certificação e nos indicadores do PMAQ-AB das equipes de saúde da família do estado da Paraíba, e com esse estudo alcançamos os objetivos 3 e 4 da pesquisa, de avaliar efeitos do PMM nos indicadores do PMAQ-AB e de construir um modelo que avalie os efeitos do PMM no desempenho das Equipes no PMAQ-AB.

Artigo 1 - Repercussões do Programa Mais Médicos nas dimensões do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma revisão integrativa.

Repercussions of the Mais Médicos Program on the dimensions of the Program to Improve Access and Quality of Primary Care: an integrative review.

Resumo

O Programa Mais Médicos impactou em várias dimensões do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, assim, é possível considerar alguma relação entre esses programas. Avaliou-se efeitos do Mais Médicos nos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir de uma revisão integrativa e tem-se enquanto questão norteadora: estudos sobre o Mais Médicos demonstraram efeitos no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica? Assim, fez-se um levantamento na Scielo, Pubmed e BVS e chegou-se a 19 artigos, cujos resultados demonstraram relação entre os 2 programas. Foram encontrados estudos apontando que a falta de insumos dificulta diversas atividades, além da importância do Programa Mais Médicos para a melhoria da infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde. Foram encontrados trabalhos relacionando o Mais Médicos a atividades de educação permanente e garantia de direitos. Também foram encontrados estudos relacionados ao aumento de visitas domiciliares, ao enfrentamento das condições crônicas, aos indicadores de saúde da mulher, além do acompanhamento de comunidades tradicionais. Por fim, foram encontrados estudos relacionados ao aumento de consultas, geração de vínculo e responsabilização. A satisfação e a participação popular também estiveram relacionadas ao Mais Médicos. Assim, vários indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foram sensíveis ao Programa Mais Médicos, e pôde-se apontar interfaces entre esses programas, mas o fim de ambos pode levar a uma descontinuidade dessas melhorias.

Palavras chave: Avaliação; Indicadores de Saúde; Programa Mais Médicos; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Abstract

The Mais Médicos Program had an impact on several dimensions of the Primary Care Access and Quality Improvement Program, so it is possible to consider some relationship between these programs. The effects of Mais Médicos on the indicators of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care were evaluated based on an integrative review and the guiding question was: studies on Mais Médicos demonstrated effects in the Program for Improving Access and Quality of Primary Care? Thus, a survey was carried out in Scielo, Pubmed and BVS and 19 articles were found, the results of which showed a relationship between the 2 programs. Studies were found pointing out that the lack of supplies hinders several activities, in addition to the importance of the Mais Médicos Program for improving the infrastructure in Basic Health Units. Studies were found relating Mais Médicos to continuing education activities and guaranteeing rights. Studies were also found related to the increase in home visits, coping with chronic conditions, women's health indicators, in addition to monitoring traditional communities. Finally, studies related to the increase in consultations, bond generation and accountability were found. Satisfaction and popular participation were also related to Mais Médicos. Thus, several indicators of the Primary Care Access and Quality Improvement Program were sensitive to the Mais Médicos Program, and interfaces between

these programs could be pointed out, but the end of both can lead to a discontinuity of these improvements.

Keywords: Evaluation; Health Indicators; More Doctors Program; Program to Improve Access and Quality of Primary Care.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a Atenção Básica (AB) como sua porta de entrada prioritária. Ela se caracteriza como um nível de atenção responsável por um conjunto de ações que envolve a prevenção de agravos, a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, buscando atender a maior parte das necessidades sanitárias, além de organizar o acesso aos demais níveis de atenção¹.

A AB tem como principais equipamentos as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e se organiza pelos atributos da acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. No entanto, conforme Xavier², construir um modelo de atenção à saúde baseado nestes atributos é bastante complexo, exigindo qualificação da atenção, além de instrumentos que permitam avaliar permanentemente esta qualidade.

Dentre os diversos problemas existentes na AB, merecem destaque a escassez de médicos, a má distribuição destes profissionais nos territórios, o perfil inadequado dos profissionais e a necessidade de ampliação e qualificação da AB^{3,4}.

Buscando enfrentar esses desafios, no início da segunda década dos anos 2000 foram criados o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos (PMM) como importantes dispositivos de implementação da PNAB que, associados a outros programas como o Requalifica UBS e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), impulsionaram o fortalecimento da AB no Brasil⁵.

O PMM foi um dos maiores programas de provimento e o PMAQ-AB, um dos maiores programas de avaliação e pagamento por desempenho da AB já ocorridos no Brasil. Ambos buscaram priorizar e valorizar a AB através de seus objetivos, além de enfrentar os problemas que dificultavam sua expansão no país^{3,6}.

O PMM foi criado a partir da Lei 12.871/2013, com objetivos imediatos a serem alcançados, bem como intervenções a médio e longo prazo⁷. A curto prazo buscou-se minimizar a escassez de médicos e distribuí-los com equidade nas áreas mais vulneráveis, através do Projeto Mais Médicos para o Brasil, eixo provimento do programa. Ainda no curto

prazo, foi proposto um segundo eixo estratégico do PMM, relacionado à melhoria da infraestrutura das UBS que, segundo Campos⁸, é um fator que afeta a satisfação e também interfere no provimento de médicos na AB. Assim, a partir do PMM foi feito um importante incremento financeiro no Programa Requalifica UBS, que buscava intervir neste problema desde 2011, procurando dotar as UBS de melhores condições de infraestrutura, chegando ao investimento de aproximadamente R\$ 5 bilhões de reais no ano de 2015 para reformas e construções de novas unidades de saúde³. Por fim, a médio e longo prazo, o programa propôs intervenções na política educacional da formação médica e na política de regulação dos cursos médicos, através do eixo formação do programa. Assim, a partir das novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina, se propôs a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, priorizando locais com maior déficit desses profissionais e em regiões do interior^{3,7}.

O PMAQ-AB, implementado em 2011, teve o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços através da avaliação de indicadores da assistência e da gestão da AB dos municípios⁹. Estes indicadores foram organizados em Dimensões e Subdimensões, sendo os primeiros temas mais amplos que agrupam um conjunto de perguntas específicas (subdimensões). Essas questões foram pontuadas na fase da avaliação externa do programa e compuseram a nota de certificação das equipes.

O PMAQ-AB foi um programa que teve 3 ciclos ao longo dos seus quase 10 anos de vigência. O 1º ciclo ocorreu de 2011 a 2013, o 2º ciclo de 2013 a 2015 e o 3º ciclo de 2015 a 2019. Durante o 1º e o 2º ciclos o programa apresentou as seguintes fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Avaliação externa; e Recontratualização. No 3º ciclo, a fase de desenvolvimento tornou-se um eixo Estratégico Transversal, perpassando todas as fases, e buscando promover ações contínuas de melhoria. Após a avaliação externa, recebeu uma nota e uma certificação que determinava o recurso a ser recebido por cada equipe, a partir do desempenho alcançado^{6,9,10}.

O processo de certificação foi baseado em algumas dimensões importantes: a realização da auto-avaliação, a avaliação dos indicadores que foram contratualizados e a avaliação externa. No 1º e no 2º ciclos essas etapas tiveram o mesmo peso na nota de certificação (auto-avaliação – 10% da nota; avaliação dos indicadores – 20% da nota; avaliação externa – 70% da nota). No 3º ciclo a auto-avaliação continuou correspondendo a

10% da nota, a avaliação dos indicadores passou para 30% da nota e a avaliação externa 60% da nota ^{6,9,10}.

Ao longo dos 3 ciclos do PMAQ-AB as dimensões avaliadas para certificação foram: 1. Gestão Municipal para o desenvolvimento da AB; 2. Estrutura e condições de funcionamento das UBS; 3. Valorização do Trabalhador; 4. Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e 5. Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário ^{6,9,10}.

No que tange às subdimensões do PMAQ-AB, estas se modificaram um pouco ao longo dos 3 ciclos, sendo algumas categorias suprimidas e outras requalificadas. Na tabela 1 abaixo estão descritas dimensões e subdimensões do 3º ciclo do PMAQ-AB.

Tabela 1: Dimensões e subdimensões do 3º ciclo do PMAQ-AB

Dimensões do PMAQ-AB	Subdimensões do PMAQ-AB
Dimensão I: Gestão Municipal para o desenvolvimento da AB:	Subdimensões: Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe; Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica;
Dimensão II: Estrutura e condições de funcionamento das UBS	Subdimensões: Funcionamento da Unidade de Saúde; Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da Unidade Básica de Saúde; Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde; Informatização, Conectividade e Telessaúde; Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde; Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde; Medicamentos
Dimensão III: Valorização do Trabalhador	Subdimensões: Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo; Plano de Carreira e Remuneração Variável; Educação Permanente.
Dimensão IV: Acesso e Qualidade da Atenção e organização do processo de trabalho.	Subdimensões: Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica e Apoio Institucional; Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica; Acolhimento à Demanda Espontânea; Oferta de Serviços; Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade; Saúde da Mulher e da Criança; Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase); Ações de vigilância e prevenção às doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti; Atenção à pessoa em sofrimento psíquico; Visita Domiciliar da equipe e Cuidado Realizado no Domicílio; Promoção à Saúde; População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas; Participação do Usuário e Controle Social.

Dimensões do PMAQ-AB	Subdimensões do PMAQ-AB
Dimensão V: Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário	Subdimensões: Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea; Vínculo e Responsabilização; Visita Domiciliar do ACS; Ações de Combate às Doenças Transmitidas pelo Aedes aegypti; Saúde bucal; Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários; Satisfação com o cuidado.

Fonte: Brasil, 2018

Além do impacto no provimento de médicos, vários estudos relacionam o PMM a uma melhora significativa dos indicadores de saúde de vários municípios do país, com destaque para o aumento no número de consultas e visitas domiciliares, diminuição dos índices de internação e mortalidade, melhor organização dos processos de trabalho e maior satisfação dos usuários ^{4,11,12,13,14,15}.

Tendo em vista os indicadores de saúde que foram avaliados pelo PMAQ-AB, a presença dos 2 programas em várias equipes e os impactos do PMM em vários desses indicadores, é possível considerar que o PMM tenha influenciado de alguma forma nos resultados obtidos pelas equipes de saúde no PMAQ-AB.

Assim, diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi estruturar uma avaliação dos efeitos do PMM nos indicadores do PMAQ-AB a partir de uma revisão integrativa da literatura sobre o PMM, buscando encontrar interfaces entre esse programa e o PMAQ-AB.

Material e métodos

Partiu-se do pressuposto de que a existência concomitante dos dois programas poderia gerar algum efeito de um sobre o outro, a partir da inserção de ambos na AB e na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, tem-se enquanto questão norteadora desta revisão, a seguinte pergunta: existem estudos que demonstram alguma relação entre o PMM e o PMAQ-AB?

Buscando responder tal questão, inicialmente fez-se um levantamento nas bases de dados Scielo, Pubmed e BVS / Bireme, buscando artigos que relacionassem os descritores Programa Mais Médicos e PMAQ-AB. Utilizou-se como critérios de inclusão das buscas: artigos publicados nos últimos 5 anos (2015-2020), escritos em língua portuguesa ou inglesa e com texto completo disponível.

A partir dessa busca, encontrou-se apenas 2 artigos que relacionavam diretamente os dois programas, avaliando simultaneamente ambos^{16,17}.

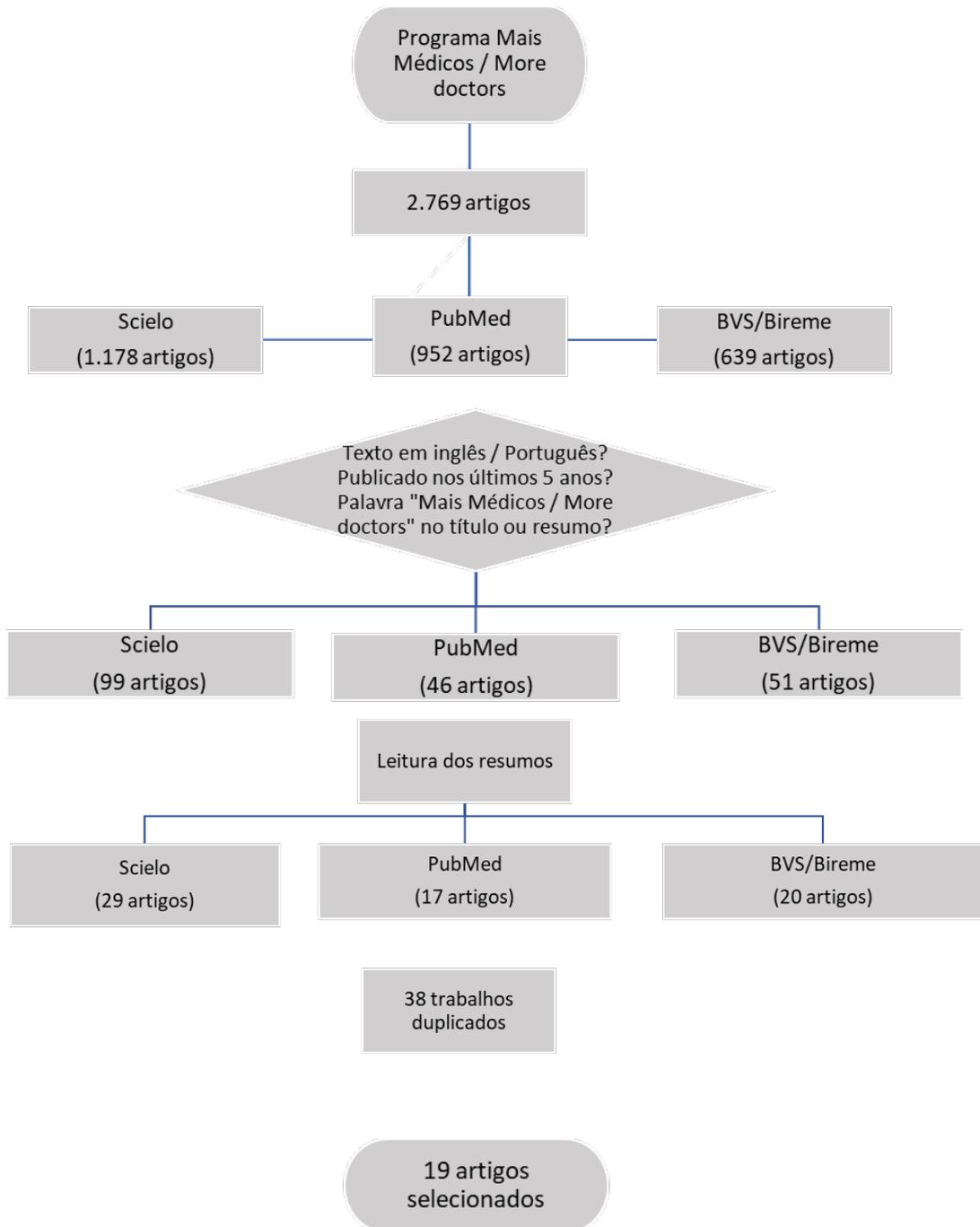
Frente ao baixo número de artigos encontrados, optou-se por fazer uma busca mais ampla dos artigos sobre o PMM utilizando como descritores as palavras “Programa Mais Médicos” ou “More doctors” a partir de uma nova questão norteadora: Os estudos que tratam sobre o PMM demonstraram algum efeito deste programa nos indicadores avaliados pelo PMAQ-AB?

O foco no 3º ciclo do PMAQ-AB, se justificou por este ser um período em que coincide bem a execução dos 2 programas, por isso um dos critérios de inclusão desta revisão foi selecionar artigos publicados a partir de 2015, haja vista que neste período o PMM estava se consolidando, com importantes resultados mensuráveis, e o PMAQ-AB já estava no seu 3º ciclo.

Utilizou-se as mesmas bases de dados e os mesmos critérios de inclusão das buscas: artigos publicados nos últimos 5 anos (2015-2020), escritos em língua portuguesa ou inglesa, com texto completo disponível. No entanto, avaliou-se os trabalhos cujos resultados guardassem alguma relação com as dimensões e subdimensões analisadas na avaliação externa do PMAQ-AB. Foram excluídos da análise os artigos que não se enquadraram nos critérios expostos e cujos resultados não tenham demonstrado efeito nas dimensões mensuradas pelo PMAQ-AB.

Conforme apresentado na figura 1, temos a partir das bases de dados consultadas uma amostra bastante expressiva de artigos sobre o PMM: na Scielo foram encontrados 1.178 artigos, no Pubmed 952 e na BVS/Bireme 639 trabalhos. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão discriminados anteriormente, chegou-se a uma amostra menor em cada base de dados: Scielo - 99 artigos; Pubmed - 46 artigos; BVS/Bireme - 51 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos dos 196 artigos, chegou-se a uma amostra de 29 artigos na Scielo, 17 artigos no Pubmed e 20 artigos da BVS/Bireme, a partir do entendimento que estes trabalhos apresentaram alguma relação com as dimensões e subdimensões de avaliação do PMAQ-AB. Após esta etapa, retirou-se os artigos duplicados que foram encontrados simultaneamente em 2 ou 3 bases de dados, chegando a um total de 19 artigos. Procedeu-se então a leitura completa dos trabalhos a fim de avaliar mais profundamente a relação dos resultados dos dois programas analisados.

Figura 1: Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos artigos para a revisão integrativa; Critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos avaliados; bases de dados pesquisadas e trabalhos selecionados



Resultados e Discussões

Na literatura, foram encontrados inúmeros artigos que tratam do PMM. Porém, conforme descrito anteriormente, este estudo pretendeu avaliar trabalhos que apresentem possíveis efeitos do PMM no PMAQ-AB, e, assim, os resultados apresentados tratam de pesquisas sobre o PMM, cujos resultados guardam relação com os indicadores avaliados pelo PMAQ-AB. Os indicadores do PMAQ-AB foram organizados em dimensões e subdimensões da avaliação externa do programa. Assim, apresentamos na tabela abaixo os trabalhos sobre o PMM relacionando-os com os indicadores do PMAQ-AB ⁶.

Tabela 2: Artigos sobre o PMM relacionados às Dimensões e subdimensões do PMAQ-AB

Dimensões e subdimensões do PMAQ-AB		Artigos sobre o PMM
Dimensão I: Gestão Municipal para o desenvolvimento da AB	Subdimensões: Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe; Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica;	
Dimensão II: Estrutura e condições de funcionamento das UBS	Subdimensões: Funcionamento da Unidade de Saúde; Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da Unidade Básica de Saúde; Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde; Informatização, Conectividade e Telessaúde; Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde; Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde; Medicamentos	Girardi (2016); Giovanela (2016); Mourão Netto, (2018);
Dimensão III: Valorização do Trabalhador	Subdimensões: Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo; Plano de Carreira e Remuneração Variável; Educação Permanente.	Nogueira (2020); Herval (2017).
Dimensão IV: Acesso e Qualidade da Atenção e organização do processo de trabalho.	Subdimensões: Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica e Apoio Institucional; Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica; Acolhimento à Demanda Espontânea; Oferta de Serviços; Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade; Saúde da Mulher e da Criança; Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase); Ações de vigilância e prevenção às doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti; Atenção à pessoa em sofrimento psíquico; Visita Domiciliar da equipe e Cuidado Realizado no Domicílio; Promoção à Saúde; População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas; Participação do Usuário e Controle Social.	Alencar (2016); Bertão (2015); Pereira (2015); Pereira (2017); Silva et al (2016); Herval (2017); Santos et al (2020); Martin et al (2020); Carneiro et al (2018); Franco, Almeida, Giovanela (2018)

Dimensões e subdimensões do PMAQ-AB		Artigos sobre o PMM
Dimensão V: Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário	Subdimensões: Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea; Vínculo e Responsabilização; Visita Domiciliar do ACS; Ações de Combate às Doenças Transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i> ; Saúde bucal; Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários; Satisfação com o cuidado.	Abreu (2018); Alencar (2016); Bertão (2015); Herval (2017); Silva et al (2016); Pereira (2017) Gasparini e Furtado (2018); Gonçalves (2019); Franco, Almeida, Giovanella (2018); Miranda (2020); Martin et al (2020); Carneiro et al (2018); Protasio (2017); Mourão Netto, (2018)

Fonte: elaboração própria.

A seguir, apresentamos os resultados dos estudos encontrados, procurando demonstrar uma relação entre os dois programas, organizando sua discussão a partir das dimensões e subdimensões da avaliação do PMAQ-AB.

Dimensão I - Gestão Municipal para o desenvolvimento da AB

Esta dimensão considera ações realizadas pela gestão da AB para apoiar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

As subdimensões aqui avaliadas tratam de aspectos relativos à realização de reuniões das equipes, de atividades de planejamento, do acesso a informações e outras ferramentas para ajudar na análise da situação de saúde da população adscrita, a existência de gerentes nas unidades e de normas para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe). Também avaliam se a equipe recebe apoio da gestão e apoio matricial (Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica) ⁶.

A partir do levantamento realizado, não foram encontrados estudos nesta revisão que apontassem efeitos do PMM sobre estas dimensões e subdimensões avaliadas no PMAQ-AB.

Dimensão II - Estrutura e condições de funcionamento das UBS.

Dentro desta dimensão, o PMAQ-AB considerou as características estruturais das UBS e a disponibilidade de insumos para as EAB.

Nesta dimensão foram avaliadas 7 subdimensões, que tratavam de questões relativas à estrutura e ao funcionamento da Unidade de Saúde, avaliando os horários de funcionamento da Unidade, se é adaptada para cadeirantes, suas características estruturais, de ambiência e sinalização. Também avaliam a existência e as condições de uso de equipamentos, materiais, insumos, vacinas e medicamentos, além da informatização ⁶.

Além de ser uma dimensão avaliada pelo PMAQ-AB, a infraestrutura das UBS também é um dos eixos de intervenção do PMM. Alguns autores (consideram que embora a estrutura física de um serviço não garanta por si só uma boa qualidade na assistência prestada, ela é essencial para um bom desempenho profissional, favorece a permanência deste no local de trabalho e os ajuda a prestar um melhor atendimento à população ^{8,17}.

Nesta direção, Girardi et al¹⁸ apontam que a falta de infraestrutura, de insumos e de medicamentos dificultam a realização de diversas atividades por parte dos profissionais, impactando na prestação de um cuidado mais qualificado e na ampliação do leque de ações na AB.

Estudos como o Giovanella et al¹⁷ e Mourão Netto et al¹⁹ evidenciam que o PMM foi bastante importante para a melhoria da infraestrutura nas UBS, demonstrando que os recursos investidos proporcionaram melhores condições de trabalho para os profissionais e melhor atendimento para a população.

De acordo com Giovanella¹⁷, aspectos positivos da infraestrutura das Unidades, somados a processos de trabalho adequados das equipes, são formas de se alcançar melhores resultados em saúde. Nesse sentido, conforme os estudos sugerem, a partir do PMM as EAB tiveram a sua capacidade de ofertar serviços ampliada, na medida em que foram garantidas melhores condições de trabalho e uma ambiência melhor para os usuários.

Dimensão III - Valorização do trabalhador

Esta dimensão considera questões acerca da atuação da gestão para qualificação das EAB e do vínculo de trabalho⁶.

As subdimensões que avaliaram os aspectos relativos à valorização do trabalhador investigaram a existência de direitos trabalhistas e previdenciários, a perspectiva da continuidade do vínculo dos profissionais, a existência de plano de carreira e remuneração, a progressão profissional por desempenho, antiguidade e titulação. Além destas questões,

foram avaliadas a participação dos profissionais da AB em ações de educação permanente, bem como atividades ligadas ao Programa Telessaúde⁶.

Abordando esses aspectos foram encontrados dois trabalhos, sendo um destes relacionado às estratégias e a infraestrutura de núcleos de educação permanente para os profissionais do PMM²⁰. Nos municípios avaliados nesse estudo, esse aspecto potencializou os processos de trabalho nas EAB e melhorou também a assistência à população²⁰.

Para se efetivar a Educação Permanente em Saúde (EPS), segundo Ceccim²¹, faz-se necessário implementar no cotidiano dos serviços, espaços de discussão e análise da prática do trabalho, tendo neste cotidiano um espaço aberto à reflexão e à produção de subjetividade, transformando a relação usuário-profissional num objeto de problematização e de produção do conhecimento. Dados os resultados encontrados na pesquisa de Nogueira et al²⁰, percebe-se que o PMM provocou a gestão dos municípios pesquisados a refletirem e reorganizarem as práticas da gestão do trabalho a partir das necessidades dos territórios, das equipes e do próprio PMM.

Acerca da discussão sobre a valorização do trabalhador e a garantia de direitos trabalhistas, não foram encontrados estudos nesta revisão que relacionassem o PMM a estas questões, além do estudo de Herval¹² que discute as dificuldades dos municípios para fixar profissionais, especialmente médicos, e sugere que a universalidade da cobertura carece de uma carreira nacional para os médicos e demais profissionais do SUS. De acordo com Herval¹² e Costa et al.²², temos na inexistência de uma carreira nacional e de vínculos trabalhistas mais sólidos um importante empecilho para o desenvolvimento da ESF, tendo em vista a instabilidade e a rotatividade dos profissionais nas equipes, que acaba prejudicando o vínculo com a comunidade e conseqüentemente o cuidado ali produzido.

Dimensão IV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho.

Nesta dimensão foram consideradas questões relativas à organização do processo de trabalho, verificadas as ações de atenção à saúde aos usuários com condições crônicas, mulheres e crianças, bem como a populações rurais, assentados, quilombolas e indígenas. Avaliava ainda as ações das equipes com relação às pessoas em sofrimento psíquico, ações de prevenção e vigilância às doenças transmitidas pelo *aedes aegypti*, como também do atendimento aos usuários com suspeita de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela⁶.

Com relação à visita domiciliar da equipe, essa subdimensão avaliou os protocolos, a periodicidade e a classificação de risco para a realização das visitas na área adscrita. Avaliou ainda a “promoção à saúde”, a partir de ações direcionadas para os diferentes grupos, bem como as ações de mobilização dos usuários para discussão de questões que afetam à coletividade. Por fim, avaliou a participação do usuário e controle social, analisando os canais de comunicação da unidade com os usuários e a existência de conselho local de saúde ou outros espaços de participação⁶.

Esta dimensão contém o maior número de subdimensões avaliadas no PMAQ-AB e foi a categoria que apresentou o 2º maior número de artigos, tendo sido encontrados 10 estudos relacionados a mesma.

Os estudos sobre o PMM relacionados a esta dimensão demonstraram resultados importantes no aumento de visitas domiciliares nos municípios estudados, com efeitos bastantes positivos^{11,12,15}.

De acordo com Alencar¹¹ e Rocha et al²³, a partir da inserção dos profissionais no contexto onde os usuários vivem, possibilita-se a construção de novos e melhores processos de cuidado para a população. Nesse sentido, a visita domiciliar contribui significativamente para uma compreensão ampliada do processo de saúde/doença/cuidado, permitindo um espaço dialógico entre profissionais e usuários, construindo práticas de saúde mais integrais e gerando também mais autonomia e protagonismo dos usuários no seu próprio cuidado.

O aumento considerável no número de visitas domiciliares da equipe, atrelado também ao aumento no número de consultas realizadas refletiu inclusive na melhora dos indicadores gerais de saúde dos municípios estudados, fato diretamente relacionado à implantação do PMM^{11,15}. Além disso, segundo Herval¹², a reorganização dos processos de trabalho relacionados à visita domiciliar permitiu uma qualificação maior do cuidado prestado aos usuários.

Outra subdimensão que esteve relacionada aos estudos sobre o PMM foi o acompanhamento dos usuários com condições crônicas (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase), tendo sido encontrados 4 estudos que demonstram efeitos do PMM nessa subdimensão^{11,24,25,26}.

Segundo Mendes²⁷, estima-se que as condições crônicas respondem por mais de 80% da carga de doenças no Brasil, sendo a principal causa de morbimortalidade, estando associadas não apenas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (diabetes, doenças cardiovasculares e o câncer), mas também às doenças infecciosas como hanseníase,

tuberculose e HIV/AIDS e as condições relativas à maternidade e ao puerpério, os transtornos psíquicos, deficiências físicas, doenças metabólicas e bucais.

Nesse sentido, a partir dos estudos analisados, percebe-se uma contribuição importante do PMM no enfrentamento a essas condições, tendo em vista o aumento considerável na busca ativa e um acompanhamento mais qualificado dos casos de Tuberculose e Hanseníase¹¹, das consultas de usuários com DST/AIDS²⁶, Hipertensão Arterial Sistêmica²⁴ e Diabetes Mellitus²⁵.

Os estudos relacionam os efeitos do PMM em linhas de cuidado específicas e que são importantes causas de morbimortalidade. Assim, nos cenários avaliados, percebe-se que a partir do PMM o cuidado prestado pelas equipes como um todo tornou-se bem mais qualificado, refletindo em indicadores prioritários para a AB, com impactos diretos na saúde da população^{11,15,24,25,26}.

Dois estudos analisados sobre o PMM estiveram relacionados a subdimensões que tratam de aspectos da saúde da mulher, demonstrando melhora significativa nos indicadores de pré-natal e de acompanhamento desse público específico^{28,29}. Segundo Almeida, Caldas e Alves³⁰, a maior parte da população brasileira é composta por mulheres e estas são as que mais frequentam os serviços de saúde, sendo um grupo social em situação vulnerável. Apesar de ter uma expectativa de vida maior do que os homens, elas engravidam e tem sua saúde influenciada por questões de raça, etnia e pobreza, além de aspectos relacionados à discriminação no trabalho e a sobrecarga com as atividades domésticas³¹.

Os indicadores da Saúde da Mulher avaliados nestes estudos fazem parte do Plano Nacional de Saúde e também são prioridades locais, principalmente por se tratar de territórios com alta vulnerabilidade e com dificuldades de implantar e implementar a ESF. Assim, os melhores indicadores de Pré-Natal, o maior número de consultas de gestantes e puérperas, a diminuição das internações e da mortalidade materno-infantil refletem um olhar diferenciado dos profissionais do PMM e um cuidado mais qualificado à população^{28,29}. Nesse sentido, considerando que as políticas voltadas à saúde da mulher se desenvolvem principalmente na AB, temos que o PMAQ-AB e o PMM estiveram em consonância com essas políticas, buscando avaliar e intervir nas ações relativas à saúde da mulher com bastante êxito, melhorando os indicadores de saúde deste grupo específico.

Além destes, outra subdimensão a qual o PMM esteve relacionado foi o acompanhamento específico às comunidades tradicionais e comunidades quilombolas³². Alguns marcos legais como a Portaria n° 1.434 / 2004 e a Política Nacional de Saúde Integral

à População Negra regulamentam a instalação de UBS em territórios rurais, assentamentos e comunidades quilombolas. No entanto, além de Pereira³², Arruti³³ e Freitas et al³⁴ também enfatizam que os indicadores sociais e de saúde dessas comunidades eram bastante desiguais e mais baixos que a sociedade em geral, afetados principalmente pela vulnerabilidade social desses povos e também pelos aspectos geográficos, dado que a maioria dessas comunidades estão em áreas remotas e de difícil acesso. Apesar dos esforços legais, o estudo de Pereira³² traz que o acesso dessas comunidades ao sistema formal de saúde era bastante deficitário, por vezes contando com atendimento médico na própria comunidade apenas 1 vez por mês. Tais aspectos demonstraram a urgência de investimento público nessas comunidades tradicionais, que historicamente convivem com altos índices de pobreza e baixos indicadores de saúde³⁵. Nesse sentido, visando superar essas iniquidades, o PMM elencou como público prioritário essas comunidades, demonstrando importantes resultados, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, também prioritárias para o Programa, conforme demonstrado no estudo de Pereira³².

No que tange a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, Franco, Almeida e Giovanella³⁶ discutem as dificuldades no manejo dos casos de saúde mental por parte dos médicos do PMM, particularmente casos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, também referem importante apoio recebido das equipes do NASF para o acompanhamento desses casos. Apesar deste apoio, a falta de capacitação dos profissionais, associada a contextos de vulnerabilidade e violência, potencializam a dificuldade em lidar com estes casos nas UBS estudadas, sugerindo que o PMM teve limitações em apresentar impactos nessa dimensão do PMAQ-AB. O referido estudo sugere ainda como dificuldade para lidar com casos de saúde mental a formação especializada dos médicos do PMM, especialmente os médicos estrangeiros. O estudo da OPAS³⁷ relacionado ao PMM também apontou limitações dos profissionais do PMM no manejo do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Dimensão V - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

Esta dimensão avalia aspectos relacionados ao acesso à marcação de consultas, acolhimento, vínculo, responsabilização e a satisfação dos usuários com o serviço, e possui oito subdimensões categorizadas. Essas subdimensões avaliam as condições gerais de acesso dos usuários (Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde), avaliam o tempo de espera, a satisfação e a resolutividade da equipe (acolhimento à demanda espontânea), além da privacidade e tempo nas consultas, da atenção, do respeito e do acesso aos profissionais;

avaliam também a realização de visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde (ACS) e o acompanhamento dos usuários para outros serviços (Vínculo e Responsabilização; Visita Domiciliar)⁶.

As outras subdimensões desta categoria avaliam as ações de combate ao *aedes aegypti*, a marcação de consultas e o atendimento de saúde bucal, as formas de participação dos usuários (ouvidorias e Conselhos locais de saúde) e a avaliação sobre o cuidado recebido (satisfação com o cuidado)⁶.

A partir dessas subdimensões, foram encontrados 14 estudos sobre o PMM relacionados a quatro delas: acesso e marcação de consultas; vínculo e responsabilização; satisfação com o cuidado; participação do usuário. Essa foi a categoria com o maior número de estudos encontrados.

Ao mesmo tempo em que o PMAQ-AB avalia o acesso às consultas na UBS, 6 estudos sobre o PMM evidenciaram um aumento importante no número de consultas médicas disponibilizadas e realizadas pelas EAB^{15,19,28,29,39}. Cabe salientar que o maior número de estudos encontrados está relacionado a este indicador do PMAQ-AB, corroborando com os achados da literatura sobre o PMM^{4,11,40}.

Dentre os principais objetivos do PMAQ-AB está a ampliação do acesso aos serviços de saúde da AB e, neste sentido, pode-se inferir que o PMM logrou bastante êxito, haja vista o grande número de estudos que constata esse aspecto, especialmente em regiões mais vulneráveis e com maiores barreiras de acesso.

A geração de vínculo com os usuários e a responsabilização das equipes para com eles foi outro aspecto que esteve relacionado aos estudos sobre o PMM^{36,41,42}. O vínculo e a responsabilização entre profissionais de saúde e usuários são tecnologias essenciais para superar o modelo assistencial hegemônico, na perspectiva da qualificação do cuidado. De acordo com Campos⁴³, o vínculo envolve o afeto entre as pessoas, e, através dele, busca-se gerar autonomia dos usuários. É uma ferramenta que possibilita a troca de conhecimentos entre trabalhadores e usuários, buscando a produção do cuidado na lógica da corresponsabilização⁴⁴.

O vínculo e a responsabilização do cuidado são aspectos fortemente encontrados nos estudos sobre o PMM, que contribuem significativamente para a qualificação da atenção. Para Miranda⁴² estes produzem confiança mútua entre os atores envolvidos, tornando o processo de cuidado mais horizontal e afetivo. Esta confiança está relacionada às rotinas do processo de trabalho e à presença constante dos médicos do PMM nas equipes. Haja vista que a presença

dos médicos do PMM estava garantida por 32 horas semanais, os usuários tinham a segurança de encontrar sempre os médicos na Unidade, gerando confiança e conseqüentemente mais satisfação.

A satisfação dos usuários com o cuidado recebido também esteve relacionada ao PMM. Em geral, os usuários estiveram bastante satisfeitos com o atendimento prestado pelos médicos e pelas equipes^{41,42,45,46}.

A participação dos usuários também esteve relacionada ao PMM. O trabalho de Bertrão²⁴ destaca que o profissional do PMM teve um olhar diferenciado para a demanda e para o território estudado, articulando a criação de um conselho do idoso no município estudado. O controle social e a participação popular são diretrizes fundamentais do SUS que tornam os processos na AB mais democráticos e alinhados às necessidades de saúde da população. O fato do PMM favorecer esse tipo de prática demonstra um alinhamento do programa aos princípios do SUS e possibilita que decisões sejam tomadas a partir da opinião e da realidade dos próprios usuários.

Considerações Finais

Conforme observado, vários indicadores do PMAQ-AB foram sensíveis às intervenções do PMM, apontando para uma melhoria da qualidade do cuidado na AB. Apesar dos programas terem objetivos distintos, ambos convergiram para o fortalecimento deste nível de atenção e para a melhoria do acesso à saúde da população.

Dadas as repercussões do PMM nos indicadores de saúde, na oferta dos serviços e no processo de trabalho das equipes, sugere-se a partir dos estudos sobre o PMM que este demonstrou efeitos em vários indicadores do PMAQ-AB: infraestrutura; gestão do trabalho, educação permanente; visita domiciliar; acompanhamento de usuários com condições crônicas, saúde da mulher; acompanhamento às comunidades tradicionais; acesso e marcação de consultas, vínculo e responsabilização; satisfação com o cuidado; e participação do usuário.

Assim, a partir dos trabalhos e da discussão apresentada nesta revisão, pôde-se apontar algumas interfaces entre esses programas. No entanto, outros estudos são necessários para investigar melhor essa relação e aprofundar os efeitos do PMM nos indicadores do PMAQ-AB, inclusive comparando dados do PMAQ-AB de equipes que tiveram médico do PMM, com aquelas que não tiveram o PMM durante a vigência do PMAQ-AB.

Não obstante, com o fim do PMAQ-AB e a continuidade do PMM sob outro formato (Médicos pelo Brasil), pode haver uma descontinuidade e uma desconstrução das melhorias observadas na AB e nos indicadores de saúde, haja vista que o programa Previne Brasil, vigente a partir de 2018, ainda é bastante incipiente e parece não ter o alcance de programas como PMAQ-AB e o PMM.

Referências

- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 [acesso em 2020 Dez 20]; 21(2):164-76. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/11.pdf.
- Xavier MF. Satisfação de usuários e responsividade de unidades básicas de saúde: elaboração de um questionário e evidências de sua validade. [Dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2019. 139 p. [acesso em 2020 Dez 21]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/38527>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Mais Médicos, Dois Anos: Mais Saúde para os brasileiros. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2015.
- Pinto HA, Oliveira FPD, Santana JSS, et al. Programa Mais Médicos: Avaliando a Implantação do Eixo Provisório de 2013 a 2015. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017 [acesso em 2021 nov 20]; (21):1087-1101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jQFNJdPtts4Tc7Dvctjp9Dh/abstract/?lang=pt>.
- Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 [acesso em 2021 Mai 30]; 25(4):1327-1337. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/abstract/?lang=pt>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf
- Brasil. Lei no 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Out 2013. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011_2014/2013/lei/112871.html.
- Campos CVDA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*. 2008 [acesso em 2021 Nov 22]; 42(2): 347-368. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/abstract/?lang=pt>.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf

Agostinho Alencar AP, Xavier SPL, da Silva Laurentino PA, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de um Município do sertão central nordestino. *Gestão e Sociedade*. 2016 [acesso em 2021 Jun 17]; 10(26): 1290-1301. Disponível em: <https://ges.emnuvens.com.br/gestaoesociedade/article/view/2085>.

Herval AM, Rodrigues ET. Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017 [acesso em 2021 Jun 17]; (21): 1325-1332. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SxGzpFS9fmfx73PyHcc3xdq/?lang=pt&format=html>.

Hone T, Powell-Jackson T, Santos LMP, et al. Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. *BMC health services research*. 2020 [acesso em 2021 Jun 17]; 20(1): 1-11. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-020-05716-2>.

Kovacs R, Barreto JOM, da Silva EN, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *The Lancet Global Health*. 2021 [acesso em 2021 Jun 17]; 9(3), 331-339. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20304800>.

Pereira LL, Pacheco L. Os desafios do Programa Mais Médicos na oferta e garantia de atenção integral à saúde no meio rural da região amazônica, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017 [acesso em 2021 Jun 15]; (21): 1181-1192. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7X65VXdhKtRXty8WTRJbS4v/?lang=pt&format=html>

Mezadri T, Salvi M, de Lacerda LLV, et al. Impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em municípios catarinenses. *Saúde & Transformação Social*. 2017 [acesso em 2021 Jun 15]; 8(3): 38-47. Disponível em: <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4740>.

Giovanella L, Mendonça MHMD, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016 [2021 Jun 14]; 21(9): 2697–2708. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MSpNV3dX6w3YMSWQXkdKNzB/abstract/?lang=pt>

Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [acesso em 2021 Jun 14]; (21): 2739-2748. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KVHfJkH95VCzyss3DKqfqXG/?lang=pt&format=html>.

Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 Jun 14]; 42(2): Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e2/>

Nogueira PTA, Bezerra AFB, Silva KSDB. O Programa Mais Médicos na ótica dos gestores municipais do estado de Pernambuco, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020 [acesso em 2021 Jun 8]; (24): 1-15. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2020.v24/e200018/pt/>.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-comunicação, saúde, educação*. 2005 [acesso em 2022 Fev 10]; (9): 161-168. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/>.

Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em debate*. 2014 [acesso em 2021 Jun 15]; (38): 733-743. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n103/733-743/>.

Rocha KB, Conz J, Barcinski M, et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2017 [acesso em 2021 Jun 18]; 18(1): 170-185. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481015.pdf>.

Bertão IR. A Atuação de um Médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de estratégia de saúde da família. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*. 2015 [acesso em Jul 2021 20]; 9(4): 217-224. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1739>.

Santos MDPRD, Albuquerque MDSVD, Lyra T, et al. Qualidade da atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus no Programa Mais Médicos, em um município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil. *Saúde em Debate*. 2020 [acesso em Jul 2021 20]; (44): 384-399. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Sc66ByXqKycW4YrgXXWRVJy/abstract/?lang=pt>

Silva BPD, Stockmann D, Lúcio DDS, et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [acesso em Jul 2021 22]; (21): 2899-2906. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rgMfcWkHWyXpHP7fbfcNx/abstract/?lang=pt>.

Mendes EV. A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 [2021 Jul 24]; (23): 431-436. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB/abstract/?lang=pt>.

Carneiro VB, Maia CRM, Ramos EMLS, et al. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 [acesso em 2021 Jul 20]; 23(7): 2413-2422. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hL6Q7WcqpPNhBC3fZ8T3pz/abstract/?lang=pt>.

Martin DG, Castro SOCD, Paula CHD, et al. Programa Mais Médicos e indicadores da atenção primária à saúde em Minas Gerais (2013-2015). *REAd. Revista Eletrônica de Administração*. 2020 [acesso em 2021 Jul 22]; (26): 352-380. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/zWWFgKn8ydQStrjG8vjWt4pv/abstract/?lang=pt>.

Almeida DMQ, de Brito Caldas EMC, Alves PSBP. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde da mulher no município de Tabira. *Journal of Management & Primary Health Care*. 2012 [acesso em 2021 Jul 23]; 3(1): 3-6. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/111>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2021 Jul 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.

Pereira LL, da Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*. 2015 [acesso em 2021 Jul 25]; 7(16): 28-51. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Leonor-Santos-5/publication/285200508_projeto_mais_medicos_para_o_brasil_estudo_de_caso_em_comunidades_quilombolas/links/59db9e83aca2728e20180146/projeto-mais-medicos-para-o-brasil-estudo-de-caso-em-comunidades-quilombolas.pdf.

Arruti JM. Políticas públicas para quilombos: Terra, saúde e educação. In: M Paula, R. Heringer. Organizadores. *Caminhos convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll; 2009. p. 75-109. RJ: 2009.

Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, et al. Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão de literatura. *Revista CEFAC*. 2011 [acesso em 2021 Ago 01]; 13(5): 937-943. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/abstract/?lang=pt>.

Santos RCD, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*. 2014 [acesso em 2021 Ago 03]; (23): 1049-1063. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gPRJN7x56C6vVwYYRxRDRQr/abstract/?lang=pt>.

Franco CM, Almeida PFD, Giovanella, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 Jul 25]; 34(9): 1-17. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n9/e00102917/>.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro: mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília, DF: OPAS; 2016.

Silva TRBD, Silva JDV, Pontes AGV, et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2021 Jul 27]; (21): 2861-2869. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/d6mMc87jj9BrLzQRW4wcnFB/?format=html&lang=pt>.

Gonçalves RF, Bezerra AFB, Tanaka OY, et al. Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste. *Revista de Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2021 Jun 12]; (53): Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/5jFVxpjVrGGqrT7VxNDLVmn/abstract/?lang=pt>.

Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 [acesso em 2021 Mai 30]; (20): 3547-3552. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mFYpCXL3q4XknsR58Pk5gmS/abstract/?lang=pt>.

Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde em debate*. [acesso em 2021 Mai 30]; (43): 30-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WZngDzp5b9SqPn7Y9SMxRwQ/abstract/?lang=pt>.

Miranda D, Lima RDCGS. Confiança: valor-fonte da experiência de usuários com o Programa Mais Médicos em um município catarinense. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020 [acesso em 2021 Mai 29]; (24): 1-14. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/TV68dH64nKf9ymvtbKYK4Yc/abstract/?lang=pt>.

Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 2. ed. São Paulo; Hucitec; 2005.

Nascimento MAA, Santos, SCMC, Assis MMA, et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família*. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 113-126.

Protásio, APL, Gomes, LB, Machado, LDS, et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde das Regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 [acesso em 2021 Fev 18]; (22): 1829-1844. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/t8zsv95FtwB9Gjwz36NYbkm/abstract/?lang=pt>.

Abreu DMXD, Araújo LHL, Reis CMRD, et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018 [acesso em 2021 Fev 18]; (27): <https://www.scielo.br/j/ress/a/XX6GJtLZckPnqfvQ4FpN5Cc/abstract/?lang=pt>.

ARTIGO 2 - Avaliação do Impacto do Programa Mais Médicos nas Notas de Certificação das Equipes do PMAQ-AB no Estado da Paraíba.

Evaluation of the Impact of the Mais Médicos Program on the Certification Scores of the Pmaq-AB Teams in the State of Paraíba.

Resumo

O Programa Mais Médicos foi um dos maiores programas de provimento do mundo e foi relacionado com uma melhoria da qualidade do cuidado por diferentes estudos. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica avaliou a qualidade dos serviços, buscando ampliar acesso e melhorar essa qualidade. Entendendo que o Mais Médicos repercutiu nos serviços e nas equipes, caberia pensar que este teria efeitos na avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Assim, este trabalho objetiva avaliar um impacto do Programa Mais Médicos nas notas de certificação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Trata-se de um estudo que avalia a relação entre os dois programas na Paraíba, através de 2 análises, considerando a presença ou não de médico do PMM em pelo menos 1 mês do programa, e considerando a presença do médico em pelo menos 30, dos 36 meses avaliados. Buscou-se avaliar a evolução das notas das equipes entre o 1º e o 3º ciclos através de um teste-t pareado e comparou-se as médias das notas do 3º ciclo para os 2 grupos através de um teste t para amostras independentes, com nível de significância de 5%. Na comparação das médias das notas do 3º ciclo, observa-se uma diferença estatisticamente significativa de 2,41 pontos entre a média destas notas ($p < 0,05$), apontando que as notas do grupo que teve médico do Programa Mais Médicos por mais tempo são superiores à média das notas do grupo que teve médico por um período menor de tempo.

Palavras-chave: Programa mais médicos, programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, impacto, avaliação.

Abstract

The Mais Médicos Program was one of the largest provision programs in the world and was linked to an improvement in the quality of care by different studies. The Primary Care Access and Quality Improvement Program evaluated the quality of services, seeking to expand access and improve this quality. Understanding that Mais Médicos had repercussions on services and teams, it would be reasonable to think that it would have an effect on the evaluation of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Thus, this work aims to evaluate the impact of the Mais Médicos Program on the certification scores of the Access and Quality Improvement Program in Primary Care. This is a study that evaluates the relationship between the two programs in Paraíba, through 2 analyses, considering the presence or not of a PMM doctor in at least 1 month of the program, and considering the presence of the doctor in at least 30, of the 36 months evaluated. We sought to evaluate the evolution of the teams' grades between the 1st and 3rd cycles through a paired t-test and the averages of the 3rd cycle's grades for the 2 groups were compared through a t-test for independent samples, with level of significance of 5%. Comparing the averages of the 3rd cycle grades, there is a statistically significant difference of 2.41 points between the average of these grades ($p < 0.05$), indicating

that the grades of the group that had a doctor from the Mais Médicos Program for more time are higher than the average of the grades of the group that had a doctor for a shorter period of time.

Keywords: More doctors program, program to improve access and quality of primary care, impact, evaluation.

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi um dos maiores programas de provimento do mundo, levando milhares de médicos para áreas de difícil provimento em todas as regiões do Brasil (PINTO, 2017). O Programa envolveu estratégias de reestruturação das unidades de saúde, mudanças no currículo de escolas médicas, ampliação de vagas da graduação e de residências médicas, e provimento emergencial de médicos (BRASIL, 2013). No eixo de formação, o programa abriu cerca de 14 mil novas vagas de graduação e 10 mil vagas de Residência (PINTO, OLIVEIRA, SOARES, 2022).

Após a eleição de Bolsonaro em 2018 e declarações contestando a qualidade dos médicos, houve um rompimento do convênio pelo Governo Cubano e com isso ocorreu a saída de aproximadamente 8500 médicos cubanos do país (SANTOS, 2019). Com um novo programa denominado Médicos pelo Brasil ainda no papel, o PMM ainda continua sendo responsável pelo provimento de médicos no país, tendo editais para a reposição de profissionais após o surgimento da pandemia do novo coronavírus (BRASIL, 2020).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) surge no escopo da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2011, buscando melhorar a qualidade do atendimento e dos serviços prestados à população usuária da atenção básica no país (BRASIL, 2011).

Uma vez que o PMM teve repercussões na oferta dos serviços e no processo de trabalho das equipes, caberia pensar que este teria efeitos na própria avaliação do PMAQ-AB. Assim, este trabalho justifica-se pela possibilidade de avaliação de um possível impacto do PMM nas notas de certificação do PMAQ-AB.

Portanto, nesse período de transição de políticas e de ainda mais fragilidade nos serviços de saúde, como também pelos cortes de recursos pelas políticas de austeridade, é ainda mais importante buscar estratégias de avaliação das políticas públicas. Neste sentido, propõem-se uma avaliação do impacto do PMM nas notas de certificação das equipes nos ciclos do PMAQ no estado da Paraíba.

Referencial Teórico

O PMM foi relacionado com uma melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Básica por diferentes estudos e metodologias, tendo sido relacionado a efeitos na diminuição de internações e mortalidade (HONE et al., 2020), e também na reorganização do processo de trabalho com maior oferta de consultas e de mudanças no processo de trabalho (SANTOS, 2015). Uma iniciativa recente do governo brasileiro de avaliação da qualidade e de incentivo às equipes foi o PMAQ-AB, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos nas UBS de todo o País, garantindo um padrão de qualidade que permitisse comparações entre os entes federados e os diversos território (BRASIL, 2011).

Até 2021 tinham ocorridos 3 ciclos do programa, sendo o 1º deles de 2011 a 2013, o 2º ciclo de 2013 a 2015 e o 3º ciclo de 2015 a 2019, sendo o mais longo. Durante os 3 ciclos do PMAQ-AB, o processo de certificação foi baseado em algumas dimensões importantes: a realização da auto-avaliação, a avaliação dos indicadores que foram contratualizados e a avaliação externa. No 1º e no 2º ciclos essas etapas tiveram o mesmo peso na nota de certificação (auto-avaliação – 10% da nota; avaliação dos indicadores – 20% da nota; AE – 70% da nota). No 3º ciclo a auto-avaliação continuou correspondendo a 10% da nota, a avaliação dos indicadores pesou 30% da nota e a AE 60% da nota (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015).

No estado da Paraíba, a adesão ao PMAQ-AB seguiu uma tendência crescente, sendo 625 equipes certificadas no 1º ciclo, 1.228 equipes certificadas no 2º ciclo e 1.382 equipes certificadas no 3º ciclo (BRASIL, 2018).

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, tipo ecológico misto, retrospectivo, longitudinal, avaliando em dois períodos a relação entre o PMM e os escores de avaliação do PMAQ-AB no estado da Paraíba.

A Paraíba possui 223 municípios e 1468 equipes de saúde localizada em 3 macrorregiões de saúde. Destas equipes, 625 de 166 municípios passaram pela avaliação do primeiro ciclo, e no terceiro ciclo, 1382 equipes de todos os municípios paraibanos (BRASIL, 2018).

A avaliação partiu do tempo do PMM nas equipes de saúde da família, comparando

esse programa com os indicadores do PMAQ-AB. Para a comparação foi considerado as avaliações externas do 1º e 3º ciclo que ocorreram respectivamente em 2012 e 2018. A avaliação do segundo ciclo do PMAQ foi desconsiderada por ser um período que o PMM ainda estava em fase de implantação com uma chegada bastante heterogênea de médicos no estado.

Utilizaram-se os microdados do PMAQ-AB disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o cruzamento de dados. Utilizaram-se dados do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) para a disponibilidade do quantitativo de médicos do programa entre 2015 e 2018. Para a definição da quantidade de médicos e presença ou não de médicos do Mais Médicos, foi considerada a presença ou não na equipe de saúde de médicos do programa mais médicos. A equipe de saúde foi sinalizada pelo Identificador Nacional de Equipe (INE).

Devido a evitar a interferência na instabilidade da presença de médicos do programa em decorrência da rotatividade de profissionais, foram realizadas duas análises para a definição e comparação dos grupos, considerando a presença ou não em pelo menos 1 mês do programa, e considerando a presença do médico em pelo menos 30, dos 36 meses avaliados.

Assim, classificou-se para a análise 1 os grupos em: grupo 0 (sem médico do PMM em nenhum período - 0 meses) e grupo 1 (com tempo de médico do PMM de pelo menos 1 mês). Considerando o mesmo período, classificou-se para a análise 2 os grupos em grupo 0, com tempo de médico do PMM por um período inferior a 30 meses e grupo 1, com tempo de médico do PMM de pelo menos 30 meses.

Inicialmente buscou-se avaliar a evolução das notas de certificação das equipes entre o 1º e o 3º ciclos do PMAQ-AB através de um teste-t pareado, a fim de se constatar se as médias das notas melhoraram ou pioraram entre o período dos 2 ciclos. Para a comparação das médias das notas do PMAQ-AB nos dois períodos, optou-se por utilizar o teste t para amostras independente considerando uma significância de 5%, intervalo de confiança de 95%. A análise estatística e sistematização do banco de dados foram realizadas nos softwares Microsoft Office Excel 2013 e no IBM® SPSS® Statistics versão 18.

Resultados e Discussão

Quatrocentas e quarenta e uma (441) equipes de saúde em foram analisadas por terem

sido avaliadas no primeiro e terceiro ciclos, sendo correspondente a aproximadamente 30% das equipes de saúde da Paraíba. O grupo 0 foi composto por 344 equipes, e o grupo 1 com 97 equipes quando considerada a presença de médicos em pelo menos 30 meses.

O resultado do teste t pareado para as 2 notas (nota 1 e nota 3) nos 2 períodos (2012 e 2018) demonstrou uma correlação positiva (0,291) entre as notas nos 2 períodos. O teste t para amostras emparelhadas foi estatisticamente significativo ($t = -17,359$; $p < 0,000$).

Na análise 1, comparando-se as médias das notas do 3º ciclo para o grupo de equipes que não teve médico do PMM (Grupo 0) e o grupo que teve médico por pelo menos 1 mês, por meio de teste t não pareado, presumindo igualdade de variâncias, ao nível de significância de 5%, o resultado do teste demonstrou que a média das notas dos 2 grupos são iguais: $t(567) = -0,584$; $p > 0,05$.

Na análise 2, as comparações das médias das notas do 3º ciclo para o grupo que teve médico do PMM por pelo menos 30 meses e aqueles que tiveram médico por um período de tempo inferior a 30 meses foram realizadas por meio de teste t não pareado ao nível de significância de 5%, presumindo igualdade de variâncias. O resultado do teste demonstrou que, em média, as notas do grupo 1 são superiores a média das notas do grupo 0: $t(439) = -2,224$; $p < 0,05$.

Tabela 1: Média das Avaliações das Equipes de Saúde da Família no 1º e 3º Ciclo do PMAQ-AB, nos grupos 0 (PMM inferior a 30 meses) e grupo 1 (PMM por pelo menos 30 meses), 2021.

Grupo	n	Média 1º ciclo	p-valor 1º ciclo	dif 1º ciclo (IC)	Média 3º ciclo	dif 3º ciclo (IC)	p-valor 3º ciclo
0	344	56,13		0,34	63,65	2,41	
1	97	56,48	0,728	54,19 – 58,07	66,05	61,52 – 66,33	0,027*

Fonte: elaboração própria

O resultado do teste t pareado entre os 2 grupos, para os 2 períodos demonstrou que a média das notas do 3º ciclo melhorou em relação a média das notas do 1º ciclo, com uma diferença média de 7,88 pontos, e essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Para as 2 análises propostas o resultado dos testes sugere que não existe diferença estatisticamente significativa entre as médias das notas do 1º ciclo para ambos os grupos ($p > 0,05$).

Para a análise 1, comparando-se o grupo que não teve médico do PMM e o grupo que teve médico pelo menos 1 mês, apesar da diferença de 0,48 pontos entre as médias das notas desses 2 grupos, o resultado do teste sugere que essa diferença não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Na análise 2, observa-se uma diferença de 2,41 pontos entre o grupo que teve médico por no mínimo 30 meses e o grupo que teve médico por um período inferior a 30 meses e os resultados sugerem que essa diferença é estatisticamente significativa entre os 2 grupos ($p < 0,05$).

A hipótese que temos para este estudo e que justificam a proposição desta análise é que a presença do PMM no estado da Paraíba contribui na melhora das notas das Equipes de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB. A partir dos resultados encontrados, sugere-se que um tempo maior de médico do PMM nas equipes, tem influência positiva na variação da média das notas, porém, apenas o tempo de médico na equipe não parece ser suficiente para influenciar as variações das notas.

O PMAQ-AB e o PMM buscaram priorizar e valorizar a AB através de seus objetivos. Avaliando os poucos estudos que tratam desta relação entre os 2 programas, Mezadri (2017) demonstrou que o PMM teve um impacto positivo nos indicadores do PMAQ-AB, em comparação com municípios que não receberam o PMM, porém, impacto direto nas notas de certificação das equipes não foram analisados. Além dos indicadores impactados apontados pela autora como organização da agenda, planejamento das ações, promoção da saúde e satisfação dos usuários, é possível que outros indicadores a serem avaliados no estado da Paraíba também possam contribuir para uma nota melhor das equipes, além do tempo de médico.

Vários estudos corroboram a tese de que a presença do PMM melhorou a assistência a saúde da população no estado da Paraíba e no Brasil (AGOSTINHO ALENCAR, 2016; GIOVANELLA, 2016; SILVA, 2016; HERVAL, 2017; HONE, 2020; PINTO, 2017). Diversos trabalhos também tratam dos impactos positivos do PMAQ-AB para as equipes e os usuários (ABREU, 2018; NEVES, 2020; PROTASIO, 2017; PINTO, 2014).

Um dado importante a se destacar também é que as equipes em geral melhoraram suas notas do 1º até o 3º ciclo, mesmo aquelas que tiveram médico do PMM por um período menor de tempo, ou que não tiveram médico do PMM. Isso é bastante válido, pois aponta para uma melhora de toda a AB. Os resultados, inclusive, também apontam que o próprio PMAQ-AB alcançou seus objetivos, dado que as equipes evoluíram ao longo dos ciclos, particularmente

entre o primeiro e o último (BRASIL, 2011).

Considerações Finais

Apesar do desmonte nas políticas de saúde e no próprio SUS ao longo dos últimos anos, aponta-se que programas como o PMAQ-AB e o PMM foram importantes para o fortalecimento da AB. Evidenciar que as equipes participantes deles melhoraram ao longo dos anos, reforça a necessidade de se investir cada vez mais nas equipes, na AB e no SUS, especialmente no estado da Paraíba.

Por fim, apesar dos avanços, sugerem-se outros estudos para avaliar melhor os fatores comuns aos 2 programas que tenham influenciado nas notas de certificação das equipes ao longo dos ciclos do PMAQ-AB.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X. et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. 1-10, 2018.

AGOSTINHO ALENCAR, A. P. et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Gestão e Sociedade*, v. 10, n. 26, p. 1290 -1301, 2016.

BRASIL. 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, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de julho de 2011. Seção 1, p. 79-80. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2012. 62 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em: 15 set. 2021.

_____, Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7

de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de outubro de 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm> Acesso em: 17 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica. Brasília, 2013a. 38 p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, 2015. 89 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2018. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 22 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Edital de chamamento público nº 6. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de março de 2020. Seção 3, extra, p.4. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-de-chamamento-publico-n-6-de-11-de-marco-de-2020-247366223>>. Acesso em: 15 set. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

HERVAL, A.M.; RODRIGUES, E. T. Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos. **Interface** 21 (Suppl 1), p. 1325-1332, 2017.

HONE, T. et al. Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care locutor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC Health Services Research**, v. 20, p. 2-11, 2020.

MEZADRI, T. et al. Impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em municípios catarinenses. Saúde e **Transformação Social**, v. 8, n 3, p. 38-47, 2017.

NEVES, R.G. et al. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 1-11, 2020.

PINTO, H.A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**. v. 21, p.1087-1101, 2017.

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

PINTO, H.; DE OLIVEIRA, F. P.; SOARES, R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.32-53. 2022.

PROTASIO, A.P.L. et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1829-44, 2017.

SANTOS, L.M.P.; Costa, A.M.; Girardi, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SANTOS, W. et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 256-268, 2019.

SILVA, B.P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciencia e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016.

Artigo 3 - Avaliação dos efeitos do Programa Mais Médicos nas variáveis do PMAQ-AB no estado da Paraíba.

Evaluation of the effects of the PMM on the variables of the PMAQ-AB in the state of Paraíba.

Resumo

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi um importante programa de incentivo à melhoria da qualidade da atenção básica. O Programa Mais Médicos foi a maior iniciativa já realizada para enfrentar a escassez e a disparidade da má distribuição de médicos no território nacional. Entre 2013 e 2019 os dois programas foram implantados simultaneamente e vários indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica tratavam de aspectos também alvo do Mais Médicos. Assim, o presente estudo busca avaliar possíveis efeitos do Programa Mais Médicos no desempenho das equipes de saúde da Paraíba. Visando avaliar esse fenômeno, inicialmente desenvolveu-se uma regressão linear simples para verificar se o tempo do Programa Mais Médicos influenciou na nota do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Para isso, a variável foi categorizada em 2 grupos, sendo o grupo 1 com equipes que tiveram pelo menos 30 meses do Mais Médicos e o grupo 0 com equipes que tiveram o programa por um período inferior a 30 meses. Em seguida, investigou-se a contribuição do Mais Médicos para cada uma das 34 variáveis do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, utilizando a análise discriminante para identificar quais variáveis discriminam melhor os grupos 0 e 1. O modelo de regressão apresentou coeficiente de determinação $R^2 = 0,314$, indicando uma explicação razoável dos dados amostrais. O valor e o sinal do coeficiente de correlação ($R = 0,561$) indicam associação entre as variáveis e indicam que, com uma variação positiva do “tempo do PMM”, a nota do 3º ciclo também varia positivamente. A partir da análise discriminante, tem-se 12 variáveis mais importantes para a discriminação entre os grupos. A partir dos valores maiores dos coeficientes de classificação da função discriminante, tem-se também uma maior relação dessas 12 variáveis com o grupo 1, indicando melhor desempenho das equipes do Programa Mais Médicos nessas 12 variáveis. Assim, é possível concluir que o Programa Mais Médicos teve efeitos positivos no desempenho das equipes de saúde na Paraíba, mostrando a confluência dos dois programas para a qualificação das ações da atenção básica.

Palavras-chave: Programa mais médicos, programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, efeitos, avaliação.

Abstract

The Primary Care Access and Quality Improvement Program was an important incentive program to improve the quality of primary care. The Mais Médicos Program was the largest initiative ever undertaken to address the shortage and disparity of the poor distribution of doctors in the national territory. Between 2013 and 2019, both programs were implemented simultaneously and several indicators of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care addressed aspects that were also targeted by Mais Médicos. Thus, the present study seeks to evaluate possible effects of the Mais Médicos Program on the performance of health teams in Paraíba. Aiming to evaluate this phenomenon, initially a simple linear regression was developed to verify if the time of the Mais Médicos Program influenced the grade of the 3rd cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. For

this, the variable was categorized into 2 groups, group 1 with teams that had at least 30 months of Mais Médicos and group 0 with teams that had the program for a period of less than 30 months. Next, the contribution of Mais Médicos to each of the 34 variables of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care was investigated, using discriminant analysis to identify which variables best discriminate between groups 0 and 1. The regression model showed a coefficient of determination $R^2 = 0.314$, indicating a reasonable explanation of the sample data. The value and sign of the correlation coefficient ($R = 0.561$) indicate an association between the variables and indicate that, with a positive variation in the “PMM time”, the grade of the 3rd cycle also varies positively. From the discriminant analysis, there are 12 most important variables for the discrimination between the groups. From the higher values of the discriminant function classification coefficients, there is also a greater relationship of these 12 variables with group 1, indicating better performance of the Mais Médicos Program teams in these 12 variables. Thus, it is possible to conclude that the Mais Médicos Program had positive effects on the performance of health teams in Paraíba, showing the confluence of the two programs for the qualification of primary care actions.

Keywords: More doctors program, program to improve access and quality of primary care, effects, evaluation

Introdução

Na primeira década dos anos 2000, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu algumas importantes iniciativas visando avaliar os serviços de saúde, qualificar as estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os processos de trabalho das mesmas, prover e fixar profissionais, além de ampliar o apoio aos estados e municípios para fortalecimento da Atenção Básica (AB). Dentre estas propostas destacam-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Requalifica UBS, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013). De acordo com Gomes (2017), todas estas iniciativas foram bastante importantes para o fortalecimento da AB no Brasil.

O PMAQ-AB foi um importante programa de incentivo à melhoria do acesso e da qualidade da AB, implementando ações de monitoramento, avaliação e pagamento por desempenho, desenvolvido no período entre 2011 e 2019. Este programa buscava avaliar e promover mudanças no modelo de atenção e de gestão desenvolvidos na AB, gerando impacto nas condições de saúde da população, incentivando o desenvolvimento e a reflexão dos trabalhadores, além da mobilização das equipes a partir das necessidades dos seus usuários (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014).

Ocorreram 3 ciclos do PMAQ-AB, e cada ciclo foi organizado em fases. Nos 1º e 2º ciclos as fases foram: Adesão e contratualização, onde se definiam as equipes que iriam participar do programa, pactuando compromissos e indicadores de saúde que seriam monitorados (BRASIL, 2015); Desenvolvimento, que levou as equipes e os gestores a problematizar, avaliar e monitorar os indicadores pactuados, além de planejar e executar intervenções e mudanças no cotidiano dos serviços; Avaliação externa, que consistiu no levantamento de informações in loco para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Saúde; e por fim, a fase de Recontratualização, onde se pactuavam novos indicadores e compromissos. No 3º ciclo, a fase de desenvolvimento tornou-se um eixo Estratégico Transversal, buscando promover melhorias contínuas em todas as etapas do programa (BRASIL, 2012; 2013a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Cabe salientar ainda que no 3º ciclo do programa, para a homologação de novas equipes nas fases de adesão e contratualização, foram priorizadas equipes participantes do PMM, sinalizando uma sinergia destes dois programas (CAVALCANTI, FERNANDEZ, 2020).

Outro programa que merece destaque foi o Programa Mais Médicos (PMM), caracterizado como a maior iniciativa já realizada no Brasil para enfrentar a escassez e a disparidade da má distribuição de médicos no território nacional, além dos problemas da formação profissional e da carência de vagas nos cursos de graduação e residência em medicina (PINTO, 2017). Este programa teve início no ano de 2013 e contou com a participação de milhares de médicos, dentre estes os cubanos, até meados de 2018, quando houve o rompimento do convênio com o governo de Cuba. A partir de 2019, o programa passou a se chamar “Médicos pelo Brasil”, com várias mudanças na sua estrutura e no seu funcionamento (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019; SANTOS, 2019).

O programa estava estruturado a partir de três eixos de intervenção: provimento, infraestrutura e formação. O eixo provimento buscava efeitos mais imediatos e de curto prazo, buscando minimizar a escassez de médicos através do provimento emergencial de profissionais, distribuindo-os nas áreas mais vulneráveis do país (BRASIL, 2013).

Através do eixo formação, o programa tinha como meta alcançar a formação de novos 600 mil profissionais e elevar a proporção de 1,8 médicos / mil habitantes para 2,7 médicos / mil habitantes. Também foram propostas intervenções na política educacional de formação médica e na política de regulação para garantir vagas de Residência para todos os egressos da

graduação, com ênfase para a Medicina de Família e Comunidade e outras especialidades estratégicas (BRASIL, 2015).

O eixo infraestrutura do PMM buscou qualificar as UBS, dando uma melhor ambiência e melhores condições de atendimento e de trabalho para os profissionais e usuários (BRASIL, 2015). Assim, no curso do PMM foram investidos cerca de R\$ 5 bilhões para reformas, ampliação e construção de novas UBS, tornando-o o programa com o maior investimento em infraestrutura da AB já ocorrido (BRASIL, 2015).

O PMM também foi relacionado a mudanças positivas nos processos de trabalho das equipes, a melhora na qualidade do cuidado na AB e nos indicadores de saúde de vários municípios da Paraíba e do Brasil (SANTOS, 2015; GOMES, 2021). Destaque-se o aumento no número de consultas, diminuição das taxas de internação e mortalidade e maior satisfação dos usuários (AGOSTINHO ALENCAR, 2016; HERVAL, 2017; HONE, 2020; KOVACS et al, 2021; PINTO et al, 2017).

Tendo em vista que no período de 2013 a 2019 o PMAQ-AB e o PMM foram implantados simultaneamente, havendo uma certa sinergia entre os mesmos, além de vários indicadores do PMAQ-AB que tratavam de aspectos também alvo do PMM, o presente estudo busca avaliar possíveis efeitos do PMM no desempenho das equipes de saúde no PMAQ-AB do estado da Paraíba.

Metodologia

Visando avaliar o fenômeno de interesse foi selecionada uma amostra obtida a partir do banco de dados das equipes de saúde da família do estado da Paraíba, referentes ao 3º ciclo do PMAQ-AB e ao PMM no mesmo período. Considerou-se para a análise proposta o período de novembro de 2015 a outubro de 2018 (36 meses), período que corresponde ao 3º ciclo do PMAQ-AB, o qual foi completamente desenvolvido em paralelo à existência do PMM, fazendo coincidir a implementação dos 2 programas.

Compuseram a amostra 1.382 ESF participantes do PMAQ-AB de todos os 223 municípios do estado da Paraíba. Das 1.382 equipes da amostra inicial, foram excluídas 484 equipes da análise por apresentarem valores ausentes (missing values) nas respostas do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB.

Para o presente estudo, a análise foi desenvolvida em 2 etapas: a primeira etapa foi uma regressão linear simples para avaliar a influência do tempo do PMM na nota do 3º ciclo

do PMAQ-AB. Considerando a hipótese de que o PMM contribuiu na melhora do desempenho das notas do PMAQ-AB, foi considerado o tempo em meses de médico do PMM nas equipes como preditor e a nota do 3º ciclo do PMAQ-AB como desfecho.

Para esta análise, foram utilizadas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Identificador Nacional de Equipe (INE) para identificar as equipes. Utilizou-se ainda dados do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) para identificar os médicos do PMM que atuaram nas equipes entre 2015 e 2018. Também foram utilizadas as notas das equipes certificadas no 3º ciclo do PMAQ-AB na Paraíba.

Para realizar a regressão linear, a variável PMM foi categorizada em 2 grupos: o 1º grupo representa a equipe de participantes do PMM que tiveram pelo menos 30 meses de médico do PMM; Foram consideradas como equipes NÃO PMM (grupo 0) aquelas que tiveram um tempo de médico do PMM por um período inferior a 30 meses.

Em seguida, foi investigada a contribuição do PMM para cada um dos 34 preditores que representam as variáveis independentes do PMAQ-AB. Assim, optou-se por utilizar a técnica de análise discriminante visando identificar quais variáveis independentes discriminam melhor os grupos NÃO PMM (grupo 0) e PMM (grupo 1).

Para tanto, foram utilizados os microdados do Módulo II do Instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB para contabilizar as respostas das equipes. O instrumento contém 311 questões, agrupadas em 34 categorias. Essas categorias compõem as variáveis independentes consideradas na análise, além dos grupos 0 (NÃO PMM) e grupo 1 (PMM), que foi a variável dependente.

Para fins da análise, criou-se um escore para cada variável independente a partir das respostas das equipes na avaliação externa. De acordo com o tipo de pergunta, a equipe obteve um escore positivo, negativo ou nulo, de modo que o somatório das perguntas gerou o escore final para as variáveis independentes. Perguntas que refletissem algo positivo do processo de trabalho e de organização da equipe, pontuaram de forma positiva; perguntas que demonstraram algo negativo do processo de trabalho, geraram um escore negativo e se a equipe não realizava determinado tipo de procedimento ou não comprovou a realização do mesmo, gerava um escore nulo.

Foi esperado que uma combinação ponderada desses 34 preditores do PMAQ-AB, fosse capaz de prever para qual grupo a variável independente estaria mais propensa, se para as equipes de saúde da família que compõem o grupo do PMM (grupo 1) ou para o grupo

NÃO PMM (grupo 0). A partir dessa análise e da comparação com os dados disponíveis na literatura, espera-se que as equipes que tiveram melhores escores no PMAQ-AB sejam equipes do PMM.

Avaliou-se as estatísticas descritivas e realizou-se a comparação de médias dos escores entre os 2 grupos ao nível de significância de 10% (p -valor $< 0,1$). Posteriormente, verificou-se os requisitos de normalidade e de igualdade das matrizes de estrutura e realizou-se o teste Box de M para avaliar a igualdade das matrizes de covariância.

A função discriminante foi estimada a partir do procedimento de inclusão simultânea de todas as variáveis independentes no modelo. O teste para avaliar a discriminação entre os grupos foi realizada através do critério estatístico de Lambda de Wilks, ao nível de significância de 10%. Tendo em vista que a discriminação entre os 2 grupos não ficou clara ao nível de significância de 5%, optou-se por flexibilizar a comparação aumentando o nível para 10%.

Para avaliar o ajuste geral do modelo, verificou-se a precisão preditiva da função calculando-se a matriz de classificação. Por fim, para se avaliar a significância da análise discriminante, realizou-se o teste qui-quadrado (HAIR et al, 2009). Caso a função discriminante seja significativa e a precisão da classificação seja considerada aceitável, então é possível considerar a contribuição relativa de cada preditor do PMAQ-AB para discriminar as equipes de saúde da família segundo os grupos com PMM e sem PMM.

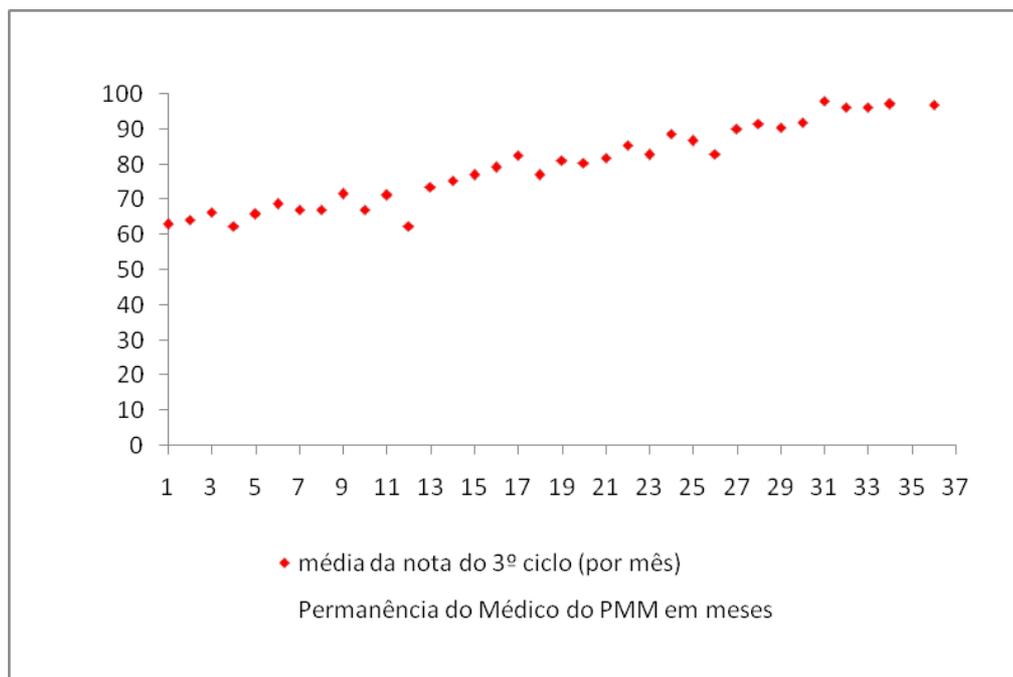
Considerou-se como relevantes os valores absolutos das cargas discriminantes acima de 0,2. Assim, foram selecionadas dentre as 34 variáveis do PMAQ-AB, as variáveis que tiveram maior correlação e causaram maior discriminação entre os 2 grupos. Posteriormente, avaliou-se os valores dos coeficientes de classificação da função para cada uma dessas variáveis e comparando os valores entre os 2 grupos a fim de identificar para qual grupo a variável foi classificada. Assim, foi possível identificar se as equipes do PMM tiveram melhores desempenhos nas variáveis do PMAQ-AB quando comparadas com equipes que não tiveram o PMM.

Todas as análises foram realizadas nos softwares Microsoft Office Excel 2013, no R versão 4.2.1 e no IBM® SPSS® Statistics versão 18.

Resultados

Para avaliar a influência do PMM no PMAQ-AB, consideramos uma regressão linear simples onde o desfecho foi a nota do 3º ciclo do PMAQ-AB e como variável explicativa o “tempo em meses” de médico do PMM nas equipes. Pode-se observar que a relação entre as variáveis nota do PMAQ e número de meses do PMM apresentou uma tendência linear crescente de modo que o acréscimo no número de meses está associado com o aumento da nota do PMAQ conforme pode ser avaliado no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1: Variação da média da nota do 3º ciclo do PMAQ-AB (por mês) em função do tempo de permanência do médico do PMM



O modelo de regressão linear simples estimado apresentou coeficiente de determinação $R^2 = 0,314$, de modo que a variação explicada pelo modelo foi de 31,4%, que indica uma explicação razoável dos dados amostrais pelo modelo.

Além disso, o valor e o sinal do coeficiente de correlação ($R = 0,561$) indicam associação entre as variáveis “tempo do PMM” e “nota do 3º ciclo do PMAQ-AB”. Assim, com a variação positiva da variável “tempo do PMM”, o desfecho também varia positivamente. O teste F para avaliar a adequacidade do modelo apresentou p-valor = 0,000, indicando que o modelo é adequado aos dados e ao menos 1 dos preditores é significativo para explicar o desfecho.

O Total de meses do PMM é significativo para explicar o desfecho através do Teste t, que apresentou p-valor = 0,000. O coeficiente beta padronizado foi igual a 0,561, com sinal

positivo, mostrando claramente a influência crescente do PMM na nota do 3º ciclo do PMAQ-AB.

Tabela 1 - Modelo de regressão para nota do PMAQ em função do PMM

Modelo	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	Intervalo de confiança 95%	t	p-valor
	Beta	Erro padrão	Beta			
Total	2,203	0,088	0,561	2,031-2,375	25,166	0,000

de meses

Variável dependente: nota do 3º ciclo do PMAQ-AB

Por fim, a regressão linear simples mostrou que o tempo em meses de médico do PMM prevê a nota do 3º ciclo do PMAQ-AB nas equipes de saúde do estado da Paraíba. Assim, a nota do 3º ciclo do PMAQ-AB nas equipes do estado da Paraíba apresenta uma tendência crescente correspondente a **0,561 x (tempo do PMM)**, sendo o tempo medido em meses.

A tabela 2 traz os valores médios dos escores e seus respectivos desvios padrões para as variáveis do PMAQ-AB segundo as equipes que tiveram e que não tiveram o PMM, além do teste de comparação de médias entre os 2 grupos. Ao nível de significância de 10% ($p < 0,1$), temos que dentre as 34 variáveis do PMAQ-AB, 6 variáveis apresentam diferenças nas médias entre os 2 grupos: atenção a criança < 2 anos; atenção ao câncer de colo e de mama; práticas integrativas e complementares (PICs); planejamento familiar; parceria com a academia da saúde; relação da AB com outros pontos da rede.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas

	Variável	Médias dos grupos (Desvio padrão)			p-valor
		Não tem PMM (n =740)	Tem PMM (n=158)	Total	
1	Atenção a Criança < 2 anos	18,45 (1,72)	18,82 (1,25)	18,52 (1,66)	0,011
2	Atenção ao câncer de colo e de mama	14,90 (0,95)	15,06 (0,65)	14,93 (0,91)	0,052
3	PICs	2,55 (3,80)	3,20 (4,31)	2,66 (3,90)	0,057
4	Planejamento familiar	5,29 (1,07)	5,46 (1,00)	5,32 (1,06)	0,070
5	Parceria com a academia da saúde	3,60 (4,31)	4,27 (4,63)	3,72 (4,37)	0,080
6	Relação da AB com outros pontos da rede	36,88 (4,53)	37,54 (4,04)	36,99 (4,45)	0,091
7	Apoio matricial para as EAB	6,53 (1,51)	6,73 (1,53)	6,56 (1,51)	0,116
8	Ações de combate ao aedes	25,57 (4,82)	26,21 (4,23)	25,68 (4,72)	0,123
9	Planejamento e apoio institucional	19,44 (2,24)	19,70 (2,12)	19,48 (2,22)	0,173
10	Atenção a pessoa com HAS	8,12 (1,48)	8,29 (1,74)	8,15 (1,53)	0,199
11	Atenção a pessoa com TB	10,55 (2,66)	10,84 (2,14)	10,60 (2,58)	0,204
12	Visita domiciliar	3,76 (0,45)	3,80 (0,40)	3,77 (0,44)	0,225
13	Territorialização e população de referência	3,46 (1,61)	3,31 (1,31)	3,44 (1,56)	0,259
14	Atenção a pessoa com DM	7,43(1,69)	7,60 (1,70)	7,46 (1,69)	0,270
15	Articulação entre NASF e equipe	19,17 (4,83)	19,63 (4,56)	19,26 (4,79)	0,274
16	Organização dos prontuários na UBS	7,42 (8,79)	8,23 (9,28)	7,56 (8,88)	0,299
17	Acesso ao NASF	16,19 (2,29)	16,38 (2,32)	16,22 (2,29)	0,340
18	Composição das equipes NASF	3,07 (0,82)	3,13 (0,78)	3,08 (0,82)	0,413
19	Atenção ao pre-natal e puerpério	20,47 (1,89)	20,59 (1,60)	20,49 (1,84)	0,449
20	Participação, controle social, satisfação	6,44 (1,46)	6,51 (1,42)	6,45 (1,46)	0,558
21	Organização da agenda	5,75 (1,77)	5,84 (1,72)	5,77 (1,76)	0,558
22	Ed. Permanente dos profissionais da AB	11,28 (3,44)	11,44 (2,99)	11,31 (3,36)	0,573
23	Atenção a PCD	5,35 (1,56)	5,27 (1,61)	5,33 (1,57)	0,584
24	Atenção a pessoa em Sofrimento psíquico	12,44 (2,44)	12,56 (2,38)	12,46 (2,43)	0,585
25	Atividades na escola e PSE	7,31 (1,79)	7,37 (1,91)	7,32 (1,81)	0,668
26	Qualificação do cuidado a partir do NASF	106,96 (12,87)	107,40 (12,52)	107,04 (12,81)	0,698
27	Pop. rural, indígenas e Comunidades tradicionais	4,24 (2,12)	4,20 (2,04)	4,23 (2,11)	0,822
28	Oferta de serviços	-1,79 (6,06)	-1,70 (5,89)	-1,77 (6,03)	0,860

		Médias dos grupos (Desvio padrão)			
29	Atenção a pessoa com obesidade	7,10 (1,47)	7,08 (1,69)	7,09 (1,51)	0,910
30	Atenção a pessoa com Hans	10,75 (2,87)	10,76 (2,66)	10,75 (2,83)	0,961
31	Acolhimento a demanda espontânea	17,27 (2,03)	17,28 (2,47)	17,27 (2,11)	0,965
32	Bolsa família	1,97 (0,20)	1,96 (0,18)	1,97 (0,19)	0,973
33	Telessaúde na AB	0,69 (4,19)	0,70 (4,43)	0,69 (4,23)	0,979
34	Promoção à saúde	7,79 (1,54)	7,78 (1,61)	7,79 (1,55)	0,990

Das variáveis que não apresentaram diferenças nas médias entre os 2 grupos, destacam-se as variáveis 19 (atenção ao pré-natal e puerpério), 27 (população rural, indígenas e comunidades tradicionais) e 31 (acolhimento à demanda espontânea).

A análise discriminante foi realizada e apresentou os seguintes valores das cargas discriminantes, considerando como relevante para a discriminação entre os grupos uma carga acima de 0,2: variável 1 - atenção a criança < 2 anos (0,435); variável 2 - atenção ao câncer de colo e de mama (0,332); variável 3 - práticas integrativas e complementares PICs (0,325); variável 4 - planejamento familiar (0,309); variável 5 - parceria com a academia da saúde (0,299); variável 6 - relação da AB com outros pontos da rede (0,289); variável 7 - apoio matricial para as equipes da AB (0,268); variável 8 - Ações de combate ao *Aedes aegypti* (0,263); variável 9 - planejamento e apoio institucional (0,232); variável 10 - atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica HAS (0,220); variável 11 - atenção a pessoa com tuberculose TB (0,217); variável 12 - visita domiciliar (0,207).

Na tabela 3 abaixo tem-se os valores dos coeficientes de classificação da função discriminante que enfatiza o poder discriminatório das variáveis independentes, segundo os grupos. Valores maiores dos coeficientes indicam uma maior relação da variável com o grupo 1 que tem o PMM com pelo menos 30 meses.

Tabela 3 – Coeficientes de classificação da função

	Variável	Grupos PMM	
		Não tem PMM	Tem PMM
1	Atenção a Criança < 2 anos	1,576	1,707
2	Atenção ao câncer de colo e de mama	16,567	16,677
3	PICs	-0,482	-0,438
4	Planejamento familiar	-1,689	-1,590
5	Parceria com a academia da saúde	-0,149	-0,122

		Grupos PMM	
6	Relação da AB com outros pontos da rede	0,915	0,942
7	Apoio matricial para as EAB	0,913	0,988
8	Ações de combate ao aedes	-0,170	-0,139
9	Planejamento e apoio institucional	3,007	3,020
10	Atenção a pessoa com HAS	2,116	2,181
11	Atenção a pessoa com TB	0,583	0,696
12	Visita domiciliar	15,576	15,232

Percebe-se a partir dos resultados apresentados que dentre as 12 variáveis que apresentam maior poder discriminatório entre os desempenhos das equipes, as que apresentam maiores coeficientes são classificadas no grupo do PMM (grupo 1). Assim, a partir dessa comparação, tem-se que os valores maiores dos coeficientes refletem um melhor desempenho das equipes participantes do PMM nessas 12 variáveis do PMAQ-AB.

Posteriormente, temos a matriz de classificação apresentada na tabela 4 abaixo, que descreve a precisão preditiva da função e de cada um dos grupos.

Tabela 4 - Matriz de classificação

	Grupos observados	Não tem PMM	Tem PMM	Total
%	Não tem PMM (grupo 0)	485 (65,5%)	255 (34,5%)	740
	Tem PMM (grupo 1)	63 (39,9%)	95 (60,1%)	158

64,6% de casos corretamente classificados

A partir da análise da tabela, temos uma acurácia global de 64,6% do modelo. Dentre as 740 equipes de saúde da família que não tem o PMM, 485 foram corretamente classificadas e o modelo acertou 65,5% de previsão. Considerando as 158 equipes que tem o PMM, 95 foram classificadas corretamente e o modelo acertou 60,1% das vezes.

Discussão

A partir da análise da regressão linear, constata-se que a cada mês adicional do PMM, a nota do PMAQ-AB aumenta em 0,561 pontos, e isso é um dado bastante relevante, tendo

em vista que as notas de certificação vão melhorando progressivamente e de forma positiva com o passar do tempo, constatando a influência do PMM no desempenho das equipes a partir do modelo apresentado.

A influência do tempo de permanência do médico do PMM na qualificação das ações da equipe de saúde é no presente estudo reforçada pelos parâmetros da regressão apresentados, com um coeficiente de determinação R^2 razoável (0,314), um coeficiente beta padronizado de 0,561 e a adequação do modelo apresentado na ANOVA.

A mudança percebida a partir da chegada do PMM não é algo imediato, é um processo gradativo, porém constante na mudança da nota do 3º ciclo do PMAQ-AB. Acredita-se que tais resultados se devem ao fato dos processos de trabalho serem paulatinamente implementados e as ações se tornando mais qualificadas ao longo do tempo, refletindo consequentemente nas notas de avaliação das equipes de uma forma linear. Esta hipótese interpretativa é corroborada pela literatura que confirma o aumento de vínculo dos usuários com a equipe, com o médico do PMM e as EqSF, gerando mais empatia e refletindo num cuidado mais qualificado (GASPARINI e FURTADO, 2018; FRANCO, ALMEIDA, GIOVANELLA, 2018; MIRANDA, 2020).

A partir das estatísticas descritivas e dos testes de igualdade de médias, temos inicialmente 6 variáveis que apresentaram diferenças significativas nas médias dos escores entre os 2 grupos e que indicam melhores desempenhos nesses indicadores das equipes que tiveram o PMM, quando comparadas com as equipes que não tiveram. Os dados disponíveis na literatura corroboram com esses resultados, tendo em vista que vários estudos constatarem melhores desempenhos nesses indicadores para equipes com PMM (CARNEIRO, 2018; GOMES, 2021; MARTIN et al, 2020; RODRIGUES, CAMPOS, SIQUEIRA, 2020; FRANCO, ALMEIDA, GIOVANELLA, 2018; GASPARINI, FURTADO, 2019).

Com relação às variáveis que não apresentaram diferenças nas médias entre os 2 grupos (variável 19 - atenção ao pré-natal e puerpério, 27 - população rural, indígenas e comunidades tradicionais e 31 - acolhimento à demanda espontânea), a partir dos dados disponíveis na literatura, esperava-se que essas variáveis também apresentassem diferenças entre os 2 grupos, dados os efeitos do PMM nestes indicadores (CARNEIRO, 2018; MARTIN et al, 2020; SILVA et al, 2016; MOURÃO NETTO et al, 2018; PEREIRA, 2015; PEREIRA, 2017; GONÇALVES, 2019).

Além da constatação do efeito do PMM na melhora da nota do PMAQ-AB, temos uma importante contribuição do PMM em 12 das 34 variáveis independentes do PMAQ-AB. A

análise discriminante utilizada permitiu identificar essas 12 variáveis que discriminaram melhor para o grupo PMM (grupo 1), demonstrando melhores desempenhos nesses indicadores do PMAQ-AB para as equipes que tiveram médico do PMM.

Importante observar que a maior correlação dessas 12 variáveis e a melhor discriminação delas para o grupo PMM (grupo 1), demonstram que as equipes que tiveram melhores desempenhos no PMAQ-AB foram todas equipes do PMM.

A partir dessa análise e da comparação com os dados disponíveis na literatura, constata-se que as equipes que tiveram melhores escores no PMAQ-AB foram as equipes do PMM.

Os resultados e a análise apresentados neste estudo dialogam bastante com os dados encontrados na literatura e enfatizam ainda mais a importância de programas como o PMM no cuidado prestado na AB (CARNEIRO, 2018; GOMES 2021; MARTIN et al, 2020). O cuidado de crianças menores de 2 anos (variável 1), também foi avaliado por Carneiro (2018) e Gomes (2021), demonstrando importantes efeitos do PMM na diminuição nas internações por condições sensíveis a AB e diminuição da mortalidade materno-infantil na Paraíba e no Brasil.

Com relação à variável atenção ao câncer de colo de útero e de mama (variável 2), também encontramos dados na literatura acerca da importância do PMM para melhores resultados neste indicador (CARNEIRO, 2018; MARTIN et al, 2020). A análise deste estudo reforça os achados encontrados na literatura e destaca o impacto do PMM em indicadores de saúde prioritários.

As diferenças nos escores médios da variável 3 (práticas integrativas e complementares) e a melhor discriminação entre os 2 grupos para o grupo 1, com melhor desempenho das equipes com PMM, confirmam dados disponíveis na literatura (RODRIGUES, CAMPOS, SIQUEIRA, 2020). Ao compararmos as EqSF da Paraíba com relação ao desempenho nessa variável, percebe-se que as equipes que tiveram o PMM também obtiveram melhor desempenho neste quesito.

A variável planejamento familiar (variável 4) é outro importante indicador que as equipes do PMM demonstraram melhor desempenho. Interessante observar que essa variável, juntamente com as variáveis 1 e 2, são temas relacionados à saúde da mulher e todos eles demonstraram melhores desempenhos para as equipes do PMM, sugerindo que o programa pode ter causado importantes impactos na atenção à saúde da mulher no estado da Paraíba,

conforme observado também em outras regiões do país (CARNEIRO, 2018; MARTIN et al, 2020).

A variável 5 (parceria com a Academia da Saúde) também demonstrou um melhor desempenho das equipes do PMM quando comparado com o grupo que não teve o PMM na Paraíba. No entanto, estudos que relacionem diretamente o PMM e o programa Academia da Saúde não foram encontrados na literatura.

A relação da AB com os outros pontos da rede (variável 6) reflete a referência e a contrarreferência entre a AB e a rede especializada (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). A partir dos resultados encontrados, sugere-se que nas equipes paraibanas que tiveram o PMM há uma boa relação entre a AB e a rede especializada. Apesar de bastante positivos, esses dados divergem de alguns estudos da literatura, tendo em vista as dificuldades encontradas nesta relação da AB com os níveis secundários e terciários (FRANCO, ALMEIDA, GIOVANELLA, 2018; GASPARINI, FURTADO, 2019).

A literatura disponível também aponta resultados importantes no tocante ao apoio matricial (variável 7) recebido pelas equipes do PMM, especialmente dos profissionais do NASF (FRANCO, ALMEIDA E GIOVANELLA, 2018). Os resultados deste estudo também estão alinhados à literatura, pois apontam que esta variável demonstra melhor desempenho das equipes com o PMM.

No tocante a variável 8 (ações de combate ao *Aedes aegypti*), os resultados deste indicador retratam melhores ações de vigilância em saúde das equipes com o PMM na Paraíba, e resultados semelhantes também foram encontrados na literatura (AGOSTINHO ALENCAR, 2016; BERTRÃO, 2015; CARNEIRO, 2018; MARTIN et al, 2020). A qualificação das ações de vigilância são de extrema importância para o cuidado em saúde na AB, haja vista que esse aspecto é um dos pilares fundamentais da ESF e do SUS.

Mezadri et al (2017) & Franco, Almeida, Giovanella (2018) trazem melhores indicadores de planejamento e apoio institucional para equipes que eram do PMM, quando comparadas a equipes sem PMM. No tocante a essa variável (9), a análise discriminante também demonstrou que as equipes com melhores resultados neste indicador no estado da Paraíba tem uma tendência a ser do PMM.

As variáveis 10 e 11 avaliam indicadores do cuidado a usuários com condições crônicas. Nesse sentido, os resultados encontrados também convergem com os disponíveis na literatura, tendo em vista a importante contribuição do PMM no enfrentamento a essas condições em outros territórios (AGOSTINHO ALENCAR, 2016; BERTRÃO, 2015).

Melhores desempenhos na variável visita domiciliar (variável 12) também foram associadas ao PMM em outros estudos (AGOSTINHO ALENCAR, 2016; HERVAL, 2017; PEREIRA, 2017). Os resultados deste estudo também apontam melhores índices de visita domiciliar para as equipes com PMM na Paraíba e corroboram com as referências disponíveis.

Conclusão

Diante do exposto, é possível concluir que o PMM teve efeitos positivos no desempenho das equipes de saúde no PMAQ-AB, mostrando a confluência dos dois programas para a qualificação das ações da AB. Estes efeitos foram observados tanto ao se comparar as notas de certificação das equipes com e sem mais médicos do PMM no 3º ciclo do programa, quanto ao serem analisados os indicadores de saúde avaliados pelo PMAQ-AB, sendo mais expressivos a medida em que o tempo da equipe no PMM aumenta.

Foi demonstrado que a ocorrência concomitante de ambos os programas gerou um impacto positivo nas notas do 3º ciclo e nos indicadores do PMAQ a partir da presença do PMM, enfatizando a importância desses programas para a qualificação do cuidado na AB.

Além disso, o fato de melhores desempenhos em indicadores prioritários estarem associados às equipes com o PMM no estado da Paraíba sugerem coerência dos dados com outros resultados encontrados na literatura e enfatizam a importância deste estudo.

Apesar dos resultados encontrados, o estudo teve como limitação focar sua análise nos indicadores do Módulo II do instrumento da avaliação externa do PMAQ-AB, sendo, portanto relevante que estudos futuros avaliem possíveis efeitos do PMM nos indicadores trabalhados nos outros 5 módulos do Programa.

Referências

AGOSTINHO ALENCAR, A.P. et al.. Impacto Do Programa Mais Médicos Na Atenção Básica De Um Município Do Sertão Central Nordestino. **Gestão E Sociedade** [Internet]. v. 10, n 26. p. 1290-1301, 2016. disponível em: doi: <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2085>.

BERTÃO IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Tempus, actas de saúde colet.** v. 9, n 4. p. 217-224, 2015.

BRASIL. Portaria No 1654, de 19 de julho de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado PMAQ-AB. Ministério da Saúde, 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012. 62 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em: 15 set. 2021.

_____, Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de outubro de 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm> Acesso em: 17 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica**. Brasília, 2013a. 38 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

CARNEIRO, V. B. et al. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23. p. 2413-2422, 2018.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: revista de saúde coletiva**. v. 30, 2020.

FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Integralidade Das Práticas De Médicos De Cuba No Programa Mais Médicos. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n 9, 2018.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em debate**. v. 43. p. 30-42, 2019
Disponível:<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WZngDzp5b9SqPn7Y9SMxRwQ/abstract/?lang=pt>.

GONÇALVES, R.F. et al. Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste. **Rev. Saúde Pública**. v. 53. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/5jFVxpjVrGGqrT7VxNDLVmn/abstract/?lang=pt>.

GOMES, A.N. Análise do impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores de morbimortalidade infantil na Paraíba entre 2013-2017. João Pessoa, 2021. 122 f.

HAIR, J.F. et al. Análise multivariada de dados. Editora Bookman, 2009.

HERVAL, A.M.; RODRIGUES, E.T. Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos. **Interface** 21. [Internet]. 2017. disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0517>.

HONE, T. et al. Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC health services research**. v. 20, n 1. p. 1-11, 2020. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-020-05716-2>.

KOVACS, R. et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **The Lancet Global Health**. v. 9, n 3. p. 331-339, 2021. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20304800>.

MARTIN, D.G. et al. Programa Mais Médicos e Indicadores da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais (2013-2015). **REAd**. v. 26, n 2. p. 352-380, 2020.

MEZADRI, T. et al. Impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em municípios catarinenses. **Saúde e Transformação Social**. v. 8, n 3. p. 38-47, 2017.

MIRANDA, D.; LIMA, R.C.G.S. Confiança: valor-fonte da experiência de usuários com o Programa Mais Médicos em um município catarinense. **Interface** (Botucatu). [Internet]. v. 24, 2020. disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190434>.

MOURÃO NETTO, J.J. et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. v.42, n 2, 2018.

PEREIRA, L.L.; PACHECO, L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. **Interface** (Botucatu). [Internet]. v. 21, n 1. p.1181-1192, 2017.

PEREIRA, L.L.; SILVA, H.P.; SANTOS, L.M.P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. **Revista da ABPN**. v. 7, n 16, p.28-51. 2015.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 6, n 2, 2015.

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

PINTO, H.A.. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**. v. 21, n 1. p.1087-1101. 2017.

SANTOS, L.M.P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 20, n 11, p. 3547-3552, 2015.

RODRIGUES, M.L.; CAMPOS, C.E.A.; SIQUEIRA, B.A. A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 28-50, 2020.

SILVA, B.P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Cienc Saude Coletiva**.v. 21, n 9. p. 2899-2906. 2016.

7. Considerações Finais

A continuidade de programas com a natureza do PMAQ-AB e do PMM seria fundamental para a ampliação das ações de qualificação da AB do estado da Paraíba, haja vista os resultados alcançados e o processo contínuo de melhoria implantado, além do importante incentivo financeiro que as equipes recebiam.

Haja vista que foi demonstrado que a ocorrência concomitante de ambos os programas gerou um impacto positivo nas notas e nos indicadores do PMAQ-AB a partir da presença do PMM, cabe ponderar que a descontinuidade desses programas pode ter gerado um prejuízo para a AB, refletindo de forma negativa na qualidade da AB na Paraíba.

Apesar da descontinuidade destes programas, nesse período de transição de políticas e de cortes nos recursos públicos para a área da saúde, é ainda mais importante buscar estratégias de avaliação de políticas públicas exitosas como o PMAQ-AB e o PMM.

Conclui-se que os dados e os resultados apresentados confirmam a relevância do estudo e a importância do PMM para a qualificação das ações na AB das equipes paraibanas. Conclui-se ainda que ao longo do tempo há uma tendência à melhora das equipes, ao passo que se tivéssemos mais tempo do PMM, as equipes continuariam progredindo e possivelmente se tornariam mais qualificadas.

Os resultados apresentados nos 3 artigos confirmam que os objetivos traçados no estudo foram alcançados e constata a hipótese levantada de que o Programa Mais Médicos esteve relacionado com a melhoria do desempenho das Equipes de Saúde da Família da Paraíba.

Apesar dos resultados, o estudo teve algumas limitações como focar sua revisão bibliográfica no período dos últimos 5 anos, a análise dos indicadores estar restrita às questões do Módulo II do instrumento do PMAQ-AB e a dificuldade em diferenciar a atuação dos médicos do PMM de outros programas, especialmente o PROVAB.

Assim, é relevante que outros estudos avaliem a relação entre o PMM e o PMAQ-AB por um período maior de tempo, focando também nos indicadores dos outros módulos do PMAQ-AB. Além disso, dado que a amostra analisada foram as EqSF da Paraíba, sugere-se estudos futuros para avaliar a relação entre o PMAQ-AB e o PMM a nível regional e/ou nacional.

8. Referências

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.17, n.11, p. 2865-2875. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf.

_____, Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB**. Brasília: MS, 2015. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf

_____, Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

_____, 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, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de julho de 2011. Seção 1, p. 79-80. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012. 62 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em: 15 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica**. Brasília, 2013. 38 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília, 2015. 89 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.p

df>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Edital de chamamento público nº 6**. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de março de 2020. Seção 3, extra, p.4. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-de-chamamento-publico-n-6-de-11-de-marco-de-2020-247366223>>. Acesso em: 15 set. 2021.

_____, Ministério da saúde. Lei Nº 13.958 de 18 de Dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília: DF. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.

_____, Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de outubro de 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm> Acesso em: 17 set. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Diário Oficial da União. 19 Set 2011.

_____, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 1 set. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 23 set 2013. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>>.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2014. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2//>>.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 10 Mai 2019. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3//>>.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. v. 42, n. 2. p.347-368. 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/abstract/?lang=pt>.

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jQFNJdPtts4Tc7Dvctjp9Dh/abstract/?lang=pt>.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: revista de saúde coletiva**. v. 30, 2020.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2007 [acesso em 2020 Dez 20]; 21(2):164-76. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/11.pdf.

FAUSTO, M.C.R. et. al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014.

FELISBERTO, E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003 a 2008 [doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10511>

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MSpNV3dX6w3YMSWQXkdKNzB/abstract/?lang=pt>

GIOVANELLA, L. et. al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n 3. p.783-94. 2009.

GOMES, C.B.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020 [acesso em 2021 Mai 30]; 25(4):1327-1337. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/abstract/?lang=pt>.

GOMES, C.B.S. et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.25, n 4. p.1327-1337, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/abstract/?lang=pt>.

Gomes, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 357 p.

HARRIS, M.. Programa Mais Médicos–um ponto de vista desde a Inglaterra. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21. p. 2919-2923. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/tvb768CkR3TDQnqQ5Cp8XHy/abstract/?lang=pt>.

HONE, T. et al. Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC health services research**. v. 20, n 1. p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-020-05716-2>.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

MACHADO, M.H.; Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; PINTO, H.A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*. v. 51. p. 14-29. 2014.

MELO NETO, A. J. D. (2019). Fatores associados à intenção de permanecer trabalhando na atenção primária à saúde entre os médicos brasileiros do Programa Mais Médicos na Paraíba. João Pessoa, 2019. 106 f.

MELO, E.A. O que pode o Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n 9. p. 2672-2674, 2016.

MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores precisam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MEZADRI, T. et al. Impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em municípios catarinenses. **Saúde e Transformação Social**. v. 8, n 3. p. 38-47, 2017. Disponível em: <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4740>
MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007.

MOURÃO NETTO, J.J. et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**. v.42, n 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e2/>.

NATAL, S. et. al. A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira da Silva LM, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.341-67.

NOGUEIRA, P. T. A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2889– 2898. 2016.

OLIVEIRA, F.P. et. al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu). v. 19, n. 54. p.623-634. 2015.

PAIM, J.S. et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. p.11-31, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>

PINTO, H.A.. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface** (Botucatu). v. 21, n 1. p.1087-1101. 2017.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 6, n 2, 2015.

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

PINTO, H.; DE OLIVEIRA, F. P.; SOARES, R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.32-53. 2022.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3. p.566-568. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300004>>.

PRATES, M.L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1881–1893. 2017.

RODRIGUES, C.A. et. al. Factors associated with satisfaction with dental services among the elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1039–1050, 2012.

SANTOS, L.M.P.; COSTA, A.M.; GIRARDI, S.N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 20, n 11, p. 3547-3552, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFYpCXL3q4XknsR58Pk5gmS/abstract/?lang=pt>.

SANTOS, W. et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde Debate**, V. 43, N. 120, P. 256-268, 2019.

SERAPIONI, M. 1998. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

VARGAS, A.F. et. al. O risco dos extremos: uma análise da implantação do programa mais médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v.10, n.26. p.1313-1326. 2016.

ANEXO 1 – Questões do Módulo II do instrumento da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB com respectivos escores de pontuação.

Apoio Matricial para as equipes de AB			
II.3.1 - Geral	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	1	Sim
		0	Não
II.3.2	Os profissionais que realizam o apoio matricial são:	1	Do NASF
		1	Do CAPS
		1	Da vigilância em saúde
		1	De especialistas da rede
		1	Dos hospitais
		1	Do Polo da Academia da Saúde
		1	De Centros especializados (reabilitação, idoso, obesidade e outros)
		8	ESCORE MÁXIMO
Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica			
II.4.1	No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela:	1	Gestão municipal
		1	Gestão estadual
		1	Pela própria equipe/unidade de Saúde
		1	Por outras equipes/unidades de saúde
		1	Pela universidade
		0	Não recebi EP no ano anterior
II.4.2	Por que a equipe não participou de ações de educação permanente no último ano?	-1	Gestão não organiza processos de EP
		-1	Equipe não organiza processos de EP
		-1	Gestão não apoia processos de EP
		-1	Outros
II.4.3 - Geral	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano:	1	Telessaúde
		1	EAD/UNASUS
		1	RUTE _ Rede Universitária de Telemedicina
		1	Cursos presenciais
		1	Troca de experiência
		1	Tutoria/preceptoria
II.4.4	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	4	Contemplam muito
		3	Contemplam
		2	Contemplam razoavelmente
		1	Contemplam pouco
		0	Não contemplam
II.4.5	Sobre a integração ensino serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de:	1	Estudantes de graduação
		1	Estudantes de nível técnico
		1	Residentes de medicina
		1	Residentes multiprofissional

		1	Pesquisadores
		0	Nenhuma das anteriores
		19	ESCORE MÁXIMO
Telessaúde na Atenção Básica			
II.5.1	A sua equipe utiliza o Telessaúde?	1	Sim
		0	Não
II.5.2	Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?	-1	Problemas na infraestrutura (ex.: computador, sala inadequada)
		-1	Problema de conectividade (ex.: falta de internet, internet lenta)
		-1	Falta de tempo ou oportunidade para utilização do Programa
		-1	Dificuldades com o uso do computador
		-1	Ausência de qualificação no sistema/plataforma
		-1	Dificuldade em acessar o sistema/plataforma
		-1	Pouca divulgação do Programa
		-1	A equipe não tem necessidade de acessar
II.5.3	A equipe utiliza o telessaúde para:	1	Segunda opinião formativa
		1	Telediagnóstico
		1	Teleconsultoria
		1	Tele-educação
II.5.4	Essas ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe?	4	Contemplam muito
		3	Contemplam
		2	Contemplam razoavelmente
		1	Contemplam pouco
		0	Não contemplam
II.5.5	A equipe utiliza o 0800 do telessaúde?	1	Sim
		0	Não
II.5.6	Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800?	3	Muito Bom
		2	Bom
		1	Razoável
		0	Ruim
		0	Muito Ruim
		13	ESCORE MÁXIMO
Territorialização e População de Referência			
II.6.1	Existe definição da área de abrangência da equipe?	1	Sim
		0	Não
II.6.2 - Essencial	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	1	Sim
		0	Não
		1	Sim

II.6.2/1 -	Existe documento que comprove?	0	Não
II.6.3	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	0	Sim
		1	Não
II.6.4	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?	0	Todos os dias da semana
		1	Alguns dias da semana
		2	Raramente
		3	Nenhum dia da semana
II.6.5	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?	0	Sim
		1	Não
II.6.6	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	1	Sim
		0	Não
		0	Não sabe
II.6.7	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Pessoas
		9	ESCORE MÁXIMO
Organização dos Prontuários na UBS			
II.7.1	Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares?	1	Sim
		0	Não
II.7.1/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.7.2	Como são registradas as informações de saúde?	0	Fichas em papel
		1	Prontuário eletrônico (Estratégico)
II.7.3	Qual o tipo de prontuário eletrônico?	1	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB
		1	Prontuário eletrônico próprio
II.7.3/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.7.4	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?	1	Sim, para todos da equipe
		1	Sim, para alguns da equipe
		0	Não
II.7.5	Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?	1	Sim, para todos da equipe
		1	Sim, para alguns da equipe
		0	Não
II.7.6	Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?	1	Sim
		0	Não
II.7.7	Quais canais são utilizados?	1	Colegas de trabalho
		1	Materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde
		1	Gestão municipal
		1	Telessaúde
		1	Disque Saúde 136
		1	Outros
II.7.8	Sobre o registro clínico orientado a problemas (RCOP) e suas funcionalidades disponíveis no prontuário eletrônico, quais itens sua equipe utiliza?	1	Folha de Rosto
		1	Anotações SOAP - Subjetivo
		1	Anotações SOAP - Objetivo
		1	Anotações SOAP - Avaliação
		1	Anotações SOAP - Plano

		1	Lista de problemas
		1	Antecedentes
		24	ESCORE MÁXIMO
Planejamento e Apoio Institucional			
II.8.1 - Geral	A sua equipe realiza reunião de equipe?	1	Sim
		0	Não
II.8.2	Qual a periodicidade das reuniões?	3	Semanal
		2	Quinzenal
		1	Mensal
		0	Sem periodicidade definida
II.8.3 - Geral	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	1	Sim
		0	Não
II.8.3/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.8.4	Qual a periodicidade?	7	Semanal
		6	Quinzenal
		5	Mensal
		4	Bimestral
		3	Trimestral
		2	Semestral
		1	Anual
II.8.5 - Geral	A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	1	Sim
		0	Não
II.8.6	Os resultados alcançados em ciclos anteriores do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	1	Sim
		0	Não
		0	A equipe não participou dos ciclos anteriores
II.8.7 - AUTOAV ALIAÇÃO	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	1	Sim
		0	Não
II.8.8	Qual o instrumento utilizado?	1	AMAQ impresso
		1	AMAQ eletrônico
		1	AMQ
		1	Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
		1	Instrumento desenvolvido pelo Estado
		1	Outros instrumentos de avaliação
II.8.8/1 - AUTOAV ALIAÇÃO	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.8.9 - Geral	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	1	Sim
		0	Não
II.8.10	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	3	Muito bom
		2	Bom
		1	Regular
		0	Ruim

		0	Muito ruim
II.8.11 - Geral	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	1	Sim
		0	Não
		28	ESCORE MÁXIMO
Organização da Agenda			
II.9.1	Quando o usuário precisa agendar uma consulta, qual (is) é(são) a(s) possibilidade(s)?	0	Presencialmente na unidade
		1	Por telefone
		1	Por redes sociais (Facebook, whatsapp, etc)
		1	Por site ou aplicativo específico para agendamento de consulta
II.9.2 - Geral	Em relação à demanda de cuidado continuado, como é realizada a marcação de consulta?	1	A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior.
		0	A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário
		0	A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)
		0	É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio)
		0	No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento
II.9.3 - Geral	O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?	1	Sim
		0	Não
II.9.4	A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?	1	Sim
		0	Não
		6	ESCORE MÁXIMO
Acolhimento à Demanda Espontânea			
II.10.1 - Essencial	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	1	Sim
		0	Não
II.10.2	Em quais turnos é realizado o acolhimento?	1	Manhã (Essencial)
		1	Tarde (Essencial)
		1	Noite
II.10.3	Quais dias da semana acontece?	1	Segunda (Essencial)
		1	Terça (Essencial)
		1	Quarta (Essencial)
		1	Quinta (Essencial)
		1	Sexta (Essencial)
		1	Sábado
		1	Domingo
		0	O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha

II.10.4.1	Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?	0	O usuário é atendido por ordem de chegada
		1	A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (Geral)
		0	Nenhuma das anteriores
II.10.5.1	No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:	1	Atendimento de urgência (Estratégico)
		1	Renovação de receitas de medicamentos (Geral)
		1	Avaliação de risco e vulnerabilidade (Geral)
		0	Outros
II.10.6 - Estratégico	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	1	Sim
II.10.6/1 - Estratégico	Existe documento que comprove?	1	Sim
II.10.7	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	1	Sim
II.10.8	O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?	1	Sim
II.10.9 - Geral	A equipe oferece fácil acesso ao usuário para:	1	Buscar e mostrar resultados de exames
		1	Sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação
		0	Não dispõe dessas estratégias
II.10.10	A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?	1	Sim
		22	SCORE MÁXIMO
Oferta de Serviços			
II.11.1	A equipe coleta exames na unidade?	1	Sim
		0	Não
II.11.2	Quais exames são coletados/realizados na unidade?	1	Exames de sangue (Estratégico)
		1	Urina (Estratégico)
		1	Fezes (Estratégico)
		1	Eletrocardiograma (Estratégico)
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.3.1	Quais dos seguintes procedimentos sua equipe realiza?	1	Drenagem de abscesso (Estratégico)
		1	Sutura de ferimentos (Estratégico)
		1	Retirada de pontos (Essencial)
		1	Lavagem de ouvido (Estratégico)
		1	Extração de unha (Estratégico)
		1	Nebulização/inalação (Essencial)

		1	Curativos (Essencial)
		1	Medicações injetáveis intramusculares (Essencial)
		1	Medicações injetáveis endovenosas (Estratégico)
		1	Inserção de DIU (Estratégico)
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.4	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento drenagem de abscesso?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.5	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento sutura de ferimentos?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.6	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento retirada de pontos?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)

		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/ treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.7	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento lavagem de ouvido?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/ treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		0	Nenhuma das anteriores
		II.11.8	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento extração de unha?
-1	Falta de materiais/insumos		
-1	Falta de protocolos		
-1	Falta de profissional (recursos humanos)		
-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)		
-1	Sobrecarga de trabalho		
-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão		
-1	Falta de capacitação/ treinamento		
-1	Falta de segurança para realizar o procedimento		
-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento		
0	Nenhuma das anteriores		
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos

II.11.9	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento nebulização/inalação?	-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.10	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento curativos?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
0	Nenhuma das anteriores		
II.11.11	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento medicações injetáveis intramusculares?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento

		0	Nenhuma das anteriores
II.11.12	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento medicações injetáveis endovenosas?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
		0	Nenhuma das anteriores
II.11.13	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento Inserção de DIU?	-1	Infraestrutura inadequada
		-1	Falta de materiais/insumos
		-1	Falta de protocolos
		-1	Falta de profissional (recursos humanos)
		-1	Falta de demanda para o(s) procedimento(s)
		-1	Sobrecarga de trabalho
		-1	Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão
		-1	Falta de capacitação/treinamento
		-1	Falta de segurança para realizar o procedimento
		-1	A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento
II.11.14	A equipe dispõe de um documento orientador com as ações e os procedimentos ofertados ao usuário (ex: carteira de serviços)?	1	Sim
		0	Não
II.11.14/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.11.15	A equipe acompanha usuários que convivem com HIV/AIDS?	1	Sim
		0	Não
		18	ESCORE MÁXIMO
Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde			
II.12.1 - Geral	Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?		

II.12.1.1	ABO RH	1	Sim
		0	Não
II.12.1.1.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.1.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.2	Coombs indireto	1	Sim
		0	Não
II.12.1.2.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.2.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.3	Dosagem de hemoglobina e hematócrito	1	Sim
		0	Não
II.12.1.3.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.3.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.4	Glicemia de jejum	1	Sim
		0	Não
II.12.1.4.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.4.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.5	Tolerância à glicose (teste oral)	1	Sim
		0	Não
II.12.1.5.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.5.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.6	Sorologia para HIV	1	Sim
		0	Não
II.12.1.6.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.6.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.7	Sorologia para sífilis (VDRL)	1	Sim
		0	Não
II.12.1.7.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.7.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.8	Sorologia para hepatite B	1	Sim
		0	Não
II.12.1.8.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.8.1		1	Sim

/1		0	Não
II.12.1.9	Sorológico para toxoplasmose	1	Sim
		0	Não
II.12.1.9.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.9.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.10	Exame de ultrassonografia obstétrica	1	Sim
		0	Não
II.12.1.10.	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de	1	No município
l	serviços de saúde?	0	Em outro município
II.12.1.10. 1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.11	Sumário de urina (urina tipo I)	1	Sim
		0	Não
II.12.1.11. l	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.11. 1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.12	Urocultura	1	Sim
		0	Não
II.12.1.12. l	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.1.12. 1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.1.13	Nenhuma das anteriores	1	Sim
		0	Não
II.12.2 - Geral Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?			
II.12.2.1	Baciloscopia para tuberculose	1	Sim
		0	Não
II.12.2.1.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.1.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.2	Baciloscopia para hanseníase	1	Sim
		0	Não
II.12.2.2.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.2.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.3	Glicemia de jejum	1	Sim
		0	Não
II.12.2.3.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.3.1		1	Sim

/1		0	Não
II.12.2.4	Creatinina	1	Sim
		0	Não
II.12.2.4.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.4.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.5	Ecocardiograma	1	Sim
		0	Não
II.12.2.5.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.5.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.6	Eletrocardiograma	1	Sim
		0	Não
II.12.2.6.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.6.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.7	Hemoglobina glicosilada	1	Sim
		0	Não
II.12.2.7.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.7.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.8	Mamografia	1	Sim
		0	Não
II.12.2.8.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.8.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.9	Perfil lipídico	1	Sim
		0	Não
II.12.2.9.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.9.1 /1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.10	Radiografia de tórax (tuberculose)	1	Sim
		0	Não
II.12.2.10.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
		1	Sim

II.12.2.10.	O acesso ao exame é satisfatório?	0	Não
II.12.2.11	Teste de Sensibilidade (Antibiograma)	1	Sim
		0	Não
II.12.2.11.1	Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?	1	No município
		0	Em outro município
II.12.2.11.1/1	O acesso ao exame é satisfatório?	1	Sim
		0	Não
II.12.2.12	Nenhuma das anteriores	1	Sim
		0	Não
II.12.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?	1	Sim
		0	Não
II.12.3.1	Qual é o fluxo institucional de comunicação?	1	Reuniões técnicas com os especialistas da rede
		1	Teleconferência
		1	Telessaúde
		1	Prontuário eletrônico
		1	Comunicação eletrônica (e-mail, whatsapp, etc)
		1	Ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta
		1	Contato telefônico
II.12.4	Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	2	Sempre
		1	Algumas vezes
		0	Nunca
II.12.5	Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?	2	Sempre
		1	Algumas vezes
		0	Nunca
II.12.6.1	Indique para quais das condições abaixo existem referências e fluxos definidos:	1	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama
		1	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero
		1	Parto (maternidade)
		1	Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)
		1	Outros
		0	Nenhuma das anteriores
II.12.7 - Geral	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	1	Sim
		0	Não
II.12.8	Quais centrais de marcação disponíveis?	1	Marcação de consulta especializada
		1	Marcação de exames

		1	Marcação de leitos
		0	Nenhuma das anteriores
II.12.9 - Geral	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	1	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário
		1	A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário
		1	A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas
		1	O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe
		0	O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado
		0	Não há percurso definido
		46	ESCORE MÁXIMO
Planejamento Familiar			
II.13.1	A equipe realiza ações de planejamento familiar?	1	Sim
		0	Não
II.13.2	Para qual público alvo a equipe realiza ações de planejamento familiar:	1	Mulheres em idade reprodutiva
		1	Mulheres durante o pré-natal
		1	Mulheres no puerpério
		1	Homens
		1	Casais
		6	ESCORE MÁXIMO
Atenção ao Câncer de Colo do Útero e da Mama			
II.14.1 - Essencial	A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	1	Sim
		0	Não
II.14.1/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.14.2 - Geral	A equipe possui registro do número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	1	Sim
		0	Não
II.14.2/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.14.3	A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?	1	Sim
		0	Não
II.14.3/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.14.4	A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	1	Sim
		0	Não
		1	Sim

		0	Não
II.14.5 - Geral	A equipe utiliza protocolos para identificação precoce/rastreamento voltados para:	1	Câncer do colo do útero
		1	Câncer de mama
		0	Nenhuma das anteriores
II.14.6 - Geral	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:	1	Citopatológico alterado
		1	Citopatológico atrasado
		1	Exames (USG mamária e Mamografia) de mama alterado
		0	Nenhuma das anteriores
II.14.7	A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	1	Sim
		0	Não
II.14.8	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?	1	Sim
		0	Não
II.14.9	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?	1	Sim
		0	Não
		16	ESCORE MÁXIMO
Atenção ao Pré-natal e Puerpério			

45

II.15.1 - Essencial	A equipe realiza consulta de pré-natal?	1	Sim
		0	Não
II.15.1/1 - Essencial	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.15.2 - Geral	A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	1	Sim
		0	Não
II.15.3	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?	1	Sim
		0	Não
II.15.4	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	1	Sim
		0	Não
II.15.5	A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	1	Sim
		0	Não
II.15.6 - Geral	A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?	1	Sim
		0	Não
II.15.7	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	1	Sim
		0	Não
II.15.8	Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	1	Sim
		0	Não
II.15.9	No acompanhamento da gestante há registro de:	1	Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
		1	Consulta odontológica da gestante
		1	Vacinação em dia da gestante

		1	Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
		0	Nenhuma das anteriores
II.15.10	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	1	Sim
		0	Não
II.15.11 - Geral	É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe?	1	Sim
		0	Não
II.15.12	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto?	1	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher
		1	Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde
		1	Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
		0	Nenhuma das anteriores
II.15.13 - Geral	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	1	Sim
		0	Não
		23	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Criança < Dois Anos de Vida			
II.16.1 - Geral	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	1	Sim
		0	Não
II.16.2	A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	1	Sim
		0	Não
II.16.3	A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	1	Sim
		0	Não
II.16.4	A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	1	Sim
		0	Não
II.16.5	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	1	Sim
		0	Não
II.16.6	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	1	Vacinação em dia
		1	Crescimento e desenvolvimento
		1	Estado nutricional
		1	Teste do pezinho
		1	Violência familiar
		1	Acidentes
		0	Nenhuma das anteriores
II.16.7 - Geral	A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	1	Sim
		0	Não
II.16.8 - Geral	A equipe realiza busca ativa das crianças: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	1	Prematuras
		1	Com baixo peso
		1	Com consulta de puericultura atrasada
		1	Com calendário vacinal atrasado
		1	Outros

		0	Não realiza busca ativa das crianças.
II.16.9	A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	1	Sim
		0	Não
II.16.10	A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	1	Sim
		0	Não
II.16.11	A equipe conhece e cumpre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (Lei 11.265 de 2006 e Decreto 8.552 de 2015)	1	Sim
		0	Não
		20	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS			
II.17.1 - Essencial	A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão?	1	Sim
		0	Não
II.17.2	Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde?		Dias
II.17.3 - Geral	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	1	Sim
		0	Não
II.17.4	A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	1	Sim
		0	Não
II.17.5	A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	1	Sim
		0	Não
II.17.6	A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?	1	Sim
		0	Não
II.17.7 - Geral	A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	1	Sim
		0	Não
II.17.8 - Geral	A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	1	Sim
II.17.8/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.17.9	A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	1	Sim
		0	Não
II.17.10	A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	1	Sim
		0	Não
II.17.10/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
		11	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus - DM			
II.18.1 - Essencial	A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes?	1	Sim
		0	Não

II.18.2	Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com Diabetes mellitus na unidade de saúde?		Dias
II.18.3 - Geral	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?	1	Sim
		0	Não
II.18.4 - Geral	A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	1	Sim
		0	Não
II.18.4/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.18.5	A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?	1	Sim
		0	Não
II.18.6	A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	1	Sim
		0	Não
II.18.7	A equipe possui o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	1	Sim
		0	Não
II.18.7/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.18.8 - Geral	A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	1	Sim
		0	Não
II.18.9 - Geral	A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	1	Sim
		0	Não
II.18.10 - Geral	A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	1	Sim
		0	Não
		11	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Pessoa com Obesidade			
II.19.1 - Geral	A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	1	Sim
		0	Não
II.19.2	Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30$ kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	1	Sim
		0	Não
II.19.3	Quais dessas ações a equipe realiza?	1	Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS
		1	Oferta ações voltadas à
			atividade física
		1	Oferta ações voltadas à alimentação saudável
		1	Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS
		1	Encaminha para serviço especializado
		1	Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso
		0	Nenhuma das anteriores
		8	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Pessoa com Tuberculose - TB			

II.20.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários de tuberculose?	1	Sim
		0	Não
II.20.2	Quando há usuário diagnosticado com Tuberculose a equipe:	1	Realiza consulta deste usuário nesta UBS
		0	Encaminha o usuário para unidade de referência
II.20.3	Qual a disponibilidade de oferta de consulta para pessoas com tuberculose?	2	Diariamente
		1	Entre duas a quatro vezes na semana
		0	Menos de duas vezes na semana
II.20.4 - Geral	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?	1	Sim
		0	Não
II.20.5 - Geral	A equipe realiza a notificação de casos de tuberculose na unidade?	1	Sim
		0	Não
II.20.5/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.20.6	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado do usuário?	1	Sim
		0	Não
II.20.7 - Geral	A equipe realiza busca ativa para os seguintes casos:	1	Sintomático respiratório
		1	Pessoas contatos de tuberculose
		1	Faltosos do tratamento (até o período de 29 dias)
		1	Abandono de tratamento (após o período de 30 dias)
		0	Não realiza busca ativa
		12	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Pessoa com Hanseníase - Hans			
II.21.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	1	Sim
		0	Não
II.21.2	Quando há usuário diagnosticado com Hanseníase a equipe:	1	Realiza consulta deste usuário nesta UBS
		0	Encaminha o usuário para unidade de referência
II.21.3 - Geral	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?	1	Sim
		0	Não
II.21.4	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?	1	Sim
		0	Não
II.21.4/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.21.5 - Geral	A equipe realiza notificação de casos de hanseníase na unidade?	1	Sim
		0	Não
II.21.6	A equipe faz acompanhamento dos usuários encaminhados para serviços de saúde de referência?	1	Sim
		0	Não
II.21.7 - Geral	A equipe realiza busca ativa para os seguintes casos:	1	Sintomático (lesões na pele)
		1	Pessoas contatos de hanseníase
		1	Faltosos do tratamento
		1	Abandono de tratamento

		0	Não realiza busca ativa
		11	ESCORE MÁXIMO
Ações de Combate ao Aedes aegypti			
II.22.1	No último ano foi realizada alguma ação para combate ao Aedes aegypti no território?	1	Sim
		0	Não
II.22.2 - Geral	Quais das seguintes ações a equipe realizou?	1	Ações para a localização dos criadouros dos mosquitos
		1	Eliminação dos criadouros dos mosquitos
		1	Comunicação e mobilização da população e ações educativas (conscientização, informação, ações educativas)
II.22.3	Em qual desses locais a equipe realizou essas ações?	1	Nas casas das famílias de responsabilidade da equipe
		1	Nas escolas do território
		1	Nos equipamentos sociais do território (estabelecimentos comerciais, igrejas, etc)
		1	Em terrenos abandonados
		0	Nenhuma das anteriores
II.22.4	As ações educativas abordam quais temas?	1	Como eliminar os criadouros existentes do mosquito
		1	Como fazer o armazenamento de água potável evitando novos focos
		1	Como fazer o acondicionamento de lixo evitando novos focos
		1	Como realizar a limpeza e manutenção das áreas sob sua responsabilidade
		1	Orientação sobre os sintomas e sinais de alarme das doenças
		0	Nenhuma das anteriores
II.22.5	A equipe realiza ações de combate ao Aedes aegypti junto à equipe de Vigilância?	1	Sim
		0	Não
II.22.6	O ACS realiza ação química para o combate ao vetor?	1	Sim
		0	Não
II.22.7 - Geral	A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território?	1	Sim
		0	Não
II.22.7/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
		1	Protocolo clínico da Dengue, Zika, Febre Chikungunya
		1	Protocolo clínico de Febre Amarela
		1	Material com a definição do fluxo assistencial na rede
		1	Atualização voltada ao manejo clínico do paciente

II.22.8	A gestão municipal ofertou para equipe?	1	Capacitação voltada à realização de ação de educação em saúde para população
		1	Materiais educativos para ofertar à população
		1	Atualização no combate vetorial ao Aedes aegypti
		1	Capacitação para o atendimento dos casos suspeitos de Dengue, Zika vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela
		1	Cartilha do ACS ou outro material relacionado as ações do ACS no combate ao vetor
		0	Nenhuma das anteriores
II.22.9 - Geral	A equipe realiza classificação de risco dos pacientes que chegam com suspeita de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela, conforme os fluxogramas estabelecidos?	1	Sim
		0	Não
II.22.10 - Geral	A equipe inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS ?	1	Sim
		0	Não
II.22.11	A equipe realiza a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na unidade, quando necessário?	1	Sim
		0	Não
II.22.12	A equipe solicita o hemograma com contagem de plaquetas para o paciente com suspeita de Dengue, de acordo com o protocolo de manejo clínico?	1	Sim
		0	Não
		30	ESCORE MÁXIMO
Atenção a Pessoa em Sofrimento Psíquico			
II.23.1	A equipe realiza consulta para:	1	Usuários em sofrimento psíquico (Geral)
		1	Usuários de crack, álcool e outras drogas (Geral)
		1	Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antibióticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor (Geral)
		0	Não realiza esse tipo de consulta
II.23.2	A equipe possui registro dos usuários do território:	1	Usuários em sofrimento psíquico
		1	Usuários de crack, álcool e outras drogas
		1	Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antibióticos, anti-convulsivantes,
		1	anti-depressivos, estabilizadores de humor
		0	Não realiza registro desses usuários
II.23.2/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não

II.23.3	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	1	Consulta específica com tempo maior
		1	Registro da história de vida
		1	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo
		1	Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)
		0	Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos
II.23.4	A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:	1	Usuário em sofrimento psíquico
		1	Usuário de crack, álcool e outras drogas
		1	Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antibióticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor
		0	Não realiza registro desses usuários
II.23.4/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
		16	ESCORE MÁXIMO
Atenção à Pessoa com Deficiência - PCD			
II.24.1	A equipe possui registro do número dos casos de pessoas com deficiência?	1	Sim
		0	Não
II.24.1/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.24.2	A equipe possui o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços?	1	Sim
		0	Não
II.24.2/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.24.3	Com quais serviços a equipe conta para o acompanhamento das pessoas com deficiência	1	NASF
		1	CER (Centro Especializado de Reabilitação)
		1	Outros serviços
		0	Não conta com serviço/equipe de apoio
		7	ESCORE MÁXIMO
Visita Domiciliar			
II.25.1	Existe ACS na equipe?		Sim
			Não
II.25.2	Existe população descoberta de ACS?		Sim
			Não
II.25.3 - Geral	A Secretaria Municipal de Saúde fornece normas para o desenvolvimento do trabalho dos ACS?		Sim
			Não
	As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas		Sim

II.25.4 -	com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		Não
		4	ESCORE MÁXIMO
Promoção à Saúde			
II.26.1	A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	1	Sim
		0	Não
II.26.2	II.26.2 - Quais as ações de promoção à saúde são desenvolvidas:	1	Ações de apoio ao autocuidado (Geral)
		1	Promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos (Geral)
		1	Promoção do Desenvolvimento Sustentável (Geral)
		1	Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade (Geral)
		1	Articulação intersetorial com outros serviços públicos (Geral)
		1	Organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território (Geral)
		0	Nenhuma das anteriores
II.26.3	A equipe utiliza o novo „Guia Alimentar para a População Brasileira„ do Ministério da Saúde?	1	Sim
		0	Não
II.26.3/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
		9	ESCORE MÁXIMO
Programa Academia da Saúde			
II.27.1	A equipe sabe se existe o Programa Academia da Saúde no município?	1	Sim
		0	Não
II.27.2	A equipe sabe se existe polo do Programa Academia da Saúde no seu território?	1	Sim
		0	Não
II.27.3 - Geral	A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	1	Sim
		0	Não
II.27.4	Quais dessas ações são desenvolvidas?	1	Planejamento das ações
		1	Discussão de casos
		1	Práticas artísticas e culturais (dança, teatro e outros)
		1	Práticas corporais e Atividade Física
		1	Construção de projetos terapêuticos
		1	Participação no Grupo de Apoio à Gestão do Polo
		1	Encaminhamento de usuários para as atividades do polo

		1	Mobilização da comunidade para participar das ações do programa
		0	Nenhuma das anteriores
		11	ESCORE MÁXIMO
Atividades na Escola e Programa Saúde na Escola - PSE			
II.28.1	A equipe sabe se existe o Programa Saúde na Escola no município?	1	Sim
		0	Não
II.28.2	A equipe participa do Programa Saúde na Escola?	1	Sim
		0	Não
II.28.3	É realizado planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola?	1	Sim
		0	Não
II.28.3/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.28.4	Quais são as estratégias e instrumentos utilizados para monitorar as ações planejadas?	1	Realização de reuniões conjuntas entre equipe de saúde e equipe das escolas
		1	Realização do levantamento do número de escolares atendidos na UBS
		1	Utilização das informações registradas no e-SUS
		1	Utilização das informações contidas no FORM-SUS
		0	Não monitora as ações
II.28.5	Qual a principal forma que a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes?	1	Realiza diagnóstico das condições de saúde dos escolares
		1	Comunica à escola os casos alterados e faz recomendações para auxiliar no cuidado com o educando
		1	Discute casos com os profissionais da escola
		1	Problematiza com a escola questões de vulnerabilidade à saúde do educando a partir das situações de risco detectadas
		1	Envolve a família e a escola no cuidado com o educando
		1	Realiza outras ações
		14	ESCORE MÁXIMO
Práticas Integrativas e Complementares - PICs			
II.29.1 - Geral	A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?	1	Sim
		0	Não
		1	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia
		1	Reiki
		1	Yoga
		1	Ayurveda

II.29.2	Quais serviços de práticas integrativas e complementares que não estão PNPIC são oferecidos?	1	Florais
		1	Do- in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
		1	Shantala
		1	Talassoterapia
		1	Biodança
		1	Musicoterapia
		1	Dança circular
		1	Naturopatia
		1	Terapia comunitária
		1	Terapia com Argila
		1	Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)
		1	Arteterapia
		1	Osteopatia
		1	Quiropraxia
II.29.3	A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:	1	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
		1	Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica
		0	A equipe não realiza atividades de educação em saúde
		0	Nenhuma das anteriores
II.29.4	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	1	Sim
		0	Não
II.29.5	Os profissionais tem o apoio da gestão para realizar as PICs, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?	1	Sim
		0	Não
II.29.6	A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICs?	1	Sim
		0	Não
		25	ESCORE MÁXIMO
Programa Bolsa-Família			
II.30.1	A equipe identifica famílias elegíveis e encaminha para cadastramento no Programa Bolsa Família?	1	Sim
		0	Não
II.30.2	A equipe registra os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família?	1	Sim
		0	Não
		2	ESCORE MÁXIMO
População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais			
		1	Sim

II.31.1	A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?	0	Não
		0	Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
II.31.2	Qual(is) a(s) população(ões) que existe(m) no território?	1	Quilombolas
		1	Indígenas
		1	Pescadores
		1	Ribeirinhos
		1	Assentados da reforma agrária
		1	População rural
		1	Caboclos
		1	Caiçaras
		1	Extrativistas
		1	Acampados sem terra
		1	Ciganos
		0	Nenhuma das anteriores
II.31.3 - Geral	Existe transporte disponível para a equipe a fim de viabilizar o atendimento a essa população?	1	Sim
		0	Não
II.31.4	A equipe realiza acompanhamento dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	1	Sim
		0	Não
II.31.4/1	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
		15	ESCORE MÁXIMO
Participação, Controle Social e Satisfação			
II.32.1	A equipe realiza avaliação de satisfação do usuário?	1	Sim
		0	Não
II.32.2 - Geral	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço da UBS?	1	Sim
		0	Não
II.32.2/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
II.32.3	Quais são os canais de comunicação disponibilizados?	1	Comunicação direta com a equipe
		1	Comunicação direta com a gestão municipal
II.32.4	A equipe discute internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários?	1	Sim
		0	Não
II.32.5 - Geral	Há Conselho Local de Saúde na unidade de saúde ou outros espaços de participação popular?	1	Sim
		0	Não
II.32.5/1 - Geral	Existe documento que comprove?	1	Sim
		0	Não
		8	ESCORE MÁXIMO
Composição das equipes NASF			
NII.33.1	A gestão municipal debateu com sua equipe sobre quais	1	Sim
		0	Não

		0	Não sabe
NII. 33.2	Sobre a composição do NASF:	1	A composição da equipe do NASF, de acordo com as categorias profissionais presentes, contempla as necessidades do território
		1	A carga horária dos profissionais do NASF está dimensionada de modo que atenda a demanda local
		1	Considerando as necessidades do território, outro profissional deveria compor a equipe NASF
		0	Nenhuma das anteriores
		4	ESCORE MÁXIMO
Acesso ao NASF			
NII.34.1	Diante de uma situação na qual sua equipe sente necessidade de apoio, qual(is) é(são) a(s) forma(s) mais frequente(s) de acionar/solicitar apoio do NASF?	1	Encaminhamentos por escrito
		1	Discussão de casos
		1	Consultas compartilhadas
		1	Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
		1	Contato por e-mail e telefone
NII.34.2	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	4	Até 1 dia
		3	De 2 e 7 dias
		2	De 8 e 15 dias
		1	De 16 a 30 dias
		0	Acima de 30 dias
NII.34.3	Você considera que o NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?	4	Sempre
		3	Na maioria das vezes
		2	As vezes
		1	Raramente
		0	Nunca
NII.34.4	O planejamento e organização do cronograma de ações do NASF é realizado de forma conjunta com a sua equipe?	1	Sim
		0	Não
NII.34.5	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?	1	Sim
		0	Não
NII.34.6	Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares com sua equipe?	1	Sim
		0	Não
		0	Não sabe/Não respondeu
NII.34.7	Sua equipe e o NASF pactuaram critérios que orientem quais situações devem ser atendidas pelo NASF e quais são encaminhadas para outros pontos de atenção?	1	Sim
		0	Não
		0	Não sabe/Não respondeu
NII.34.8	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas (que estão fora do cronograma ou que envolvem algum tipo de urgência)?	1	Sim
		0	Não
		0	Não sabe/Não respondeu
NII.34.9	Nas situações imprevistas, sua equipe consegue o apoio do NASF?	1	Sim
		0	Não

		19	ESCORE MÁXIMO
Articulação entre NASF e Equipe			
NII. 35.1	Nos encontros entre sua equipe e o NASF, acontecem ou são pactuadas quais das seguintes atividades?	1	Discussão de casos
		1	Organização da demanda para atendimentos individuais
		1	Organização da demanda para atendimentos domiciliares
		1	Consultas compartilhadas entre profissionais da equipe do NASF com ESF
		1	C onsultas compartilhadas entre os profissionais da
		1	Grupos terapêuticos
		1	Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular para casos complexos
		1	Educação permanente com as ESF
		1	Discussões sobre o processo de trabalho da ESF
		1	Ações de vigilância em saúde
		1	Ações/reuniões com outros serviços de saúde (ex: CAPS, policlínicas ...)
		1	Ações/reuniões com outros setores (ex: CRAS, CREAS, escola, etc)
		1	Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas
		1	Definição de critérios de acesso, priorização de casos, atribuições de cada profissional
		1	Análise das solicitações de apoio, identificando as principais demandas
		1	Análise de casos concluídos e em atendimento pelo NASF
		1	Monitoramento dos resultados alcançados
		1	Participação em Reuniões dos Conselhos de Saúde ou outros espaços de controle social
		3	Semanal

NII.35.2	Qual a periodicidade dos encontros dos profissionais do NASF com sua equipe?	2	Quinzenal
		1	Mensal
		0	Acima de 30 de dias
		0	Sem periodicidade definida
		3	ESCORE MÁXIMO
Qualificação do cuidado a partir do NASF			
NII.36.1	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui a sua própria equipe no que se refere à disponibilidade em trabalhar de modo compartilhado com o NASF?	0	
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
		9	
		10	
NII.36.2	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações:		
NII 36.2	Resolver as necessidades dos usuários		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Redução da fila de espera para a atenção especializada		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Qualificação dos encaminhamentos realizados		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF, de situações simples para complexas ou diversificadas		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhoria dos indicadores de saúde da população do território		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Ampliação do acesso da população		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NII.36.3	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?	0	
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	

		7
		8
		10
		120 ESCORE MÁXIMO