

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADA
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO
SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG, A PARTIR DA ADESÃO AO
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ – AB)**

Gilmar Antonio Batista Machado

FORMIGA / MINAS GERAIS

2013

Gilmar Antonio Batista Machado

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADA
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO
SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG, A PARTIR DA ADESÃO AO
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ – AB)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad

FORMIGA /MINAS GERAIS

2013

Gilmar Antonio Batista Machado

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADA
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO
SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG, A PARTIR DA ADESÃO AO
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ – AB)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad

Banca examinadora

Profª Salime Cristina Hadad (orientadora)
Profª Daniela Coelho Zazá

Aprovado em Belo Horizonte 03/08/2013

A meus familiares, em especial ao pai, que tanto acreditam em minha vitória.

À Kézia, que tem me empurrado rumo a um futuro recheado de amor e conhecimentos.

AGRADEÇO

A minha orientadora professora Salime Cristina Hadad, pelo apoio irrestrito, ideias extraordinárias e paciência absurda.

À Equipe da Coordenação da Atenção Básica de São Sebastião do Paraíso, pela força e colaboração.

Às Equipes de Saúde da Família do município, que tanto lutam para uma atenção básica mais forte e resolutiva.

À Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social, pelas oportunidades dadas.

“Por que foi que cegámos, Não sei talvez um dia se
chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que
penso, Diz, Penso que não cegámos, penso que
estamos cegos, Cegos que vêem, Cegos que, vendo
não vêem.”

JOSÉ SARAMAGO

RESUMO

Este trabalho é um relato de experiência da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Prêmio de Melhoria da Atenção Integral à Saúde (PMAIS) pelo município de São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais, com ênfase na reorganização direta das ações de planejamento, avaliação e monitoramento da Estratégia de Saúde da Família. Ele também descreve o incentivo do município no estímulo das equipes de Saúde da Família na participação do PMAQ-AB e os resultados obtidos pelas ações implantadas e os potenciais pontos a serem melhorados no programa e no prêmio. Tanto na implantação do PMAQ-AB quanto na do PMAIS, houve discussões entre equipes e gestão municipal, com destaque para os mecanismos de verificação do processo de trabalho, além da produção, acompanhamento e avaliação de indicadores. O incentivo financeiro do prêmio motivou as equipes na busca dos resultados, permitindo a implantação de instrumentos como: fichários rotativos de controle de mulheres em idade fértil, crianças até dois anos, hipertensos e diabéticos; atualização permanente do Sistema de Informação da Atenção Básica e; o aperfeiçoamento do sistema de gestão com apoiadores de suporte às equipes. O exemplo de São Sebastião do Paraíso em relação ao PMAQ-AB mostra que o caminho do Ministério da Saúde no fortalecimento da Atenção Básica no país passa pela melhoria da qualidade por meio de instrumentalização das equipes e pelo pagamento financeiro por resultados.

Palavras-chave: Saúde da Família. Melhoria de Qualidade. Planejamento em saúde. Avaliação de resultados.

ABSTRACT

This paper is an experience report of the implementation of the Programme of Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) and the Award for Improvement of Comprehensive Health Care (PMAIS) in São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais, with emphasis the reorganization of the direct actions of planning, monitoring and evaluation of the Family Health Strategy. He also describes the incentive stimulus in the municipality of Family Health teams in participation PMAQ-AB and the results obtained by the actions implemented and the potential points to be improved in the program and the award. Both the implementation of PMAQ-AB as in the PMAIS, there were discussions between teams and municipal management, with emphasis on the verification mechanisms of the labor process, in addition to production, monitoring and evaluation indicators. The financial incentive prize motivated teams in search results, enabling the deployment of tools such as: binders rotary control women of childbearing age, children under two years, hypertension or diabetes, continuous updating of the Information System and Primary Care; improvement of the management system with supporters support teams. The example of São Sebastião do Paraíso in relation to PMAQ-AB shows the path of the Ministry of Health in strengthening primary care in the country goes through quality improvement through exploitation of the teams and the financial payment by results

Keywords: Family Health. Quality Improvement. Health Planning. Outcome Assessment

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS – AD	Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informação e informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PMAIS	Prêmio de Incentivo à Atenção Integral à Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPSA	Rede Integrada de Informações pela Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SGDAB	Sistema de Gestão do Departamento da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TERCOM	Termo de Compromisso
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 A Atenção Básica¹ no Brasil e o advento da Estratégia de Saúde da Família.....	10
1.2. Histórico da cultura de contratualização para alcance dos resultados na atenção básica	12
1.3 A proposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	14
1.4 Importância dos Sistemas de Informação em Saúde e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no monitoramento de ações da Atenção Básica	17
1.5 A introdução do PMAQ em Minas Gerais e no município de São Sebastião do Paraíso/MG	20
2 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA	22
2.1 Deficiências na organização de informações e gestão da atenção básica de São Sebastião do Paraíso	22
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Geral.....	24
3.2 Específicos	24
4 METODOLOGIA DO ESTUDO	25
4.1 Local do relato.....	25
4.2 Levantamento bibliográfico	26
5 RESULTADOS.....	28
5.1 O processo de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em São Sebastião do Paraíso	28
5.2 Processo de Implantação do Prêmio de Incentivo à Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAIS) em São Sebastião do Paraíso.....	31
5.3 Resultados alcançados por meio do PMAQ e do PMAIS	32
5.4 Dificuldades e proposições acerca do PMAQ e PMAIS.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Atenção Básica¹ no Brasil e o advento da Estratégia de Saúde da Família

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) é fortalecida com o período de redemocratização do Brasil a partir da segunda metade da década de 1980, reafirmando a necessidade da Atenção Básica (AB) ¹ como guia para o alcance de seus princípios fundamentais, dispostos na Lei 8080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Os princípios como universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a igualdade, a equidade e a participação da comunidade estão expressos nas ações e funções a serem desempenhadas pela atenção básica em uma rede de saúde (MENDES, 2012).

Dentre os atributos da atenção básica, podem ser citados, segundo Starfield (2002): o primeiro contato ou porta de entrada do sistema; continuidade do cuidado ao longo da vida; integralidade, entendida como uma visão ampla das necessidades da pessoa, além do oferecimento de todos os serviços de acordo com a necessidade; a coordenação da rede de serviços; orientação para a comunidade, caracterizada pela adscrição da clientela; a centralidade na família e a competência cultural ou o reconhecimento das várias necessidades das pessoas, incluindo as características culturais.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi o passo inicial para o fortalecimento de uma atenção básica mais ampla no país. O programa, extinto para novas adesões a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a), é constituído por um enfermeiro que coordena uma equipe de até trinta agentes comunitários de saúde. Mesmo que o PACS tivesse inicialmente um embasamento seletivo, por atender regiões mais carentes e combater e controlar epidemias de cólera e diarreia, a sua “avaliação contínua indicou a necessidade de uma articulação maior entre esse modelo e os serviços de saúde” (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 601).

¹O termo ‘atenção básica’ será usado como padrão neste trabalho, ao invés de Atenção Primária à Saúde (APS), mais reconhecido no mundo, devido à tendência no Brasil em adotá-lo no decorrer de sua história.

Deste contexto, em dezembro de 1994, por meio da Portaria MS nº 692 (BRASIL, 1994), surge os primeiros procedimentos vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de buscar a organização do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 21), o PSF apareceu da “[...] indignação pelo fato de que (...) o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época”.

A experiência do PSF surgiu da ampliação do PACS, agregando o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários, adotando uma postura mais ativa em relação ao processo saúde-doença, trabalhando com adscrição da população e com foco nos problemas das pessoas e suas famílias (FARIA *et al*, 2010).

Como política de saúde, entendida como estratégia, a Saúde da Família teve na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96) o ponto chave para seu fortalecimento, pois, de uma única vez, houve a modificação do modelo de alocação de recursos financeiros, que passou a ocorrer pela transferência do Fundo Nacional de Saúde para o estadual e o municipal, tornou a Saúde da Família a principal estratégia de fortalecimento do SUS e definiu indicadores de produção e de impacto epidemiológico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em relação ao financiamento, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), para o custeio de procedimentos e ações de assistência básica, dividindo-se em fixo, ligado a um valor *per capita* por habitante, e variável, relacionado à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município (BRASIL, 1997).

Com a valorização oriunda da NOB 1996, a Atenção Básica se consolida como o modelo adotado pelo Ministério da Saúde e a ESF se expande em todo país, por ser uma proposta adequada para a situação brasileira, pois se adéqua aos princípios do SUS, com foco na saúde da família (MENDES, 2012).

O Departamento da Atenção Básica (BRASIL, 2013a) avaliou que o número de municípios com ESF passou de 739 em 1998 para 5.297 em 2012, um aumento de mais de 716%, com elevação da população coberta de sete milhões de pessoas para mais de 105 milhões, um aumento de quinze vezes no número de pessoas com cobertura da ESF.

A ESF tem demonstrado seu potencial para tornar o modelo assistencial mais efetivo no cotidiano da população, portanto é preciso que, além dos incentivos financeiros federais, haja a profissionalização dos agentes comunitários de saúde, a fixação e satisfação dos profissionais de saúde, a educação continuada destes profissionais (GIOVANELLA; MENDOÇA, 2008).

Também há a necessidade de melhoria na infraestrutura das unidades, o fortalecimento do sistema de apoio diagnóstico, a maior utilização de equipes multidisciplinar, a implantação de sistemas eletrônicos de informações clínicas e o fortalecimento gerencial das unidades de ESF (MENDES, 2012).

1.2. Histórico da cultura de contratualização para alcance dos resultados na atenção básica

Como se vê, a atenção básica tem desafios para se firmar como um modelo efetivo de atenção integral à saúde e uma das maneiras que os governos têm percebido para buscar resultados positivos é a contratualização para o alcance dos resultados. O histórico de pagamento igualitário para as equipes do país, com valores idênticos, tem deixado de ser a única maneira de repasse financeiro, pois a assinatura de contratos entre entes governamentais passa a elevar receitas quando há o cumprimento das metas estabelecidas (MINAS GERAIS, 2013).

Os contratos firmados entre agentes públicos são chamados endógenos e funcionam como um acordo de serviço ou um termo de compromisso. Esses contratos têm valor moral, mas não jurídico, pois não dispõem de uma base legal para a cobrança dos compromissos assumidos (MENDES, 2002).

Para Shimazaki (2009, p.13), “os propósitos do uso de contratos são: coordenar as atividades, assegurar a cooperação, distribuir os frutos da cooperação e assegurar que os compromissos sejam cumpridos”.

Ainda segundo a autora, as justificativas para o seu uso ligam-se à maior responsabilidade dos gerentes locais; ao controle mais adequado do desempenho qualitativo e quantitativo dos serviços prestados; ao maior empenho para se atingir os produtos contratados; ao melhoramento dos sistemas de informação e da gestão

da clínica; à focalização nos interesses da população e há a possibilidade de aumentar a transparência das organizações (SHIMAZAKI, 2009).

De acordo com Mendes (2009, p.54), um contrato de gestão deve deixar seus objetivos claros; estabelecer indicadores; desenvolver um sistema de monitoramento, além de formalizar um sistema de incentivos, “através de recompensas e penalidades, coerentes e claras, para as duas partes”.

A contratualização de metas entre gestão e equipes deve buscar a estimulação do “o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes” (BRASIL, 2011 a, p.79).

Há três situações de contratualização identificadas com resposta positiva para a produção de saúde. Segundo Pisco (2011), uma das ações do projeto de reestruturação da APS (Atenção Primária em Saúde) de Portugal, no período entre 2005 e 2010, foi o pagamento de incentivos financeiros ligados ao cumprimento de indicadores de saúde de planejamento familiar, diabetes, gravidez, puericultura e planejamento familiar, o que contribuiu para uma significativa mudança no modelo organizativo local.

Em 2002, no Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Estado do Paraná, deu início a um processo de contratualização, com a assinatura de Termos de Compromisso (TERCOM). Os TERCOM firmados anualmente entre equipe de saúde e os gestores distritais e municipais visam: à melhora no desempenho ou renegociação; ao acompanhamento trimestral; à possibilidade de correções, quando necessário, dos desvios no decorrer do processo e; as comemorações a partir do êxito das equipes (GIACOMINI, 2009).

Esta pactuação incentivou o envolvimento entre corpo técnico e gerencial, intensificando o trabalho das equipes na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde das famílias, e trouxe uma mudança de postura dos profissionais, tornando-os ativos e orientados para resultados (BRASIL, 2006).

Junto com ações como a organização da rede de saúde da mulher e da criança (Programa Mãe Curitibana), a contratualização de resultados possibilitou ao município de Curitiba melhorar o desempenho dos serviços e os indicadores locais de saúde. Em comparação com outras cidades de grande porte, a capital paranaense aparece na quarta posição em taxa de abandono no tratamento da

tuberculose; fica em segundo lugar em proporção de nascidos vivos com mães com mais de sete consultas no pré-natal e em média anual de consultas médicas na atenção básica por habitante, na taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos; e tem a melhor colocação em proporção de óbitos não fetal por causas não definidas e por taxa de mortalidade infantil. (SHIMAZAKI, 2009).

Outra experiência exitosa de contratualização tem ocorrido em Minas Gerais. Em 2007, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) definiu indicadores para as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (GRS), instituindo um pagamento de prêmio por equipe de cada GRS por produtividade, proporcional à nota obtida no desempenho específico nos resultados (JUNIOR, 2009).

Ainda segundo Junior (2009, p. 4), esta experiência além de apontar oportunidades de melhoria, demonstra a efetividade do instrumento na “disseminação das responsabilidades de cada um em relação aos resultados propostos para a sociedade”, servindo como estímulo para os servidores se empenharem de forma diferenciada para conquistarem os compromissos estabelecidos.

1.3 A proposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O Departamento da Atenção Básica (DAB), a partir de experiências de contratualização anteriores e verificando a necessidade de efetivar algumas ações como a avaliação dos serviços e monitoramento de indicadores, instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011b).

O PMAQ-AB tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade da atenção básica no país. Em meados de agosto de 2011, foram disponibilizados no site do Sistema de Gestão de Programas do DAB para conhecimento de gestores e equipes de profissionais, o Manual Instrutivo do PMAQ-AB e seu anexo, a Ficha de Qualificação dos Indicadores. O programa é proposto à participação de 17.664 equipes de atenção básica e 14.590 de saúde bucal (LADEIRA, 2011).

De acordo com a Portaria nº 1654, publicada em 19 de julho de 2011 pelo Gabinete do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), o PMAQ constitui-se de quatro fases, sendo:

- **Adesão e contratualização:** é uma etapa voluntária, aberta a todos os municípios do país, 50% das equipes mais uma de cada município, com a contratualização da equipe da atenção básica e do gestor municipal nas diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB. Compõe o programa 24 indicadores de desempenho e 23 de monitoramento, nas áreas de saúde da mulher, da criança, saúde mental e bucal, controle de hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*, produção geral, tuberculose e hanseníase.
- **Desenvolvimento:** implementado por meio da realização de autoavaliação; monitoramento de metas contratualizadas na primeira fase e feita nos níveis municipal, estadual e federal, assim como a educação permanente e; apoio institucional, estratégia de suporte às equipes de atenção básica;
- **Avaliação Externa:** composta pela certificação de desempenho das equipes e gestão da atenção básica e pelas avaliações das redes locais de saúde, satisfação do usuário e estudo de base populacional;
- **Recontratualização:** nova pactuação entre MS e municípios, com institucionalização de um processo cíclico e sistemático.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, p.79), as diretrizes do PMAQ são:

- I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

A contratualização do PMAQ acontece com a adesão do município e de suas equipes ao programa, a partir da homologação dos municípios participantes, por meio da Portaria n.º 2812 de 29 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011c), há um incentivo financeiro do MS de 20% do denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. O incremento do incentivo é definido a partir dos resultados verificados nas Fases 2, 3 e 4 por equipe aderida e, dependendo da certificação após a avaliação externa, este valor pode ser retirado – desempenho insatisfatório, mantido – desempenho regular, aumentado para 60% - desempenho bom – ou para 100% - desempenho ótimo (BRASIL, 2011b).

Entre as novidades do PMAQ-AB a autoavaliação permitiu a muitas equipes e gestões, pela primeira vez, identificarem e reconhecerem as dimensões positivas e negativas do seu processo de trabalho, possibilitando a busca de sentidos e significados de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2012a).

Partindo da autoavaliação, já com a percepção de pontos fortes e fracos em seu processo de trabalho na saúde na atenção básica, os municípios podem se organizar e planejar ações, preparando-se para a avaliação externa. A essa conjunto de ações, o Ministério da Saúde denominou padrões de qualidade, que se caracterizam “por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços quanto os retrocessos” (BRASIL, 2012a, p. 28).

O PMAQ surge como um meio de diagnosticar a situação do sistema de saúde de uma cidade, evidenciando deficiências e pontos fortes, propondo o planejamento de ações, ou buscando o fortalecimento da atenção básica como centro do sistema.

1.4 Importância dos Sistemas de Informação em Saúde e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no monitoramento de ações da Atenção Básica

Para Hanzhang (2011), um dos preceitos básicos de “A Arte da Guerra”, de Sun Tzu é conhecer a si mesmo e o inimigo, para almejar uma empreitada de sucesso em uma batalha. Esta máxima vale de certo modo para se trabalhar com o processo saúde-doença de uma área, pois sem saber como esta o serviço e sem saber quais são os principais pontos a melhorar, dificilmente serão dissipados os problemas. Em saúde, uma das maneiras de conhecer a si mesmo e o inimigo é através de sistemas de informação.

Um Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser definido, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p.63) como um:

[...] conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados que atuam integradas e articuladamente com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido, [...] de modo a contribuir na formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Para tanto, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

Nas décadas de 1970 e 1980 muitos SIS foram criados partindo da lógica centralizadora do Estado, sendo expandidos na década seguinte para possibilitar a coleta de dados em nível municipal. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criou a Rede Integrada de Informações pela Saúde (RIPSA) com o objetivo de propiciar a discussão da padronização e compatibilização de sistemas (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

Com a ideia crescente de municipalização da saúde na década de 1990, os SIS seguiram o mesmo caminho, produzindo um número cada vez maior de informações de saúde no nível local e contribuindo para a gestão e avaliação das ações em saúde desenvolvidas (VIACAVA; RAMOS, 2009).

O aumento na coleta de dados com produção de informações e indicadores é reflexo da necessidade de uma visão mais ampla do sistema de saúde, buscando contribuir na tomada de decisões que “também contribuirão para melhor qualidade

de vida, progresso socioeconômico, desenvolvimento sustentável e qualidade do meio ambiente” (MENDES; BITTAR, 2010, p. 6).

Dessa forma, os SIS propiciam a chamada vigilância em saúde, sendo um fator importante para garantia da qualidade das informações produzidas a boa cobertura na coleta de dados com número reduzido de sub-registros, atribuída ao empenho do nível local nessa tarefa (VIACAVA; RAMOS, 2009).

Segundo Costa e Carbone (2009, p.58), “a vigilância em saúde são ações realizadas no nível federal, estadual ou municipal que englobam a vigilância ambiental, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica”. O desenvolvimento na prática profissional de uma cultura de alimentação correta de dados, planejamento, avaliação e monitoramento das ações é a mola mestra na efetivação de uma vigilância em saúde atuante.

Em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – (SIPACS) pela Coordenação da Saúde da Comunidade da Secretaria de Assistência à Saúde, atual DAB, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). O sistema nasceu com o objetivo de acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF (BRASIL, 2013e).

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária e seus dados são alimentados pelos profissionais de saúde atuantes nas ESF (BRASIL, 2013e). A coleta de dados é feita em âmbito domiciliar na área de abrangência das equipes e nas Unidades de Saúde da Família (USF). O sistema permite o acesso às informações sobre a situação de saúde das famílias, por meio de relatórios utilizados para o planejamento das ações e melhoria na qualidade de vida da comunidade (MINAS GERAIS, 2011a).

De posse dos dados coletados por meio de fichas ou relatórios específicos, há a digitação no *software* SIAB. São utilizados quatro formulários para entrada dos dados, sendo um de cadastramento familiar, outro para informações de saúde e o terceiro e quarto para informações de produção e marcadores para avaliação (SILVA; LAPREGA, 2005).

De acordo com França (2001, p.40) o SIAB foi desenvolvido para:

[...] dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizados pelos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; gerar informações essenciais para as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e para o Ministério da Saúde; auxiliar e agilizar tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias, tornando disponível um conjunto de informações às equipes de saúde da família, coordenadores e gestores locais de saúde; apoiar a priorização de ações dirigidas às comunidades dos municípios ou a distritos específicos; permitir uma avaliação do trabalho dos agentes comunitários e de toda a equipe de saúde; observar os impactos das ações de saúde desenvolvidas junto à comunidade.

Em revisão bibliográfica, Radigonda *et al* (2010) refere que o SIAB é destacado como importante para a gestão local, porém é pouco ou não é utilizado pelas equipes como instrumento norteador de suas ações, seja pela rotina do processo de trabalho interno, seja pela falta de interesse da gestão para que isso ocorra.

Além disso, o SIAB apresenta empecilhos que impossibilitam a utilização integral de dados produzidos pela atenção básica. Para tanto, seria necessário: compatibilizar conceitos e faixas etárias com outros SIS, adequando-o a novas normas definidas pelas áreas técnicas; aprimorar os mecanismos de controle e de vinculação com o financiamento dos incentivos repassados aos municípios; diminuir os problemas operacionais identificados no Sistema e tornar sua interface gráfica mais agradável (BRASIL, 2002).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.31), o SIAB não apresenta indicadores adequados e oportunos para o monitoramento e avaliação, além de estar despreparado “tecnologicamente para trabalhar com vários níveis de agregação, conduzir o processo de avaliação nos seus diversos níveis de gestão”.

Mesmo com as dificuldades na utilização do SIAB, o PMAQ reforçou sua importância, pois os 47 indicadores são formados por meio de seus dados e monitorados pelo DAB (BRASIL, 2012a). Assim, o MS percebeu a urgência na atualização do sistema de informação voltado para a atenção básica e lançou em abril de 2013 a proposta do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde,

entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia **e-SUS** faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. (BRASIL, 2013b).

1.5 A introdução do PMAQ em Minas Gerais e no município de São Sebastião do Paraíso/MG

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) desde 2006, por meio do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), tem desenvolvido e implantado ferramentas na busca por uma atenção básica mais resolutiva como: o cadastro familiar, a classificação de risco das famílias, diagnóstico local e municipal, programação e organização da agenda, abordagem familiar, prontuário de saúde da família e monitoramento (MINAS GERAIS, 2012).

Com o lançamento do PMAQ, o objetivo da SES - MG passa a ser o auxílio aos municípios do estado na preparação para a visita dos examinadores do MS e a obtenção da certificação. Em março de 2012, por meio das GRS, ocorre em todo estado uma oficina de explanação e acompanhamento do programa (MINAS GERAIS, 2012).

Antes disso, em 19 de outubro de 2011, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 943 Minas Gerais apresentou a pactuação de compromissos dos gestores municipais e estadual, para apoio e participação no PMAQ, sendo dezesseis compromissos municipais e sete estaduais, ligados a todo processo cíclico do programa (MINAS GERAIS, 2011 b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), depois de ocorridas as avaliações externas, Minas Gerais teve 2.577 equipes certificadas que devem receber um total de R\$11,2 milhões por terem melhorado a qualidade do atendimento à população e terem sido certificadas por isso.

O início do PMAQ no município de São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais, ocorreu a partir do lançamento do programa no portal do DAB, junho de 2011. À época, a gestão municipal percebeu a possível grandiosidade da ação do governo federal e buscou a adesão de 100% de suas equipes, mesmo que houvesse uma delimitação de 50% mais uma equipe no primeiro momento.

Como existia a possibilidade de haver sobra, pois alguns municípios poderiam deixar de realizar a adesão, o cadastro de 100% das equipes no município foi à primeira decisão em relação ao programa. Com a homologação dos municípios participantes, dezesseis das dezessete equipes do município foram contempladas com a participação (BRASIL, 2011 c).

Outro ponto ocorrido com o PMAQ foi a reestruturação da Coordenação da Atenção Básica municipal. A estrutura organizacional à época da adesão era composta por uma coordenação da Atenção Básica com dois apoiadores institucionais, uma coordenação de saúde bucal, uma coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um assessor de comunicação e dois agentes administrativos.

Com o advento do programa instituiu-se mais um apoiador, ligado diretamente à assessoria dos sistemas de informações e programas governamentais. Isso permitiu que as etapas do PMAQ, a partir de então, já começassem a ser desenvolvidas. Assim, entre dezembro de 2011 e março de 2012, a aplicação da autoavaliação, a realização de planejamento de ações a partir desta, o monitoramento dos indicadores e metas e a idealização de um prêmio de produtividade foi realizada antes da oficina estadual ocorrida em março.

2 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

2.1 Deficiências na organização de informações e gestão da atenção básica de São Sebastião do Paraíso

As equipes de saúde da família de São Sebastião do Paraíso têm buscado a realização de diagnóstico situacional anual na tentativa de conseguirem informações mais fidedignas de sua área de abrangência e processo de trabalho. Esta tradição foi iniciada quando os primeiros profissionais do município, na primeira turma do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tiveram contato com o instrumento.

Observou-se, no entanto, que na realização dos diagnósticos situacionais pelas equipes tem sido constante a dificuldade para conseguir dados, por meio do SIAB, que demonstrem as reais características da área de abrangência, tais como: o cadastro do número de pessoas em todas as faixas etárias, o número de diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças, hansenianos e tuberculosos. As equipes, muitas vezes, possuíam estes dados nas unidades e nos relatórios de papel, porém não alimentavam adequadamente o Sistema de Informação.

Em novembro de 2011, quando ocorreu a adesão ao PMAQ, o número de pessoas cadastradas no SIAB estava em torno de 35.000 pessoas, aproximadamente 54% da população cadastrada, para uma cidade de 65.000 pessoas e que deveria possuir uma cobertura de cadastramento no Saúde da Família de aproximadamente 85% da população total.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui uma comissão de avaliação de indicadores desde 2010 e os resultados de monitoramento tem sido positivos, sendo discutidos diversos indicadores de saúde durante encontros mensais com tomada de decisão em relação à necessidade de melhora de determinadas situações, quando estes se apresentam deficitários.

Porém, foi observado que havia deficiências na avaliação e no monitoramento dos dados das equipes de saúde da família pela coordenação da atenção básica. Mesmo que ocorressem ações pontuais de avaliação, como a discussão com as equipes de seus fechamentos mensais de dados do SIAB, não havia um mecanismo

padronizado de avaliação e monitoramento e o retorno às equipes dos dados avaliados também não ocorria de modo contínuo.

De maneira geral, o planejamento das ações ficava deficitário, tanto por parte da coordenação da atenção básica em relação às equipes, como por parte das próprias equipes. Muitas vezes a obrigatoriedade no planejamento das ações partia de uma condição específica vinda da gestão e quase nunca de uma demanda das equipes, por não terem instrumentos adequados para analisar sua população e/ou produção, ou por não saberem usar os que possuíam.

Os gestores de saúde do município de São Sebastião do Paraíso perceberam com o advento do PMAQ, a existência de uma deficiência em avaliar e monitorar a sua produção e ações, e ao mesmo tempo, pouca efetividade no planejamento das ações.

Um dos motivos que levaram a este quadro foi a falta de alimentação adequada do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), pois este não tinha recebido a atenção devida e não era fidedigno em relação ao acompanhamento das famílias na área e à produção da equipe no município.

Este trabalho justifica-se pela oportunidade de descrever a introdução de ferramentas administrativas de coleta de dados, planejamento de ações e avaliação e monitoramento, além do processo de aprendizagem para seu uso.

Alguns dos pontos que este trabalho pode contribuir são: apontar pontos para melhorar na informação com o acompanhamento e produção de dados do SIAB; conhecer a percepção da necessidade do planejamento de ações e da avaliação e monitoramento das ações propostas; possibilitar a identificação da importância de instrumentos autoavaliativos como mecanismos de auxílio no planejamento de ações, além da imprescindível necessidade da contratualização de metas entre gestão e equipes.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Relatar a experiência de organização do processo de trabalho vivenciada pelas equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) em novembro de 2011.

3.2 Específicos

- Descrever as ações de incentivo realizadas pelo município para estimular as ESF nas ações do PMAQ.
- Descrever os resultados obtidos pelas ações implantadas e os potenciais pontos a serem melhorados no PMAQ e PMAIS.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

O relato de experiência é entendido como um documento em que se deve registrar todo o percurso desenvolvido da ação, sendo apresentadas as bases teóricas necessárias para dar fundamentação ao assunto (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, 2007).

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado durante a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no município de Sebastião do Paraíso – MG, no período de junho de 2011 a dezembro de 2012. Participaram do processo todas as dezoito equipes de Saúde da Família, mesmo que somente dezesseis tivessem realizado a adesão ao PMAQ-AB, além das duas equipes do NASF, a coordenação da atenção básica da cidade da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere à sistematização do processo desta experiência, foram realizadas reuniões na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Sebastião do Paraíso, em especial na coordenação da atenção básica, para definição da adesão ao PMAQ-AB, sendo repassado a seguir para as equipes.

Na fase seguinte, a coordenação da atenção básica iniciou o processo de desenvolvimento do programa, por meio da aplicação de instrumentos autoavaliativos tanto para si e para a SMS, quanto para as equipes. Na sequência, houve o planejamento das ações a partir dos principais problemas levantados, criando ao mesmo tempo planilhas de acompanhamento dos indicadores propostos, além de instituir, junto com a SMS e o setor jurídico da Prefeitura, mecanismos de avaliação interna do processo de trabalho da atenção básica do município.

4.1 Local do relato

O município de São Sebastião do Paraíso é uma cidade do sudoeste mineiro, com 64.980 habitantes, área de 815 km² (quilômetros quadrados) e densidade demográfica de 80 habitantes/km² (BRASIL, 2013f).

O município localiza-se próximo à divisa do estado de São Paulo e a 400 km de Belo Horizonte. A pirâmide etária do município tem se mantido

representativamente com uma base larga e um cume afinado, com maioria de população jovem, porém com uma tendência de aumento da expectativa de vida e redução de natalidade nos últimos anos (BRASIL, 2013f). A economia mostra-se diversificada, tendo a agropecuária (café, cana e laticínios), o setor de serviços (comércio, serviços de saúde e educação) e a indústria (setor de couro, materiais cirúrgicos e confecção – peças íntimas femininas) como pontos fortes (SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013f), dos 20.736 domicílios permanentes do município, 19.087 (92,0%) possuem banheiro de uso exclusivo com esgotamento sanitário e rede geral de esgoto ou pluvial sistema de abastecimento de água, destinação de sistema sanitário e com sistema de coleta de lixo. O IDH do município é de 0,812 (ONU, 2003), considerado elevado.

O município faz parte da macrorregião de saúde de Alfenas e de uma microrregião de saúde em que é a cidade central, atendendo nos níveis primário, secundário e terciário de saúde. Desde março de 2010 a gestão do sistema de saúde é plena. A rede de saúde conta com: 18 (dezoito) Unidades de Saúde da Família; 2 (duas) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 1 (um) Pronto Atendimento; 1 (um) laboratório municipal de análises bioquímicas; 1 (um) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); 1 (um) CAPS - AD (Álcool e Drogas); 1 (um) Ambulatório de Especialidades; 1 (um) Hospital filantrópico psiquiátrico; 1 (um) Hospital filantrópico geral; 1 (um) Centro de puericultura; 1 (uma) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); 1(um) asilo para idosos; além de 2 (dois) planos de saúde particulares; planos de saúde odontológicos; diversas clínicas multidisciplinares; clínicas de diagnóstico por imagem e laboratórios de análises bioquímicas particulares. Quando não é possível resolver o problema de saúde do usuário no município, este é encaminhado para serviços de referência em outras cidades da macrorregião.

4.2 Levantamento bibliográfico

No que se refere à fundamentação teórica deste trabalho, a pesquisa bibliográfica foi realizada em bibliotecas virtuais, livros reconhecidos e ligados às políticas públicas de saúde, às redes de atenção, à atenção básica e à Estratégia de

Saúde da Família, além de legislação ligada ao Sistema Único de Saúde, em nível federal e estadual.

As pesquisas foram realizadas na Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e na Biblioteca da Literatura técnica e científica da America Latina e Caribe (LILACS).

Com o tema “sistema de informação em saúde”, tendo o Brasil como país/região, em idioma português, no período de 2010 a 2012, foram encontrados 182 textos completos, sendo utilizados três textos neste trabalho. Buscou-se também o tema “contratualização” e obteve-se 15 textos completos, no período de 2004 a 2012, em português, com aplicação de dois deles neste trabalho. Por fim, buscou-se o termo SIAB, mantendo o padrão de texto completo, em português, de 2000 a 2012, o que resultou em 36 trabalhos, sendo aproveitados sete deles nesta pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 O processo de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em São Sebastião do Paraíso

Desde o lançamento do PMAQ-AB pelo Ministério da Saúde, o município de São Sebastião do Paraíso se mobilizou e organizou parte de seus profissionais para estudar as propostas do programa e ver sua viabilidade.

Um dos pesos para esta decisão foi a possibilidade real de aumento da arrecadação financeira da Atenção Básica, com a vinda de 20% do valor do PAB variável por equipe aderida e o possível aumento para 100% deste valor, após o processo de certificação das equipes feita pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Além disso, o PMAQ-AB poderia vir a se tornar um norte no processo de trabalho das equipes de saúde da família e da coordenação da atenção básica, pois trazia conceitos importantes de organização: o apoio institucional, a autoavaliação, o levantamento de problemas e sua priorização, a avaliação e o monitoramento das ações e indicadores.

A partir da discussão da importância do programa, o município iniciou o processo de adesão de suas equipes, inscrevendo todas no Sistema de Gestão do Departamento da Atenção Básica (SGDAB), sendo homologadas dezesseis das dezessete equipes implantadas à época. A décima oitava equipe da cidade foi inaugurada em outubro de 2012, depois de finalizado o processo de adesão e de avaliação externa pelo Ministério da Saúde.

Durante o processo de adesão, ocorreu um planejamento das ações a serem desenvolvidas, com definição de responsáveis e prazos, passando pelos momentos de:

- Sensibilização do Prefeito Municipal, Secretaria de Saúde, equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e NASF;
- Autoavaliação da Gestão de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, ambos com apoio da Coordenação da Atenção Básica;

- Realização de matrizes de intervenção, a fim de mudar situações que necessitassem de alteração após levantamento do problema na autoavaliação;
- Monitoramento das ações propostas e dos indicadores, a partir da criação de planilhas específicas para este fim;
- Organização da educação permanente;
- Reestruturação do sistema de apoio da coordenação da atenção básica;
- Preparação para recepcionar os avaliadores externos do Ministério da Saúde;
- Elaboração de prêmio municipal vinculado ao PMAQ, a fim de iniciar processo de contratualização e pagamento por resultados.

Definidas as etapas, partiu-se para a prática. O primeiro ponto foi a reorganização da atenção básica, com o aumento de dois para três apoiadores, sendo um responsável direto pelo PMAQ e futuro prêmio de incentivo.

Depois disso, os apoiadores e a coordenação da atenção básica passaram a cumprir o cronograma de sensibilização do programa com toda equipe, realizando a autoavaliação proposta pelo MS, por meio do instrumento Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) (BRASIL, 2012c) com a gestão municipal de saúde.

A partir da realização do AMAQ pela gestão, foi elaborado plano de ação com priorização dos problemas levantados, seguindo matriz de intervenção proposta no instrumento (BRASIL, 2012c), servindo como parâmetro para cada um dos padrões de qualidade avaliados e com necessidade de melhoria.

O passo seguinte foi realizar o processo de aplicação do AMAQ com todas as equipes da ESF do município e, em seguida, a matriz de intervenção com os padrões de qualidade que cada uma das equipes priorizou, na tentativa de traçar estratégias para obter melhorias.

Feita esta etapa, a coordenação da atenção básica dividiu as tarefas ligadas ao PMAQ do seguinte modo: um apoiador passou a acompanhar e avaliar o SIAB e a produzir planilhas de monitoramento dos indicadores de saúde propostos pelo programa e alimentá-las, e as outras duas apoiadoras passaram a desempenhar ações de campo para contribuir no processo de apoio e monitoramento das planilhas de intervenção produzidas pelas equipes.

Esta divisão da coordenação possibilitou o aumento de troca de saberes e conhecimentos entre as equipes, pois números e soluções positivas de uma equipe eram incentivados a serem implantados e seguidos por outras equipes.

Outro ponto ligado ao formato do sistema de apoio do município foi a organização do modo de monitoramento e avaliação dos indicadores ligados ao PMAQ. Para esta etapa se tornar efetiva, houve uma pactuação com as equipes da alimentação regular do SIAB e do envio de seus dados dentro de calendário estabelecido pelo MS. A seguir, houve a elaboração de planilhas específicas para lançamento dos dados do SIAB, gerando os resultados por equipe e o consolidado do município dos indicadores e a produção de gráficos, a fim de facilitar a visualização.

Ao mesmo tempo, iniciaram-se, com organização da Coordenação da Atenção Básica, treinamentos mensais com as classes profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família, a fim de consolidar a etapa de educação permanente proposta na segunda fase do PMAQ. Estes treinamentos estavam ligados a temas que devem ser desenvolvidos na ESF, como hanseníase, tuberculose, dengue, tabagismo, saúde do trabalhador e doenças sexualmente transmissíveis.

Desta forma, buscou-se passar pelas quatro etapas do desenvolvimento do PMAQ, de dezembro de 2011 a julho de 2012, sendo a organização do sistema de apoio, a realização de autoavaliação, a elaboração de ações de educação permanente e a adoção de mecanismos de avaliação e o monitoramento.

A etapa seguinte do PMAQ foi a chamada Avaliação Externa, que ocorreu em agosto de 2012. Para se preparar, a Coordenação da Atenção Básica elaborou cronograma de visita às USF, sendo apresentado para cada uma das equipes o documento síntese desta fase do programa, além de treinamento sintetizado sobre como receber os avaliadores e sobre a organização da equipe, a fim de facilitar o trabalho do MS.

Outra ação, durante o processo de Avaliação Externa, foi o acompanhamento da coordenadora da atenção básica de todas as etapas de trabalho dos avaliadores, facilitando o entendimento desses sobre a organização do processo de trabalho no município e das equipes.

5.2 Processo de Implantação do Prêmio de Incentivo à Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAIS) em São Sebastião do Paraíso.

Um pouco antes da visita dos avaliadores externos, na segunda quinzena de junho de 2012, seguindo orientações do Ministério da Saúde, o município publicou portaria de criação do Prêmio de Melhoria da Atenção Integral à Saúde (PMAIS), visando: à preparação das equipes para o PMAQ; à melhoria na atenção à saúde da comunidade e; ao pagamento de prêmio para as equipes que alcançassem os resultados pactuados.

A Secretaria Municipal de Saúde há algum tempo estudava maneiras de implantar o pagamento por produtividade nas equipes de Saúde da Família. Apesar destas discussões anteriores, havia sempre o empecilho da fonte financeira para a implementação desta ação. Com o advento do PMAQ, surgiu uma solução para o problema do financiamento.

5.2.1 Utilização do recurso do PMAQ-AB

Assim, a SMS, tendo a Diretoria de Saúde como organizadora iniciou um processo de discussão de ideias sobre a maneira de se implantar o pagamento por resultado. Em conjunto com a Coordenação da Atenção Básica e a Procuradoria Municipal, elaborou Projeto de Lei criando o PMAIS.

O prêmio, baseado no PMAQ, incentiva as equipes a criarem e implantarem mecanismos de: verificação do processo de trabalho e atenção à saúde da população de sua área de abrangência; participação da comunidade e satisfação do usuário e; produção, acompanhamento e avaliação de indicadores.

Sua avaliação e pagamento são semestrais, e as inscrições das equipes de Saúde da Família, independente de estarem ou não aderidas ao PMAQ, eram automáticas. O julgamento baseava-se no resultado dos indicadores e em avaliação de uma Comissão Julgadora do município. Esta Comissão foi nomeada pela SMS e constituída por profissionais atuantes desta secretaria.

Após a avaliação, os resultados possíveis em uma escala de zero a 100 pontos, são:

- Insatisfatório, quando a equipe não preenche requisitos obrigatórios, como, por exemplo, o envio regular e dentro do prazo do SIAB, e perde o direito de concorrer a 70% do próximo prêmio;
- Regular, quando a equipe fica entre zero e 60 pontos e perde direito de concorrer a 70% do próximo prêmio;
- Bom, quando a nota final está entre 61 e 80 pontos e mantém direito de concorrer a 100% do próximo prêmio;
- Ótimo, quando a equipe fica com mais de 81 pontos e mantém direito de concorrer a 100% do próximo prêmio.

Com estas características, o Projeto de Lei do prêmio foi enviado pelo Executivo Municipal para apreciação da Câmara de Vereadores, sendo aprovado como Lei Municipal nº 3884, de 14 de maio de 2012 (SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, 2012a). A seguir, a Diretoria de Saúde, a Coordenação da Atenção Básica e a Procuradoria elaboraram e o Prefeito publicou o Decreto 4172 de 16 de julho de 2012 (SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, 2012b), que regulamentou a referida Lei e foi publicado no Jornal Oficial do município.

Aprovados Lei e Decreto, ocorreu sensibilização das equipes pela Coordenação da Atenção Básica sobre a implantação do prêmio, e consequente assinatura de Contrato de Gestão entre a SMS e as equipes de Saúde da Família (inclusive as equipes de Saúde Bucal), NASF e da Coordenação da Atenção Básica.

No contrato, ficaram estabelecidas metas para vinte e quatro indicadores, os mesmos indicadores de desempenho do PMAQ, além de determinar quais mecanismos seriam avaliados pela Comissão Julgadora do município. A avaliação da Comissão ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2012 e a premiação aconteceu em dezembro.

5.3 Resultados alcançados por meio do PMAQ e do PMAIS

A adesão do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e posterior criação do Prêmio de Incentivo da Melhoria do Acesso e da Qualidade possibilitou ao município de São Sebastião do Paraíso o planejamento de ações, principalmente relacionado ao processo de trabalho das equipes.

Mesmo que antes este fosse o foco do serviço, com o programa e o prêmio houve um direcionamento do modo de se produzir saúde, pois permitiu a implantação e / ou funcionamento de mecanismos de trabalho, tais como:

- Monitoramento e avaliação periódicos e contínuos dos indicadores de saúde;
- Atualização permanente do SIAB, devido ao seu reconhecimento como fonte essencial de produção de informação, tomadas de atitudes e planejamento.
- Fichários rotativos, tanto para controle de realização de exame preventivo de colo de útero de mulheres em idade fértil, quanto para controle de grupos de risco, como hipertensos, diabéticos e crianças menores de dois anos;
- Lista de controle de hanseníase e tuberculose, condições graves de saúde, usuários, acamados e de alterações importantes de exames, como exame preventivo de colo de útero e mamografia;
- Caixas de sugestões e críticas e aplicação de instrumentos de avaliação de satisfação dos usuários nas equipes;
- Programação de consultas médicas e de enfermagem;
- Sistema de apoio junto às equipes;
- Educação permanente funcional, com classes profissionais atuantes na ESF.

As equipes de São Sebastião do Paraíso conseguiram implantar e tornar funcional estas ações, umas de modo efetivo e integral e outras de maneira insipiente, porém devido à diversidade de áreas de abrangência, de características profissionais e de nível de organização das equipes, os estágios de implantação são diversificados no município. Esta diversificação permitiu que muitas equipes evoluíssem para além do descrito acima, enquanto outras não alcançaram tal estágio.

A partir disso, e após a Avaliação Externa realizada pelo MS, das dezesseis equipes inscritas no PMAQ, quinze ficaram com desempenho ótimo ou muito acima da média e uma foi certificada com desempenho bom ou acima da média. Este resultado, a partir de análise de documento do Ministério da Saúde, colocou São Sebastião do Paraíso como o sexto município em Minas Gerais em valor a receber de incentivo mensal, atrás de Belo Horizonte, Montes Claros, Betim, Uberaba e Ipatinga, e a frente de cidades como Uberlândia e Juiz de Fora (BRASIL, 2013c).

Em relação ao PMAIS, depois de finalizado o processo de avaliação, a premiação aconteceu em dezembro de 2012 e quatro equipes conseguiram

desempenho ótimo, doze equipes desempenho bom, uma equipe desempenho insatisfatório (devido à desatualização do SIAB) e uma equipe solicitou a saída do prêmio para não haver penalização no próximo prêmio, pois havia sido inaugurada em outubro.

5.4 Dificuldades e proposições acerca do PMAQ e PMAIS

Quando o PMAQ foi lançado em junho de 2011 existiam muitas dúvidas quanto às intenções do Ministério da Saúde em relação ao programa. Assim como em outras ações do MS, e mesmo com a divulgação do site do Departamento da Atenção Básica e do Sistema de Gestão do DAB, para estados e municípios ainda inexistiam certezas do alcance e do poder de modificação do programa.

Um dos méritos de São Sebastião do Paraíso foi valorizar o PMAQ e organizar a gestão do programa em nível de coordenação. Isso possibilitou um aprofundamento teórico e a antecipação de etapas, pois enquanto outras cidades não aderiram ao programa, o município buscou 100% de adesão. Além disso, houve a realização do AMAQ com pelo menos quatro meses de antecipação em relação aos outros municípios da Superintendência Regional de Saúde de Passos, Minas Gerais.

Quanto à aplicação do AMAQ, mesmo sendo um instrumento autoinstrutivo, houve dificuldades em seu entendimento pleno, pois em alguns padrões de qualidade aconteceram opiniões divergentes de conceitos, o que pode ter interferido na nota final das equipes.

Outros pontos com dificuldades no PMAQ foram:

- Os indicadores seguem estritamente os dados do SIAB e isso trouxe alguns problemas em relação às faixas etárias, como no caso do indicador de coleta de exames citopatológicos de colo de útero. A idade pedida pelo programa era de quinze a acima de 60 anos, sendo que o MS, através de seus protocolos sugere de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013d);
- A falta de qualificação dos indicadores (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011). Como exemplo pode se citar a ausência de ligação entre os indicadores de saúde da criança e saúde da mulher, ou seja, um reduzido número de consultas de pré-natal pode interferir na quantidade de crianças com baixo-peso?

Propostas de melhorias associam-se ao: aperfeiçoamento do AMAQ pelo MS, tornando-o mais compreensível pelas equipes e, principalmente, tornando-o mais fácil de ser mensurado; revisão dos indicadores de saúde devido às divergências de idade do SIAB e, como o próprio MS já tem sinalizado com a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica; e a qualificação dos indicadores da atenção básica, relacionando-os entre si na proposição de torná-los mais efetivos.

Já em relação ao PMAIS, a sua confusão com o PMAQ em nível municipal talvez tenha sido um dos desafios no decorrer de sua duração. Para muitos profissionais atuantes na ESF o pagamento da gratificação estava relacionado tanto ao PMAQ quanto ao PMAIS e, mesmo após a sensibilização e o desenvolvimento de ambos, as dúvidas persistiram por um bom período.

Outro ponto foi o ineditismo da ação e a ainda falta de crença de algumas das equipes da cidade. Como existia há algum tempo a vontade de se pagar um prêmio ligado à produção, e isso não passou de vontade neste período, quando o PMAIS foi lançado muitas equipes não acreditaram na empreitada, mesmo com o permanente apoio da coordenação. Este atraso inicial acabou impossibilitando que algumas equipes se saíssem melhor na classificação final.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família como política norteadora do Sistema Único de Saúde tem exigido do Ministério da Saúde ações de fortalecimento da Atenção Básica no país. Assim, a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica trouxe a perspectiva de maior investimento para a Atenção Básica, só que agora amarrado a processos de produção, avaliação e monitoramento.

Com o processo de descentralização iniciado na década de 1980 e apresentado na Lei 8080/90, e o fortalecimento cada dia maior da autonomia administrativa dos municípios, a implantação de programas desta natureza tendem a valorizar trabalhos bem executados em nível municipal. Mesmo que seja imprescindível uma visão equânime de saúde, priorizando cidades com maiores carências sociais e financeiras, a valorização de trabalhos bem executados na Atenção Básica, independente das dificuldades ou facilidades dos municípios, é um passo importante para seu fortalecimento.

Outro ponto essencial da implantação do PMAQ foi a oportunidade do MS de conhecer com maior profundidade a Atenção Básica existente no país. Se antes do programa isso era possível quase que exclusivamente através do SIAB, a partir dele e da Avaliação Externa, o governo federal passou a fazer um levantamento das reais situações existentes no país em relação à Atenção Básica. Isso já possibilitou algumas ações, como a substituição do SIAB por sistema mais moderno.

Este passo inicial do PMAQ fez com que a gestão de saúde do município de São Sebastião do Paraíso enxergasse a possibilidade de buscar melhorias em seu processo de trabalho. Assim, houve uma reorganização do sistema de apoio da Atenção Básica municipal e o imediato trabalho junto às equipes para a efetiva implantação do programa.

O resultado parcial destas ações foi o estabelecimento de instrumentos de organização do processo de trabalho, como fichários rotativos e agendas programadas, atualização permanente do SIAB e o acompanhamento e avaliação das metas e indicadores. Isso culminou na avaliação positiva do município no PMAQ, classificando-o entre os seis maiores recursos do programa em Minas

Gerais, além da implantação de prêmio municipal de valorização dos profissionais atuantes da ESF.

Esta nova visão do MS de valorizar a Atenção Básica, aumentando seu financiamento, pode vir a se tornar uma das chaves do fortalecimento deste nível de atenção no país. Para isso ocorrer, é vital que os governos federal, estadual, municipal trabalhem em sintonia, pois uma saúde universal, equânime, integral, igualitária e com participação social só é possível por meio de uma Atenção Básica funcional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P. Informações em Saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**, São Paulo, v. 9, n. 4. p. 241-249, out.-dez. 2000.

Disponível em:

<<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/iesus/v9n4/pdf/v9n4a03.pdf>>. Acesso em 13 fev. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 692**, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). Brasília, 1994. Disponível em:

<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc>. Acesso em 02 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. 36 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 02 fev. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - **Relatório de Gestão 2000-2002**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 220 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestao_sps.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. **Boas práticas de humanização na atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. 16 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Curitiba_02-10.pdf>. Acesso em 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 7. ed., 2009. 816 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf>. Acesso em:

09 fev. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**, Brasília, 2010. 144 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em 06 fev. 2013

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Portaria n.º 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 09 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2812**, de 29 de novembro de 2011. Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110698-2812.html>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. 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, 2012a. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação (ASCOM). Saúde premia 2.577 Equipes de Atenção Básica em Minas Gerais. **InterativaNews-DS**, 28 nov. 2012b. Disponível em: <<http://www.noticiainterativavirtual.com.br/joomla/index.php?view=article&catid=44:minas&id=3797:governo-de-minas-abre-4-mil-vagas-para-policia-militar-e-bombeiros-&format=pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ**, Brasília, 2012c. 134 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>>. Acesso em 09 março 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família**, online, Brasília, 2013a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 27 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica**, Brasília, 2013b. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em 27 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Certificação das equipes de atenção básica participantes do PMAQ**. 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/certificacao_equipes_lista5.pdf>. Acesso em 29 jun. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013d. 124 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf> . Acesso em 27 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB**. 2013e. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em 15 maio 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades** online. 2013f. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codigo=316470&idtema=>>>. Acesso em 27 mar. 2013.

COSTA, E. M.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2. ed 2009. 261 p.

FARIA, H. P.; COELHO, I.B.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2. ed., 2010. 68p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>> . Acesso em 20 jan. 2013.

FRANÇA.T. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: <<http://teses.ict.fiocruz.br/pdf/francatm.pdf>>. Acesso em 16 fev. 2013.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Carta Aberta ao Dr. Hêider Aurélio Pinto, Departamento de Atenção Básica Secretaria de Atenção a Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. **Susbrasil.net**, 26 nov. 2011. Disponível em: <<http://susbrasil.net/2011/08/26/carta-aberta-de-juan-gervas-a-heider-pinto-sobre-avaliacao-na-atencao-basica/>>. Acesso em: 19 maio 2013.

GIACOMINI, C. H.(Org.). **Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de Contratualização**, Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009 146p.: Disponível em: <http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=215&Itemid=90>. Acesso em 23 fev. 2013

GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, cap. 17, p. 575-626.

JÚNIOR, F. A. T. Os instrumentos de contratualização e a pactuação por resultados. In: II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 9: Inovações no sistema de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), 2009, Brasília. **Anais eletrônicos**. Brasília: CONSAD, 2009. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001285.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

HANZHANG, T. **A Arte da Guerra de Sun Tzu: os 13 capítulos originais – Com a interpretação do general chinês Tao Hanzhang para aplicação da antiga sabedoria nas questões da vida moderna**. tradução de Sally Tilelli, São Paulo: Gente, 2011. 190 p.

LADEIRA, F. PMAQ = Acesso e Qualidade! Atenção básica ajusta foco em sua missão. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano XI, n. 29, maio/ago 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3239.pdf>>. Acesso em 07 fev.2013.

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. 176 p.

_____. Os contratos nos sistemas de serviços de saúde. In: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficina 7 - o contrato de gestão**, Belo Horizonte: ESPMG, p.49-56, 2009.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços, **Rev. Adm. Saúde**; n. especial, p. 5-71, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/pg05-71.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Manual Instrutivo**, Belo Horizonte: SES/MG, 2011a. 107 p.

_____. **Deliberação CIB-SUS/MG n. 943**, de 19 de outubro de 2011. Pactua os compromissos dos gestores municipais e estadual, para apoio e participação no Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ.2011b Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%20943%20PMAQ.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto Fortalecimento da Qualidade na Atenção Primária à Saúde**, Belo Horizonte: COSEMS, 2012. 124 p.

_____. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Curso de Capacitação Contratualização em Saúde. Unidade 4: Pagamento e Utilização de Recursos e Prestação de Contas**, Belo Horizonte, 2013. 17 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas de Desenvolvimento Humano 2003. Ranking do IDH dos municípios do Brasil**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003>. Acesso em: 04 de Junho de 2013.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, Jun. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600022&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 09 fev. 2013.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Relato de experiência**, Curitiba, 2007. 8 p. Disponível em: <http://www.pucpr.br/pesquisa_cientifica/iniciacao_pibic/pibic_junior/modelos_docum>

entos/relato_experiencia_2007.doc> Acesso em: 23 mar 2013.

RADIGONDA, B. *et. Al.* Sistema de Informação da Atenção Básica e sua Utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p.38 – 47, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9236/pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO. Prefeitura Municipal. **População e economia** online. 2012. Disponível em: <<http://www.ssparaíso.mg.gov.br/sitenovo/PaginaPrefeitura.php?dsid=22>> Acesso em: 27 mar. 2013

_____. Câmara Municipal. Lei n.º 3.884, de 14 de maio de 2012. INSTITUI O PRÊMIO DE INCENTIVO À MELHORIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE, EM DECORRÊNCIA DO QUE prevê A PORTARIA 1654/2001 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/GOVERNO FEDERAL. **Jornal Oficial Paraíso**, n 193, São Sebastião do Paraíso: 2012a. Disponível em: <<http://www.ssparaíso.mg.gov.br/sitenovo/jornal/JornalOficial193-site.pdf>>. Acesso em: 02 jun 2013.

_____. Prefeitura Municipal. Decreto Municipal n.º 4.172, de 16 de julho de 2012. Institui o regulamento do “prêmio de incentivo à melhoria da atenção integral à saúde”. **Jornal Oficial Paraíso**, nº 197, São Sebastião do Paraíso: 2012b. Disponível em: <<http://www.ssparaíso.mg.gov.br/sitenovo/jornal/JornalOficial197-site2.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2013.

SHIMAZAKI, M. E. O contrato de gestão. In: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficina 7 - o contrato de gestão**, Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 12-21.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2013.

STARFIELD, B.. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf> Acesso em: 14 nov 2012.

VIACAVA, F.; RAMOS, C. L. Considerações Finais. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, , v.2, 2009. p.135 – 145. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/experiencia2.pdf>> Acesso em 09 fev. 2013.