

MARCOS ANDRÉ ALVES MONTEIRO

**METODOLOGIA MULTICRITÉRIO (MCDA) PARA AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS – SC

2022

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO – ESAG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MARCOS ANDRÉ ALVES MONTEIRO

METODOLOGIA MULTICRITÉRIO (MCDA) PARA AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Rafael Tezza, Dr.

FLORIANÓPOLIS – SC

2022

MARCOS ANDRÉ ALVES MONTEIRO

**METODOLOGIA MULTICRITÉRIO (MCDA) PARA AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO TRIBUNAL DE
CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Administração do
Centro de Ciências da Administração e
Socioeconômicas da Universidade do Estado de
Santa Catarina como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre na área de
concentração em gestão estratégica.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Rafael Tezza, Dr.
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membros:
Prof. Nério Amboni, Dr.
Universidade do Estado de Santa Catarina

Prof. Sérgio Murilo Petri, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 28 de junho de 2022

Dedico este trabalho a todos aqueles que me incentivaram ao longo desta jornada, especialmente a minha família pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de apresentar esta dissertação de mestrado profissional no Centro de Ciências da Administração da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), cujos caminhos foram trilhados com perseverança e força de vontade para o trabalho árduo, capacidades semeadas desde minha infância por meus pais Paulo e Josélia, cujos ensinamentos procuro transmitir com muito carinho para meu filho Maurício.

Fundamental contar com o amor e dedicação da minha esposa Danielle, que me apoiou nos momentos de dificuldade e acreditou na minha capacidade de superar desafios, suportando os momentos de minha ausência.

Os resultados foram materializados graças ao apoio do meu orientador, Professor Rafael Tezza, Dr. e dos professores integrantes da banca de avaliação, Nério Amboni, Dr. e Sérgio Murilo Petri, Dr., com os seus valiosos ensinamentos durante as aulas em que tive a satisfação de participar.

Ao Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, instituição que trabalho há 15 anos e contei com todo o apoio necessário para desenvolver essa pesquisa, bem como aos colegas que participaram dessa jornada, colocando-se à disposição para entrevistas, trocas de ideias ou assistindo minhas exposições de resultados parciais.

Tudo não seria possível sem tantas pessoas boas colocadas em meu caminho!

“Toda decisão acertada é proveniente de experiência. E toda experiência é proveniente de uma decisão não acertada” (Albert Einstein).

RESUMO

O presente estudo parte da necessidade de um instrumento para subsidiar o planejamento de atuação do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC) em ações orientadas para a avaliação de desempenho de políticas públicas, favorecendo escolhas mais assertivas de intervenção, tendo como escopo a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo geral é propor um modelo com atributos associados à qualidade dos serviços baseado na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA). Na fase inicial, são apresentados os fundamentos dos serviços de saúde e da APS, seus atributos qualitativos e descritos instrumentos com propósito semelhante de avaliação, entre os quais o Índice de Efetividade da Gestão Municipal (i-saúde/IEG-M), o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sucedido pelo Programa Previne Brasil e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), cuja análise revelou oportunidades de aproveitamento na composição de instrumento alternativo e algumas lacunas. Os resultados alcançados com o modelo elaborado permitem uma visão detalhada das condições da APS nos municípios de Santa Catarina possibilitando a avaliação do desempenho em escala ordinal e referenciada em níveis qualificados como comprometedor, competitivo e excelência, possibilitando comparações e decisões de escolhas de atuações pelo TCE/SC. A etapa final apresenta a simulação do modelo aplicada em dois municípios, permitindo identificar o de menor desempenho para o qual são estabelecidas recomendações de intervenções. Por todas as suas características, o modelo pode contribuir para escolhas mais assertivas de atuação pelo TCE/SC, na orientação aos gestores municipais da saúde e proporcionar maior transparência para a sociedade.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de desempenho. Modelo Multicritério de Apoio à Decisão. Política Pública. Qualidade. Tribunal de Contas.

ABSTRACT

The present study is based on the need for an instrument to support the performance planning of the Santa Catarina State Audit Court (TCE/SC). Primary need is the performance evaluation of public policies. Focusing on Primary Health Care (PHC), the primary objective is to create more assertive options for intervention. A general objective is to propose a model to measure the quality of service based on Multicriteria Decision Analysis (MCDA). During the initial phase, the qualitative fundamentals of health services and PHC are presented. Subsequently, instruments with similar evaluation purposes are described. The Municipal Management Effectiveness Index (i-health/IEG-M) is analyzed along with the Primary Care Assessment Tool (PCATooç). Further analysis reveals opportunities to be used in the composition of an alternative instruments with some gaps. The results achieved will allow a detailed view of the conditions of PHC in the municipalities of Santa Catarina. Consequently, the evaluation of performance will be enabled on an ordinal scale, referencing levels as compromising, competitive, or excellent, thereby enabling a competent comparison, and decisions with choices and resulting actions by the TCE/SC. The final stage presents a simulation of the model applied to two municipalities. The key finding is the identification of the lowest performing municipality for which intervention recommendations are established. As a result, the model can contribute more assertive choices of action by the TCE/SC, enabling proper guidance to municipal health managers while providing greater transparency to society.

Key Words: Primary Health Care. Performance evaluation. Multicriteria Decision Analysis. Policy Health. Quality. Court of Auditors

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Despesas (liquidadas) na função Saúde (10) e subfunção Atenção Primária (101) – em R\$ MM.....	28
Gráfico 2	Número de artigos selecionados por ano.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Enquadramento metodológico do projeto de pesquisa.....	50
Quadro 2	Descritores empregados e resultados da pesquisa nas bases de dados de artigos científicos.....	52
Quadro 3	Resultados do i-saúde/IEG-M 2019 (i-Saúde).....	70
Quadro 4	Síntese das opiniões dos diretores	82
Quadro 5	Síntese das opiniões dos conselheiros	86
Quadro 6	Atores envolvidos no contexto decisório.....	88
Quadro 7	Módulos PMAQ-QAB (quantidade de questões).....	90
Quadro 8	Desenvolvimento dos conceitos.....	93
Quadro 9	Indicadores de pagamento Previnde Brasil, com peso e parâmetro.....	105
Quadro 10	Indicadores utilizados do Pacto Estadual da Saúde SC.....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparação de indicadores do Brasil com outros países.....	32
Tabela 1	Relação dos 5 municípios com melhor desempenho MCDA na APS.....	114
Tabela 2	Relação dos 5 municípios com pior desempenho total MCDA na APS..	114
Tabela 3	Relação dos 5 municípios com pior desempenho MCDA/PVF1 Estrutura na APS.....	115
Tabela 4	Relação dos 5 municípios com pior desempenho MCDA/PVF1 Processos na APS.....	115
Tabela 5	Características dos municípios selecionados para análise (Águas Mornas x Pescaria Brava).....	115
Tabela 8	Comparação de desempenhos IEG-M x MCDA.....	122

APÊNDICES

APÊNDICE A - Resultado final da revisão sistemática - artigos analisados.....	131
APÊNDICE B - Entrevista aplicada com os diretores da DGCE do TCE/SC.....	134
APÊNDICE C - Questionário encaminhado aos conselheiros do TCE/SC.....	136
APÊNDICE D - Agrupamento dos Elementos Primários de Avaliação em áreas de preocupação - Dimensão Estrutura.....	137
APÊNDICE E - Agrupamento dos Elementos Primários de Avaliação em áreas de preocupação - Dimensão Processos.....	145
APÊNDICE F - Agrupamento dos Elementos Primários de Avaliação em áreas de preocupação - Dimensão Resultados.....	153
APÊNDICE G - Desenvolvimento dos Conceitos (Pólo presente e oposto).....	155
APÊNDICE H - Desenvolvimento dos Descritores.....	184
APÊNDICE I - Análise das Taxas de Substituição.....	203
APÊNDICE J - Análise das Taxas de Substituição (simulação empregando MACBETH).....	207
APÊNDICE K - Ranking dos municípios avaliados pelo modelo MCDA (base 2019).....	212

ANEXOS

ANEXO A -	Mapa das 16 regiões de saúde de Santa Catarina.....	219
ANEXO B -	Mapa das 7 macrorregiões de saúde de Santa Catarina.....	220
ANEXO C -	Relação de Questões do IEG-M (i-Saúde).....	221
ANEXO D -	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.....	225
ANEXO E -	Levantamento bibliométrico de artigos empregando MCDA na área da saúde.....	232

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa de cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) por Região de Saúde.....	39
Figura 2	Comparação dos níveis de atenção à saúde (estrutura piramidal x poliárquicas)	43
Figura 3	Metodologia <i>Systematic Search Flow (SSF)</i>	51
Figura 4	Processo apoio multicritério à decisão.....	61
Figura 5	Pessoas de 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço APS e o Escore Geral (0 a 10).....	76
Figura 6	Eixos de avaliação do MCDA proposto.....	91
Figura 7	Estruturação dos Pontos de Vistas Fundamentais (PVF) e fontes de informações.....	92
Figura 8	Estrutura Hierárquica para o eixo Estrutura da APS.....	93
Figura 9	Estrutura Hierárquica para o eixo Processos da APS	94
Figura 10	Estrutura Hierárquica para o eixo Resultados da APS	95
Figura 11	Construção do descritor (exemplo: 1.1.1.1 – Sinalização).....	97
Figura 12	Definição dos níveis de impacto empregando as mesmas referências do PMAQ-AB.....	98
Figura 13	Definição dos níveis de impacto.....	98
Figura 14	Transformação de escalas de intervalo (ancoragem em N2 e N3).....	99
Figura 15	Comparação de funções de conversão (demais indicadores).....	100
Figura 16	Julgamento semântico Macbeth (demais indicadores).....	101
Figura 17	Comparação de funções de conversão (dias úteis e carga horária).....	101
Figura 18	Julgamento semântico Macbeth (dias úteis e carga horária).....	101
Figura 19	Comparação de funções de conversão (ampliação de jornada).....	102

Figura 20	Julgamento semântico Macbeth (ampliação de jornada).....	102
Figura 21	Comparação de funções de conversão (reforma e ampliação).....	103
Figura 22	Julgamento semântico Macbeth (reforma e ampliação).....	103
Figura 23	Comparação de funções de conversão (gasto <i>per capita</i>).....	104
Figura 24	Julgamento semântico Macbeth (gasto <i>per capita</i>).....	104
Figura 25	Comparação de funções de conversão (Pré-natal).....	106
Figura 26	Julgamento semântico Macbeth (Pré-natal).....	106
Figura 27	Comparação de funções de conversão (Saúde da Mulher).....	106
Figura 28	Julgamento semântico Macbeth (Saúde da Mulher).....	107
Figura 29	Comparação de funções de conversão (Saúde da Criança).....	107
Figura 30	Julgamento semântico Macbeth (Saúde da Criança).....	107
Figura 31	Comparação de funções de conversão (Doenças Crônicas).....	108
Figura 32	Julgamento semântico Macbeth (Doenças Crônicas).....	108
Figura 33	Comparação de funções de conversão (Pacto pela Saúde SC).....	109
Figura 34	Julgamento semântico Macbeth (Pacto pela Saúde SC).....	109
Figura 35	Modelo com descritores e taxas de substituição (PVF Estrutura).....	111
Figura 36	Modelo com escala e taxas de substituição (PVF Processos).....	111
Figura 37	Modelo com descritores e taxas de substituição (PVF Resultados).....	112
Figura 38	Resumo Estatístico e Histograma dos resultados empregando MCDA para a APS	113
Figura 39	Avaliação do Desempenho da APS - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019).....	116
Figura 40	PVF2 Estrutura - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019)	116
Figura 41	PVE Processos - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019)	117
Figura 42	PVE Resultados - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019).....	117
Figura 43	Avaliação do Desempenho do PVF2 Estrutura das UBS de Pescaria Brava.....	119
Figura 44	Avaliação do Desempenho do PVF2 Processos das UBS de Pescaria Brava.....	119
Tabela 45	Avaliação do impacto das recomendações na UBS CNES 7415826 de Pescaria Brava.....	120
Tabela 46	Avaliação do impacto das recomendações na UBS CNES 7415826 de Pescaria Brava.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS

AFCE	Auditores Fiscais de Controle Externo
ADI	Ações Diretas de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CESC/1989	Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989
CRFB/1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DAE	Diretoria de Atividades Especiais
DAP	Diretoria de Atos de Pessoal
DEC	Diretoria de Empresas Estatais e Congêneres
DGCE	Diretoria Geral de Controle Externo
DGE	Diretoria de Contas de Gestão
DGO	Diretoria de Contas de Governo
DIE	Diretoria de Informações Estratégicas
DLC	Diretoria de Licitações e Contratações
DRR	Diretoria de Recursos e Reexames
eAP	equipes de Atenção Primária
eSF	equipes de Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
IEG-M	Índice de Efetividade da Gestão Municipal
IN TC	Instrução Normativa do Tribunal de Contas
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MCDA	Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão

PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE/SC	Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	21
1.1.1 Contextualização	21
1.1.2 Tema e situação-problema	24
1.2 OBJETIVOS	25
1.2.1 Objetivo geral	25
1.2.2 Objetivos específicos.....	26
1.3 CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO	26
1.3.1 Contribuições para o TCE/SC	26
1.3.2 Contribuições para os gestores públicos.....	28
1.3.3 Contribuições para a sociedade	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO	30
2.1 SISTEMAS DE SAÚDE	30
2.1.1 Cenário internacional.....	30
2.1.2 Sistema de saúde brasileiro	33
2.1.3 Sistema de saúde no Estado de Santa Catarina	37
2.1.4 Atenção Primária à Saúde (APS).....	40
2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....	44
2.2.1 Atributos da qualidade dos serviços saúde.....	45

2.2.2 Indicadores e critérios para avaliação da saúde.....	48
2.3 METODOLOGIA MULTICRITÉRIO DE APOIO À DECISÃO	49
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	50
3.2 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS DE INTERVENÇÃO	51
3.2.1 Systematic Search Flow (SSF)	51
3.2.1.1 Definição do protocolo de pesquisa	51
3.2.1.2 Análise do portfólio de artigos selecionados.....	54
3.2.1.3 Síntese dos artigos selecionados.....	55
3.2.2 Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA)	60
3.3 PROCEDIMENTOS DE ENTREVISTA E QUESTIONÁRIOS	63
4 CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DA REALIDADE ESTUDADA	65
4.1 CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO.....	65
4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	69
4.2.1 Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M)	69
4.2.2 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	70
4.2.3 Programa Previne Brasil.....	73
4.2.4 Primary Care Assessment Tool (PCATool Brasil)	74
4.2.5 Análise dos instrumentos de avaliação	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	80
5.1 RECONHECIMENTO DO PROBLEMA	80
5.1.1 Perspectiva dos diretores de controle externo do TCE/SC	80

5.1.2 Perspectiva dos conselheiros	82
5.1.3 Síntese do problema na visão dos atores	86
5.2 ELABORAÇÃO DO MODELO	87
5.2.1 Estruturação	88
5.2.1 Modelagem <i>Soft</i>	88
5.2.2 Elementos primários de avaliação e separação em áreas de Preocupação	89
5.2.3 Construção da estrutura hierárquica	92
5.2.4 Construção dos descritores	96
5.2.5 Construção da escala (função de valor)	99
5.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E RECOMENDAÇÕES	113
5.3.1 Avaliação de desempenho	113
5.3.2 Recomendações	118
5.4 ANÁLISE DE RESULTADOS	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE	131
ANEXOS	219

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo é contextualizado o controle exercido pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), delimitada a situação-problema da instituição, estabelecidos os objetivos e contribuições do estudo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

1.1.1 Contextualização

No setor público a atividade de controlar decorre da necessidade de acompanhar a utilização dos recursos auferidos da sociedade, com base nos regramentos estabelecidos na legislação ou normas, para que estes alcancem a finalidade de prover estruturas e serviços necessários para a coletividade, evitando desvios ou favorecimentos.

Existem dois tipos de controle: o interno exercido pelos próprios poderes e órgãos da administração pública, criando procedimentos de revisão e correção dos seus atos e práticas cotidianas e o externo exercido por um poder ou órgão diverso daquele em que os atos foram praticados.

No cenário internacional, existem países em que o controle externo é exercido por órgãos singulares como as auditorias-gerais ou controladorias, dirigidos por um auditor-geral ou controlador, a quem compete definir os rumos da organização, bem como responder publicamente pelos trabalhos realizados, modelo institucional observado nos seguintes países: Austrália, Áustria, Canadá, China, Colômbia, EUA, Israel, Nova Zelândia, Peru, Reino Unido e Venezuela (MARCELINO; WASSALY; SILVA, 2009).

Em outros países, o controle externo dos dispêndios públicos é exercido por um órgão colegiado de ministros ou conselheiros, chamados de Tribunais ou Cortes de Contas, modelo institucional observado nos seguintes países: Alemanha, Bélgica, Brasil, Espanha, França, Grécia, Itália, Japão, Portugal e Uruguai (MARCELINO; WASSALY; SILVA, 2009; NAGEL, 2000; ROCHA, 2002).

Historicamente, ainda que se encontrem referências de práticas de controle em épocas mais remotas da civilização, a primeira Corte de Contas foi criada na França em 1807, cujo propósito transparece no discurso do Imperador Napoleão Bonaparte no contexto da Revolução

Francesa: “*Quero que mediante uma vigilância ativa seja punida a infidelidade e garantido e emprego legal dos dinheiros públicos*” (SPECK, 2000).

Outros países europeus seguiram a iniciativa francesa, tais como a Bélgica em 1846 e a Itália em 1862, cada um experimentando práticas diferenciadas em relação à sistemática de controle inicialmente adotada. Nesse sentido, a França adotou o controle *a posteriori*, a Itália optou pelo exame prévio das despesas e pelo veto absoluto do ato vedado e a Bélgica pelo exame prévio com veto relativo e registro sob protesto do ato vedado (AGUIAR, 2013; SPECK, 2000).

As discussões críticas doutrinárias sobre as três sistemáticas, afirmam que o modelo francês não evita as ilegalidades por tratar os fatos já consumados, podendo punir os responsáveis; o italiano geraria conflitos e emperraria a administração; e o belga teria maiores virtudes ao controlar sem emperrar (AGUIAR, 2013; MARANHÃO, 1992).

No Brasil, a Constituição da República de 1988 (CRFB/1988) define nos artigos 70 e 71 que a fiscalização das entidades da administração pública será realizada pelo Congresso Nacional com o auxílio do Tribunal de Contas da União (TCU) e pelo sistema de controle interno de cada poder (BRASIL, 1988).

Portanto, foi estabelecido no sistema republicano brasileiro que o Poder Legislativo tem a titularidade do controle externo, trazendo a figura do tribunal de contas como órgão auxiliar nesta missão. Deve-se destacar a existência de discussões no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF) nas quais se proferiu entendimento em relação a autonomia e independência desses órgãos de fiscalização administrativa no exercício das suas prerrogativas (Ações Diretas de Inconstitucionalidade - ADI nº 3977, 4148, 4643).

Considerando o sistema federativo vigente no Brasil, há o TCU, 27 tribunais de contas dos estados, incluindo o Tribunal de Contas do Distrito Federal, e 3 tribunais de contas dos municípios (Bahia, Goiás e Pará. O Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará foi extinto em 2017 após discussões no STF), mais os tribunais de contas específicos para as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo (LINO; DE AQUINO, 2018). No caso do TCU, compete aos ministros, e nos estados (e municípios onde existem) aos conselheiros, discutir e julgar os assuntos sujeitos ao controle externo.

Guardando simetria com o modelo federal, o Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC) exerce o controle externo da administração estadual e dos municípios, atuando conforme as atribuições estabelecidas pela Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989 (CESC/1989), merecendo destaque para as competências de: (a) apreciar as contas dos

chefes do Poder Executivo e (b) julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores da administração direta e indireta e realizar, por iniciativa própria, da Assembleia Legislativa ou câmaras municipais, de comissão técnica ou de inquérito, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial (SANTA CATARINA, 1989).

Com relação aos atores que compõem sua estrutura, destaca-se que o órgão colegiado (deliberativo) é composto por 07 conselheiros e 03 conselheiros substitutos. A Diretoria Geral de Controle Externo (DGCE) executa as atribuições finalísticas, contando com 08 diretorias: Diretoria de Contas de Governo (DGO), Diretoria de Contas de Gestão (DGE), Diretoria de Atividades Especiais (DAE), Diretoria de Atos de Pessoal (DAP), Diretoria de Empresas Estatais e Congêneres (DEC), Diretoria de Licitações e Contratações (DLC), Diretoria de Informações Estratégicas (DIE) e Diretoria de Recursos e Reexames (DRR), conforme Resolução nº 149/2019 (SANTA CATARINA, 2019b).

Os profissionais exercem a competência de analisar os processos constituídos indicando irregularidades, avaliar as manifestações de defesa, entre outras competências previstas em Lei Orgânica e Regimento Interno. Na DGCE são 192 profissionais distribuídos nas diretorias subordinadas, sendo que alguns ainda exercem atividades de assessoria e suporte administrativo (SANTA CATARINA, 2020).

Detalhando melhor as competências, os processos de apreciação das contas consolidadas dos chefes dos Poderes Executivos apresentam critérios de abrangência que orientam as análises em norma específica, quer seja a Decisão Normativa nº 06/2008 (SANTA CATARINA, 2008), sendo autuado e analisado anualmente um processo para cada um dos 295 municípios catarinenses e para o Governo do Estado de Santa Catarina. Neste tipo de processo, a partir de uma análise “macro” do equilíbrio orçamentário e financeiro, cumprimento de aplicações mínimas das receitas em áreas como educação e saúde e limites máximos de despesas com determinadas finalidades, tais como pessoal e endividamento, o TCE/SC emite parecer prévio recomendando ao Poder Legislativo dos municípios ou do estado a aprovação ou rejeição das contas.

Existem também processos em que ocorre a análise “micro” da administração pública, observando os atos dos gestores em conformidade com os atributos definidos em leis específicas em relação aos aspectos contábil, orçamentário, financeiro, operacional e patrimonial, concluindo com o julgamento de atos ou contas, podendo resultar na condenação

ao ressarcimento de valores despendidos irregularmente ou na aplicação de multas pelo descumprimento de atributos legais (SANTA CATARINA, 2000, 2001).

Considerando a vastidão de possibilidades em relação a gestão pública e o número de unidades jurisdicionadas superior a 1.700, essa análise “micro” requer escolhas feitas com base em critérios: de risco, materialidade e relevância, conforme Instrução Normativa IN nº TC-20/2015 (SANTA CATARINA, 2015).

Existe uma preocupação crescente em avançar na direção de aspectos que vão além da legalidade e regularidade dos gastos públicos, objetivando alcançar a legitimidade, ou seja, compreender os fatores associados ao desempenho qualitativo dos serviços ofertados para a sociedade. Essa vertente de atuação está dando os primeiros passos nos tribunais de contas e pode contribuir para a orientação dos gestores, bem como instrumento de transparência e elevado interesse para a sociedade.

Conforme exposto nesta análise inicial, o presente estudo está ambientado no TCE/SC, órgão da administração pública responsável por exercer o controle externo dos recursos públicos no âmbito do Estado de Santa Catarina e seus respectivos municípios.

1.1.2 Tema e situação-problema

Nos trabalhos historicamente realizados pelo TCE/SC predominam análises legalistas que não avançam para a verificação do desempenho qualitativo dos serviços, sendo que colocar em prática esse propósito constitui um desafio.

Para avaliar determinada área de atuação governamental é necessário aprofundar o conhecimento levando em conta leis, normas específicas e metas eventualmente estabelecidas pelos gestores. Aprofundar nos aspectos qualitativos requer buscar conhecimento sobre a estrutura disponível, práticas operacionais e interações existentes, além dos resultados alcançados em contraposição ou não com metas definidas.

No presente trabalho, foi estabelecido como escopo a área da saúde, mais especificamente a Atenção Primária à Saúde (APS), considerando o fato deste nível de atenção ser “a porta de entrada” do sistema de saúde brasileiro, tendo como pressuposto o acompanhamento contínuo famílias e comunidades, de forma a reduzir os agravos e, com ações preventivas, promover a saúde das pessoas (MENDES, 2015). Em razão da complexidade, decidiu-se por não levar em conta a saúde bucal ou outras políticas públicas complementares na APS.

Partindo desse escopo, foi realizada a prospecção das iniciativas com propósito semelhante. No âmbito dos tribunais de contas, o Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M), possui uma dimensão sobre o grau de aderência da gestão municipal em relação a saúde (i-saúde). No âmbito do Ministério da Saúde, foi verificado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) substituído pelo Programa Previne Brasil (BRASIL, 2021b). Também se verificou metodologia criada pela *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, denominada *PCATool (Primary Care Assessment Tool)* com versão em aplicação no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para compor Pesquisa Nacional de Saúde.

Levando em consideração as iniciativas existentes, é possível identificar lacunas e oportunidades para se estabelecer alternativa mais condizente com as necessidades do TCE/SC, sobretudo aprofundar o conhecimento nesta área de elevada complexidade.

A situação problema pode ser sintetizada como a necessidade de um instrumento alternativo que possa subsidiar o processo de planejamento do TCE/SC para atuar no contexto de avaliação do desempenho qualitativo dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo ações mais ágeis de intervenção.

No estabelecimento do tema, foi definida a Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA) como instrumento de intervenção, sendo que seus pressupostos de construção e aprendizado, a partir da compreensão de determinado problema e o enfrentamento com ações direcionadas em focos prioritários (ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, 2001), se apresenta como alternativa aderente às necessidades do presente estudo.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral foi formalizado à luz da situação-problema evidenciada para intervenção e os objetivos específicos subsidiam o alcance do objetivo geral.

1.2.1 Objetivo geral

Propor um modelo para a avaliação do desempenho com atributos relacionados à qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), baseado na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA), para subsidiar decisões de atuação pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC).

A iniciativa pode ser futuramente expandida para os níveis da média e alta complexidade da saúde e replicado em outras áreas da gestão pública, tendo como pilares a geração de aprendizado conjunto e foco no planejamento.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever os instrumentos existentes (IEG-M, PMAQ-AB, Previne Brasil, *PCATool*) que possam ser empregados para a avaliação de desempenho dos serviços da APS, a fim de identificar as lacunas e as oportunidades;
- Identificar os aspectos que influenciam na qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo as áreas de preocupação principais (estruturas, processos e resultados);
- Selecionar os indicadores para a definição de conceitos e critérios relacionados a cada área de preocupação, constituindo os pontos de vistas fundamentais e elementares;
- Estabelecer os descritores e escala para mensurar o desempenho de cada ponto de vista e taxas de compensação para a consolidação das áreas de preocupação;
- Avaliar os resultados obtidos com o modelo, de acordo com pressupostos dos atores do TCE/SC envolvidos em procedimentos de fiscalização que corroborem a potencial utilização do modelo.

1.3 CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO

Apresenta-se os benefícios, melhorias e consequências que a solução da situação problema poderá produzir para o TCE/SC e, potencialmente, para os gestores da saúde dos municípios e para a sociedade.

1.3.1 Contribuições para o TCE/SC

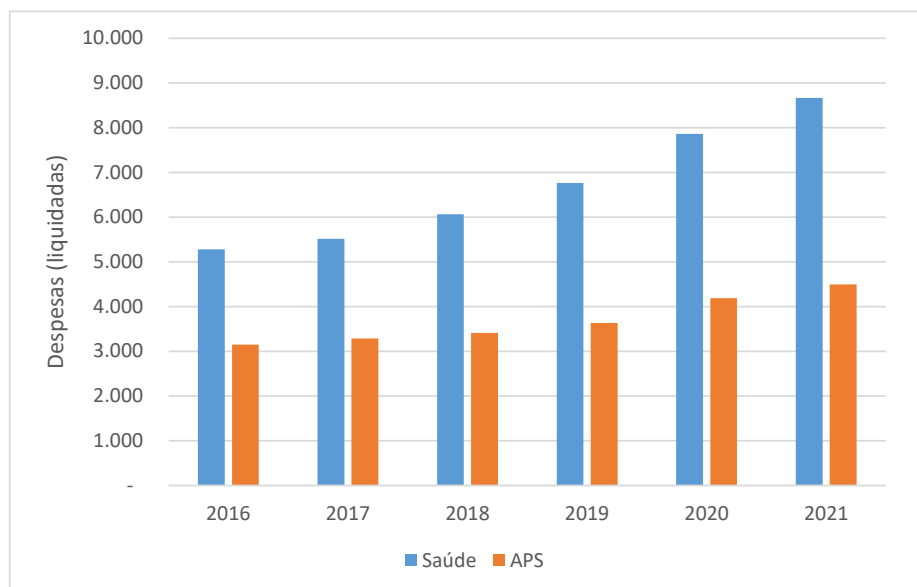
As decisões no TCE/SC envolvendo a definição de objeto para atuação (o que fiscalizar e onde fiscalizar) quase sempre são um dilema, sendo estabelecidas muitas vezes baseadas na experiência dos profissionais atuantes nas atividades de fiscalização. Ressalta-se que a Instrução Normativa IN TC-20/2015 estabelece a necessidade de levar em conta critérios de

seletividade, risco, materialidade, relevância, oportunidade e temporalidade nesse processo de escolhas (SANTA CATARINA, 2015):

- **Seletividade:** critério de trabalho para seleção de objetos e unidades gestoras de interesse para fiscalização em que são considerados os aspectos essenciais ou mais relevantes, mediante a aplicação de amostragem e de indicadores que enfoquem os aspectos essenciais do que se quer monitorar;
- **Risco:** suscetibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis que afetam negativamente a realização dos objetivos das unidades jurisdicionadas, como falhas, fraudes ou irregularidades em atos e procedimentos ou insucesso na obtenção de resultados esperados;
- **Materialidade:** critério de avaliação de elementos quantitativos, representativos em determinado contexto, colocados à disposição dos gestores e/ou do volume de bens a serem geridos, ou que se tenha deles provável influência nos resultados das análises;
- **Relevância:** importância social ou econômica das ações desenvolvidas pelas unidades fiscalizadas para a administração pública e para a sociedade, em razão das funções, programas, projetos e atividades sob a responsabilidade de seus gestores e dos bens que produzem e dos serviços que prestam à população, assim como o interesse no assunto por parte das instituições governamentais, dos cidadãos, dos meios de comunicação ou de outros interessados, bem como o impacto potencial sobre políticas e programas e seus custos;
- **Oportunidade:** elementos de caráter econômico, orçamentário, financeiro, de gestão e/ou social, que em razão de fatores isolados ou combinados em certo tempo ou lugar demandam a ação fiscalizatória;
- **Temporalidade:** tempo decorrido desde a última prestação de contas examinada.

Os resultados da pesquisa contribuirão para compreender melhor a APS, política pública de elevada relevância e materialidade. No ano de 2021 foram verificados gastos da ordem de R\$ 8,7 bilhões abrangendo as administrações estadual e municipais catarinense, sendo que R\$ 4,5 bilhões foram gastos pelos municípios na atenção primária, conforme ilustrado no Gráfico 1, onde se percebem valores crescentes ao longo dos anos (Painéis de Controle Externo do TCE/SC, 2022).

Gráfico 1: Despesas (liquidadas) na função Saúde (10) e subfunção Atenção Primária (101) – em R\$ MM



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir das informações disponíveis nos Painéis de Controle Externo do TCE/SC, 2022.

Deve ser levado em consideração que os Auditores Fiscais de Controle Externo (AFCE) atuando nas diretorias incumbidas dos procedimentos de fiscalizações são poucos em relação ao universo de possibilidades, de forma que é cada vez mais relevante a utilização de modelos estruturados para racionalizar os esforços.

O modelo apresentado é uma alternativa para fomentar a atuação em relação a avaliação de desempenho qualitativo de políticas públicas continuadas como é o caso da APS, permitindo escolhas mais assertivas em relação a orientação de esforços dos profissionais atuantes na DGCE.

1.3.2 Contribuições para os gestores públicos

Considerando a competência dos gestores públicos de estabelecer programas de governo com estratégias aptas ao enfrentamento dos problemas mais sensíveis para a sociedade, o resultado do estudo pode contribuir para melhorias no processo de elaboração dos planos municipais de saúde ao oferecer uma visão detalhada da APS, bem como proporcionando coerência da alocação dos recursos em relação aos problemas.

1.3.3 Contribuições para a sociedade

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e sua operacionalização pode evitar o agravamento de doenças que resultam em intervenções mais complexas e onerosas. Neste sentido, o presente estudo procura proporcionar para a sociedade organizada (observatórios sociais, conselhos municipais e imprensa) transparência em relação aos diversos aspectos que podem comprometer a qualidade dos serviços, possibilitando uma postura crítica fundamentada em relação aos representantes eleitos, para que esses adotem as intervenções necessárias.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-EMPÍRICO

Neste capítulo são apresentados os fundamentos teóricos que sustentam a pesquisa, o “estado da arte”, ou seja, a descrição de resultados de pesquisas teóricas e teórico-empíricas sobre o assunto. O referencial considera a situação-problema e os objetivos propostos para a pesquisa.

Inicia-se com a descrição dos sistemas de saúde de alguns países desenvolvidos, estabelecendo uma comparação inicial com brasileiro, o qual passa a ser detalhado em relação a sua origem, aos princípios que norteiam os serviços, ao modelo de financiamento, a organização e repartição de competências entre os entes federativos para sua execução, até chegar às características do Estado de Santa Catarina.

Afunilando o escopo da pesquisa, são descritos os serviços da APS, os quais são executados como competência precípua dos municípios, compreendendo sua importância como porta de entrada do sistema e coordenadora da rede de assistência à saúde.

Próximo passo é apresentar definições de propósitos para uma avaliação de qualidade e discorrer sobre atributos de qualidade para os serviços de saúde, bem como a importância dos indicadores e definição de critérios para avaliação.

Finalmente é feita breve apresentação de características teóricas da abordagem Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA).

2.1 SISTEMAS DE SAÚDE

O objetivo desta seção é trazer alguns destaques dos sistemas de saúde no cenário internacional, basicamente para evidenciar as semelhanças e diferenças em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, detalhar aspectos do estado de Santa Catarina e apresentar os pressupostos dos serviços na APS.

2.1.1 Cenário internacional

No Reino Unido, o *National Health System* (NHS) é universal e gratuito, financiado por impostos. Ele foi fundado em 1948 e serviu de inspiração para a criação do SUS. Por todo o Reino Unido, existe uma rede de hospitais e clínicas públicas onde todos os residentes podem ser atendidos gratuitamente. Os centros do sistema britânico são os *General Practitioner* (GP),

uma espécie de postos de saúde que existe em todos os bairros. Nestes centros, um clínico geral acompanha e atende as pessoas registradas e encaminha para especialistas ou atendimentos especializados se necessário. Além dos GPs, o NHS conta com os *walk-in* centres, nos quais não é necessário agendar consultas, hospitais e postos de pronto atendimento 24h (COBAITO; COBAITO, 2019).

A saúde pública na França funciona por meio do *Social Health Insurance* (SHI), o Seguro Obrigatório de Saúde, um seguro universal e compulsório para todos os residentes do país. Os trabalhadores colaboram mensalmente com o fundo, com uma taxa descontada diretamente do salário, e grupos em situação de vulnerabilidade tem a cobertura do SHI sem necessidade de contribuição (COBAITO; COBAITO, 2019).

O sistema de saúde da Suécia é universal, ou seja, todos os residentes legais têm direito aos serviços de saúde que são financiados majoritariamente por impostos. O sistema de saúde cobre quase todos os serviços, incluindo remédios, atendimento domiciliar para idosos, tratamento psiquiátrico, oftalmologia e odontologia, mas os cidadãos devem contribuir pagando uma pequena parcela (COBAITO; COBAITO, 2019).

No Canadá, o sistema de saúde é exclusivamente financiado pelo Estado, ou seja, ninguém paga pelos serviços de saúde e todos os residentes têm acesso aos mesmos médicos e tratamentos. No entanto, os serviços de saúde têm execução privada: a maioria dos hospitais e clínicas não são do governo e os médicos não são servidores públicos. Os planos de saúde privados existem para cobrir serviços não prestados pelo governo, como oftalmologia, odontologia, atendimento médico em residência, quartos privados em hospitais etc. (COBAITO; COBAITO, 2019).

A Austrália apresenta o sistema denominado *Medicare*, que é universal e oferece amplo serviço de saúde para todos os residentes do país. O governo federal é responsável pela criação de políticas de saúde, assim como a regulamentação e o financiamento por meio do dinheiro arrecadado com impostos. Os governos estaduais são responsáveis por administrar as unidades hospitalares e os profissionais da saúde. Apesar da saúde ser majoritariamente financiada pelo Estado, coexiste com planos e serviços privados que complementam o serviço público (COBAITO; COBAITO, 2019).

Em Portugal, o sistema de saúde é caracterizado por três sistemas coexistentes: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os regimes de seguro social de saúde especiais para determinadas profissões (subsistemas de saúde) e os seguros de saúde privados. O SNS oferece uma cobertura universal. Além disso, cerca de 25% da população é coberto por subsistemas de

saúde, 10% em seguros privados e outros 7% em fundos mútuos. O Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento da política nacional de saúde, bem como pela gestão do SNS. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é a entidade pública independente responsável pela regulação da atividade de todos os prestadores de saúde, sejam eles públicos, privados ou sociais (PORTUGAL, 2021; SOUSA, 2009).

No caso dos Estados Unidos, no que diz respeito a estrutura do seu aparelho de proteção social, pode-se indicar, inicialmente, duas características que o distinguem da tradição europeia. A primeira delas, o fato do sistema ter sido montado orientado com base nos pressupostos de liberalismo econômico, ou seja, privilegiando o setor privado como o espaço legítimo de constituição da oferta dos serviços. A segunda característica, atinente ao Estado ter uma ação direcionada a segmentos da sociedade bastante definidos, realizando uma política de gasto voltada para amparar aqueles indivíduos que de alguma forma estejam impossibilitados de ter acesso, por seus próprios meios, aos serviços privados de proteção social. Assim, o aparelho estatal norte-americano, seguindo a tradição de economia liberal, dirige-se especificamente aos pobres (o termo *poor* é componente central da terminologia de restrição ao acesso aos serviços financiados pelo Estado), desempregados e a grupos minoritários como é o caso dos idosos (FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Sintetizando o propósito comparativo, na Tabela 1 constam informações dos países mencionados comparando com o Brasil, ficando bastante evidente os desafios de um sistema de saúde num país de dimensões continentais, com uma das maiores populações e com uma economia ainda em desenvolvimento.

Tabela 1: Comparação de indicadores do Brasil com outros países

País	População (milhões habitantes)	Território (Km ²)	PIB (USD)	Aplicação (%) do PIB em Saúde
Estados Unidos	329,5	9,8 milhões	20,9 trilhões	16,8
Brasil	212,6	8,5 milhões	1,7 trilhão	9,6
Reino Unido	67,2	242,4 mil	2,7 trilhões	10,2
França	67,3	543,9 mil	2,6 trilhões	11,1
Canadá	38,0	9,9 milhões	1,6 trilhão	10,8
Austrália	25,6	7,6 milhões	1,3 trilhão	9,4
Suécia	10,3	450,2 mil	537,6 bilhões	10,8
Portugal	10,3	92,2 mil	213,3 bilhões	9,5

Fonte: IBGE, dados de 2021; Aplicação percentual do PIB ([<https://stats.oecd.org/>]), dados de 2019

2.1.2 Sistema de saúde brasileiro

Esse breve retrospecto histórico inicia em 1923, ano que marcou o início do **sistema previdenciário no Brasil**, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais foram convertidas nos anos 1930 em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como resultado de pressões de trabalhadores urbanos de determinadas categorias com maior influência na economia da época (ferroviários, bancários, comerciários, marítimos) para **abrangem também a assistência à saúde**, ou seja, naquele período, para que as pessoas tivessem direito a fazer consultas, exames e cirurgias, deveriam estar inseridas no mercado formal de trabalho, sem nenhum planejamento central, havia grandes disparidades na qualidade do atendimento (FORTES, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Esse sistema foi gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo criadas no período dos governos militares duas instituições vinculadas a esse ministério que se ocuparam da saúde: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 e substituído em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A operacionalização ocorria basicamente através de convênios firmados com estabelecimentos privados, ou seja, pouco se investia na ampliação e qualidade de uma rede própria de serviços (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012).

O Estado patrocinou o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na saúde. O ensino médico naquela época estava desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (LUZ, 1991).

Consolidou-se naquele período uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população, numa lógica de cuidar da doença e não da saúde. Com o fim do período denominado “milagre econômico” (1968-1973) e o consequente decréscimo dos recursos financeiros destinados para a saúde, a degradação do atendimento foi uma consequência, criando-se um cenário de revoltas populares movidos pela insatisfação com os serviços (LUZ, 1991).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como tentativa de resposta a um grave problema vivenciado, num momento histórico em que reivindicações populares por melhor atendimento na saúde pública puderam ecoar na Constituição de uma democracia em formação, como um direito de todos os brasileiros (OLIVEIRA, 2012).

Esses movimentos de revolta passaram a adquirir maior organização e pressão por mudanças nas políticas de saúde. As bases do SUS foram concebidas em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento público que durou cinco dias de debates, e contou com mais de quatro mil participantes distribuídos em 135 grupos de trabalho. Tal evento ocorreu no contexto da redemocratização do Brasil impulsionado pelo ideal da participação da sociedade, sendo debatidos três temas principais: ‘a saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘a reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘o financiamento setorial’ (BRASIL, 1986).

Este evento lançou as bases para o atual modelo constitucional (CRFB/1988), o que fica claro na disposição do artigo 196: *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

Os princípios fundamentais do SUS são a **universalidade, integralidade e equidade**. Por meio deles, se pretende garantir o acesso ao sistema de saúde para todos os brasileiros, buscando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças. Os detalhamentos que normatizaram o funcionamento desse sistema foram materializados em 1990, com a Lei nº 8080/1990, conhecida como Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990, 2020a), onde os princípios se encontram detalhados:

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, com o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Com relação a estrutura geral do SUS, o Ministério da Saúde descreve as competências compartilhadas entre os entes federativos (BRASIL, 2020a):

- **Ministério da Saúde:** Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde.

- **Secretaria Estadual de Saúde (SES):** Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o Plano Estadual de Saúde.
- **Secretaria Municipal de Saúde (SMS):** Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o Plano Municipal de Saúde.
- **Conselhos de Saúde:** O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), tem caráter permanente e deliberativo, constitui um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.
- **Comissão Intergestores Tripartite (CIT):** Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- **Comissão Intergestores Bipartite (CIB):** Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- **Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass):** Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.
- **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems):** Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.
- **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems):** São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Destaca-se a importância das **pactuações interfederativas**, das quais resultam atribuições na gestão de serviços e distribuição ou recebimento de recursos. Essas pactuações são realizadas no âmbito das comissões tripartite (quando envolvem União, estado e municípios) ou bipartite (quando envolvem estado e municípios). Essa sistemática é definida pela Portaria nº 1097/2006: “A **Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde** tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios”. (BRASIL, 2006)

Para **financiar** a operacionalização desse sistema, as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, apresentam obrigações. Os municípios são obrigados a aplicar anualmente, por definição contida na Lei Complementar nº 141/2012, 15% de suas receitas próprias, o percentual para os estados é de 12% e a União tem a obrigação de aplicar, em escala crescente, o valor do ano anterior acrescido da variação percentual correspondente ao crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2012a).

A distribuição dos **recursos federais** segue uma lógica de **blocos de financiamento**, sendo que a definição dos aportes na APS são realizados por meio de transferências fundo a fundo de recursos com base no tamanho da população dos municípios, estipuladas de acordo com a estimativa para atualização do **Piso da Atenção Básica Fixo** (PAB Fixo), além de outros critérios, em que ocorre a ponderação em função da situação de vulnerabilidade das populações locais e também para fomentar políticas públicas específicas neste nível de atenção (BRASIL, 2017a).

Os serviços da APS constam de uma **carteira de serviços**, a qual está organizada com seus respectivos detalhamentos da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal” (BRASIL, 2020c).

Com relação a **utilização dos serviços**, importante levar em conta que no Brasil coexistem unidades **públicas** e **privadas** de prestadores (especialistas, média e alta complexidade), sendo que o comando constitucional (CRFB/88) estabelece no art. 197 que *“são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”* (BRASIL, 1988).

Com relação ao acesso a planos privados de saúde, segundo os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – Painel de Indicadores da Saúde, com dados de 2019, os mesmos estão circunscritos a 26,0% (Intervalo de Confiança - IC 25,30 a 26,80) da população, com um predomínio maior nas capitais com 39,30 (IC 38,00 a 40,60). No Estado de Santa Catarina este percentual está em 26,30 (IC 24,30 a 28,40) (FIOCRUZ, 2019).

As políticas públicas na área da saúde estão definidas na Portaria de Consolidação nº 2 do SUS (BRASIL, 2017b) em quatro grupos: (1) Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; (2) Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde; (3) Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais e (4) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (BRASIL, 2017b). Essas políticas caracterizam várias frentes de atuação que devem ser levadas em consideração para perseguir um ideal, quer seja entendendo os modos de vida das pessoas e acesso a bens e serviços essenciais (alimentação, habitação, saneamento, educação, cultura, etc.), com reflexo nas condicionantes da saúde.

Já as políticas de organização da atenção à saúde são definidas, segundo o mesmo normativo supracitado, em dois grupos: (1) Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, na qual **a atenção primária está inserida** e (2) Políticas de Atenção a Agravos Específicos. Experiências internacionais vêm consolidando um modelo de atenção à saúde no qual a atenção primária torna-se, progressivamente, um complexo assistencial que envolve novas práticas profissionais, tecnologias e arranjos organizativos capazes de propiciar diagnósticos precoces, atenção de qualidade e identificação de riscos individuais e coletivos, ambientais ou sanitários (BRASIL, 2017b).

Além da APS, foco do presente estudo, cuja responsabilidade da execução dos serviços é dos municípios, os serviços de Assistência de Média e Alta Complexidade dependem do grau de desconcentração, ou seja, a gestão destes níveis de complexidade da assistência somente caberá ao município quando esse assumir a **Gestão Plena do Sistema Municipal** (CONASS, 2007), de acordo com a Programação Pactuada Integrada, recebendo maior soma de recursos para fazer frente às responsabilidades.

O Ministério da Saúde definiu, por meio de diversas portarias, o rol de procedimentos considerados de Alta Complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, e aqueles que não foram classificados nem como da APS nem de Alta Complexidade são considerados de Média Complexidade. A definição de um determinado procedimento como de Alta Complexidade decorreu muito mais da realidade de oferta no conjunto dos Estados do que de uma avaliação do seu nível de complexidade tecnológica (CONASS, 2007).

2.1.3 Sistema de saúde no Estado de Santa Catarina

Segundo o Plano Estadual da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES), elaborado em 2019 para vigor no período de 2020-2023 (SANTA CATARINA, 2019a), o Sistema estadual de saúde é composto pelas 295 Secretarias Municipais de Saúde (SMS). No tocante a gestão do sistema, 34 municípios (apesar de no plano constar 20 municípios, em contato com a SES objetivando identificar quais, foram informados 34) realizam a gestão plena do sistema, o que significa que realizam serviços de média e alta complexidade, sendo referência em conjunto com o Estado nestes serviços.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde os municípios que realizam a gestão plena dos serviços de saúde são: Agrolândia, Biguaçu, Blumenau, Bom Jardim da Serra, Brusque, Camboriú, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Dionísio Cerqueira, Florianópolis,

Gaspar, Guaramirim, Indaial, Itajaí, Itapema, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Laguna, Lauro Muller, Luiz Alves, Navegantes, Nova Trento, Orleans, Quilombo, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, São João Batista, Seara, Três Barras e Urussanga.

No Plano Estadual da Saúde consta que a rede de hospitais é composta por 195 unidades, sendo 13 unidades hospitalares com gestão estadual (próprios do Estado), 07 com gestão por Organizações Sociais, 63 com gestão municipal e 82 unidades privadas com ou sem fins lucrativos. Outra característica destacada é a existência de grande número de hospitais de pequeno porte com menos de 50 leitos (61,7%), com baixa taxa de ocupação e resolutividade (SANTA CATARINA, 2019a).

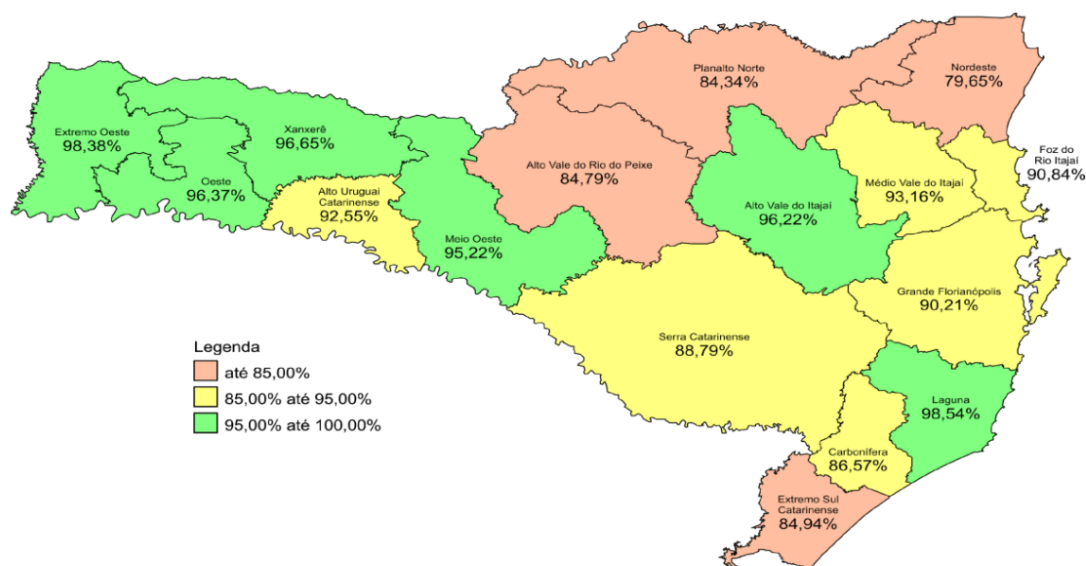
Seguindo os pressupostos do art. 7º, IX, “a” e “b” da Lei nº 8.080: “IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; (a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; (b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990), a administração estadual de saúde aprovou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2018 a atual configuração de Regiões e Macrorregiões de Saúde (SANTA CATARINA, 2019a):

- O Estado ficou dividido em 16 Regiões de Saúde: Grande Florianópolis, Extremo Oeste, Oeste, Xanxerê, Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense, Alto Vale do Rio do Peixe, Nordeste, Planalto Norte, Serra Catarinense, Carbonífera, Extremo Sul Catarinense, Laguna, Alto Vale do Itajaí, Meio Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí (Anexo A).
- As Macrorregiões de saúde do Estado de Santa Catarina são 7: Grande Florianópolis, Foz do Itajaí, Planalto Norte e Noroeste, Vale do Itajaí, Extremo Sul, Meio Oeste e Serra Catarinense, Grande Oeste. Vale frisar que a mesma lógica de subdivisão em regiões se aplica também a cada município para fins de organizações dos serviços (Anexo B).

No tocante aos recursos aplicados, dados do ano de 2019, conforme informações do Painel de Controle Externo do TCE/SC, verificam-se despesas na ordem de R\$ 10 bilhões (estado R\$ 3,3 bilhões e municípios R\$ 6,5 bilhões), dos quais R\$ 4 bilhões em assistência hospitalar e ambulatorial e R\$ 3,7 bilhões em atenção primária. No tocante as naturezas de despesas com maior volume de recursos destinados, vencimento e vantagens fixas e obrigações patronais foram objeto da destinação de R\$ 3,8 bilhões e terceirizações R\$ 2,5 bilhões.

Especificamente sobre a atenção primária, foco do presente estudo, cujos pressupostos serão tratados no Subcapítulo 2.1.4, as **1.321 UBS/USF** e **1.681 equipes** proporcionaram a cobertura populacional distribuída em faixas, conforme figura seguinte.

Figura 1 - Mapa de cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) por Região de Saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde (p.48). e-Gestor Atenção Básica (mai/2019)

O Estado de Santa Catarina, como participante da Comissão Intergestores Tripartite, editou a Resolução nº 8, de 24/11/2016, a qual estabelece indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde (BRASIL, 2021a).

A pactuação reforça as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população no território reconhecidas de forma tripartite e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde (SANTA CATARINA, 2019a).

Nesse contexto, Estados e Municípios poderão discutir e pactuar indicadores de interesse regional, no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite e os municípios poderão definir e acompanhar demais indicadores de interesse local, observadas as necessidades e especificidade.

2.1.4 Atenção Primária à Saúde (APS)

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN apud MENDES, 2015). Esse documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados com base na saúde da população, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Além disso, esse documento constitui a proposta seminal das RAS coordenadas pela APS (MENDES, 2015).

Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, definiu a APS como *“cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”* (BRASIL, 2002).

No Brasil, a Portaria de Consolidação nº 2 do SUS trata da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) no Anexo XXII como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Também define este nível de cuidado como a **principal porta de entrada** e centro de comunicação da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)**, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017b).

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos

de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS (MENDES, 2015).

Os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS e não possuem equipes de saúde da família são denominados **Unidade Básica de Saúde (UBS)** e aquelas que possuem pelo menos uma equipe de saúde da família são denominadas **Unidades de Saúde da Família (USF)**, as quais são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS (BRASIL, 2017b).

Os serviços prestados na APS constam de uma **carteira de serviços** (Anexo D), estando organizados e separados da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal” (BRASIL, 2020c).

A **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** tem um papel fundamental, que objetiva a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos neste nível, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b), buscando a aproximação com as famílias do território de atuação, sua operacionalização demanda:

- Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família - eSF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;
- O número de Agentes Comunitário de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

- Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais.

Convém realçar que as equipes de Atenção Primária (eAP) não se confundem com as equipes de Saúde da Família (eSF). A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cada um cumprir carga horária de 20h ou 30h, já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, cumprindo, cada um, 40 horas.

Os **Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB)** foram criados em 2008 para fazer parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). A partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuam de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Referência de Saúde ao Trabalhador - Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como Serviço Único de Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2012b).

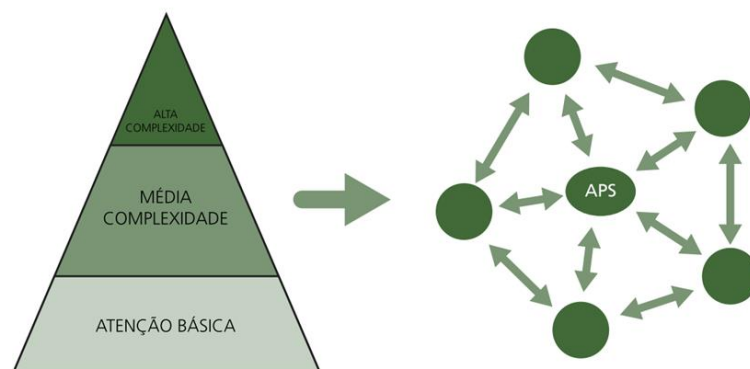
Os NASF atuam contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários, possuindo uma gama de profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista.

Com a edição da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS a composição de equipes multiprofissionais deixou de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passou a ter autonomia para compor suas equipes, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos. Com essa mudança, o gestor municipal pode cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Pode também manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais

apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (BRASIL, 2020b).

A concepção de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades de cada nível de atenção, em atenção básica, média e alta complexidades, vem sendo substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2015).

Figura 2: Comparação dos níveis de atenção à saúde (estrutura piramidal x poliárquicas)



Fonte: Mendes (2011, p. 30)

Mendes (2011, p. 17) ainda descreve que as RAS se constituem de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde, conforme se detalha:

- A **população** de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.
- A **estrutura** operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós.
- Os **modelos** de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde,

vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

O conceito de qualidade pode ser direcionado para a ideia de intensidade, em relação dialética com a ideia de extensão ou extensividade. Etimologicamente, a noção de qualidade privilegia algo como “essencial”, a parte central de algo que poderia representar o todo. Esta abordagem etimológica é atualmente contestada, pois a dimensão extensa dos fenômenos não é algo secundário, mas naturalmente constitutivo. Por conseguinte, tanto a quantidade (dimensão do extensivo) quanto a qualidade (dimensão do intensivo) são consideradas essenciais. Fenômenos que se distinguem pela intensidade indicam, primeiramente, que não se esgotam na extensão, ainda que esta também participe de sua essência. Dessa forma, fenômenos qualitativos se caracterizam pela profundidade, pelo envolvimento e pela participação (DEMO, 2007).

Na administração pública, a avaliação dos atributos qualitativos de desempenho é um procedimento essencial para a verificação da atuação dos gestores públicos. Espera-se dos administradores, uma atuação voltada para o cidadão como cliente e o foco em uma gestão por resultados (CATELLI, ARMANDO; SANTOS, 2004).

Na dependência dos objetivos a serem alcançados pela avaliação da qualidade do serviço, ela poderá constituir-se em pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão (NOVAES, 2000):

- Na **pesquisa de avaliação**, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa (Greene, 1994; Mohr, 1995; Minayo, 1992; Rossi & Freeman, 1993). Essas pesquisas geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, à distância dos avaliadores, ou de pelo menos parte da equipe responsável pelas principais decisões (não implicando a não-participação de avaliadores internos no processo), dada a valorização da máxima objetividade possível, é considerada uma condição necessária ao adequado desenvolvimento da investigação.
- Na **avaliação para a decisão**, o objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido. Sendo assim, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo, ainda que avaliadores

externos geralmente também façam parte da equipe coordenadora da avaliação. E o enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis (Guba & Lincoln, 1989; Greene, 1994).

- A **avaliação para gestão** tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária e é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, geralmente presente.

Depreende-se que o presente estudo está enquadrado como avaliação para a decisão, considerando seu propósito de orientar atuações do TCE/SC ao produzir respostas para os AFCE que atuam nas fiscalizações da APS, definindo municípios e enfoques específicos nas fragilidades constatadas (que podem estar nas estruturas, processos ou resultados). A partir da atuação, podem ser geradas determinações ou recomendações do TCE/SC para os gestores da saúde dos municípios, adquirindo contornos de avaliação para gestão ao contribuir para o aprimoramento dos serviços.

2.2.1 Atributos da qualidade dos serviços saúde

No desafio de encontrar atributos relacionados à qualidade dos serviços de saúde, várias referências indicam DONABEDIAN (1919-2000) como autor seminal, por ter concebido um modelo de avaliação da qualidade denominado “Modelo” ou “Tríade de Donabedian”. A referida tríade se compõem de aspectos sobre **estrutura, processo e resultado**, aptas a oferecer a vantagem de empregar informações, na maioria das vezes, concretas e acessíveis (DONABEDIAN, 1987, 2005).

- A **estrutura** se refere às condições que possibilitam a prestação dos serviços de saúde, entre as quais as instalações físicas onde os serviços são prestados, os profissionais que realizam o atendimento, os instrumentos utilizados pelos profissionais, os insumos empregados nos tratamentos, os recursos tecnológicos disponíveis, o gerenciamento do local de atendimento;
- O **processo** consiste no conjunto das atividades realizadas no cuidado com os usuários, sendo considerados os testes e exames apropriados para o diagnóstico ou cuidado preventivo, a terapêutica e o acompanhamento para diferentes grupos de atendimento com necessidades específicas (mulheres, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas), ou seja, a inter-relação entre prestador e

receptor dos cuidados. Adiciona-se nessa dimensão práticas de governança com implicação na gestão dos problemas e mitigação de riscos de irregularidades no gerenciamento de recursos;

- Os **resultados** são medidos pela satisfação dos usuários/pacientes e seu estado de saúde, usando indicadores como, taxa de satisfação do paciente, taxa de mortalidade, exames específicos de acordo com o sexo e faixa etária do usuário.

Vale ressaltar que a concepção sistêmica para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde apresenta limites e dificuldades, como, por exemplo, na alocação dos atributos nas dimensões da tríade e na avaliação de condições bastante diferentes como materiais e recursos humanos. Ademais, não é possível afirmar que exista correlação entre as dimensões (SILVA; FORMIGLI, 1994).

O próprio DONABEDIAN (1987) alertou que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de indicadores representativos das três dimensões (estrutura, processo e resultados). Por exemplo, os indicadores de estrutura revelariam as condições estruturais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços, mas não seria uma relação de certeza e sim de probabilidade.

Em momento posterior, o mesmo autor definiu sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990):

- **Eficácia:** É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
- **Efetividade:** É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja a qualidade está sendo avaliada, alçado ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
- **Eficiência:** É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
- **Otimização:** Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
- **Aceitabilidade:** Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
- **Legitimidade:** Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade

ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.

- **Equidade:** Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

O Ministério da Saúde vem utilizando também a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (1992), a qual conceitua **quatro atributos essenciais** dos serviços (BRASIL, 2020d; SHI; STARFIELD; XU, 2001):

- **Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:** acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- **Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

A autora ressalta também a presença de outras três características, chamadas **atributos derivados**, como qualificadores das ações dos serviços de APS (SHI; STARFIELD; XU, 2001):

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):** na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- **Orientação comunitária:** reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- **Competência cultural:** adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

2.2.2 Indicadores e critérios para avaliação da saúde

Um **indicador** é definido como uma medida que resume informações relevantes para um determinado fenômeno, ou uma *proxy* razoável para tal medida. Dois grandes tipos de indicadores podem ser distinguidos: indicadores sociais e indicadores de pesquisa ou científicos. Os indicadores sociais são definidos como medidas que se relacionam com a política social e a tomada de decisões (MCQUEEN; NOACK, 1988).

O termo "indicador" remonta ao latim, verbo *indicare*, que significa revelar ou apontar, para anunciar ou dar a conhecer publicamente. Os indicadores comunicam informações sobre o progresso em direção a objetivos sociais, como comumente entendido, um indicador é algo que fornece uma pista para uma questão de significado maior ou torna perceptível uma tendência ou fenômeno que não é imediatamente detectável. Os indicadores também cumprem o propósito social de melhorar a comunicação, mas podem desempenhar um papel útil apenas onde a comunicação é bem-vinda, onde a tomada de decisão é responsiva a informações sobre novas questões sociais ou a eficácia das atuais políticas (HAMMOND et al., 1995).

O indicador social, na pesquisa acadêmica, constitui um elo de ligação entre os modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados, constituindo uma medida quantitativa dotada de significado para um conceito social abstrato. Do ponto de vista programático, é um recurso metodológico para monitoramento da realidade social, ou sobre mudanças que estão se processando, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas (JANUZZI, 2017).

A avaliação de condições e tendências também pode ser realizada a partir da comparação dos indicadores escolhidos com as metas e objetivos estabelecidos no processo de planejamento.

O termo **critério** tem origem num vocábulo grego *kritériom* que significa “julgar”, fazer um juízo, se relaciona com o discernimento ou a opinião de uma pessoa, uma espécie de condição subjetiva que permite optar, isto é, fazer uma escolha ou tomar uma decisão.

Os critérios são as medidas de desempenho, pelas quais as opções serão julgadas e selecionadas para garantir integridade, viabilidade e independência mútua, evitando redundância e número excessivo (FRAZÃO et al., 2018).

Os indicadores podem ser empregados individualmente ou combinados seguindo diferentes critérios, aderentes aos propósitos dos interessados em fazer uso para análises ou tomadas de decisões, compondo modelos, conforme o propósito deste estudo.

2.3 METODOLOGIA MULTICRITÉRIO DE APOIO À DECISÃO

A Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA) teve seu desenvolvimento aprimorado a partir do final dos anos 60 e ganhou terreno, principalmente na Europa, nos anos 70 (ROY apud Ensslin et al., 2001). Porém, seu principal desenvolvimento ocorreu a partir dos anos 1980, com trabalhos que buscaram definir os limites da objetividade para os processos de apoio à decisão e quais os atributos do modelo são específicos ao decisor em cada contexto, entre outros (ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, 2001).

A abordagem MCDA pressupõem que a introdução de critérios que representem as várias dimensões de um problema se configura como melhor caminho para uma decisão robusta quando se depara com problemas multidimensionais e mal definidos (ROY; VANDERPOOTEN, 1997). Como o problema da avaliação da APS é extremamente complexa e envolve uma série de questões e pontos de vista, acredita-se que a utilização deste tipo de método de análise se torna adequado.

Como instrumento de gestão, o MCDA possibilita a evidenciação dos fatores críticos para o sucesso, possibilitando a organização, mensuração e monitoração deles, permitindo identificar com clareza os pontos fortes e fracos e, por conseguinte, a alocação mais transparente e eficiente dos recursos (ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, 2001).

O apoio à decisão é uma atividade na qual uma pessoa, por meio de modelos explícitos, mas não necessariamente completamente formalizados, ajuda a obtenção de elementos que respondam a questões colocadas por um grupo de pessoas em um processo de decisão. Para o autor, esses elementos servem para clarificar a decisão, bem como os objetivos e sistemas de valores dos envolvidos em determinado processo (ROY, 2005).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A presente pesquisa emprega abordagem quantitativa e qualitativa, dado o problema e objetivo geral da pesquisa, uma vez que não é construída baseada em uma teoria ou abordagem unificada (FLICK apud GRAY, 2012), podendo adotar vários métodos, que incluem, mas não se limitam, ao uso de observações, questionários e análise de documentos (GRAY, 2012).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos demais aspectos do enquadramento metodológico com justificativas pontuais para cada um deles:

Quadro 1: Enquadramento metodológico do projeto de pesquisa

Classificações em relação aos aspectos:	Enquadramento da pesquisa	Justificativa para o enquadramento
Natureza do objetivo:	Exploratória Descritiva	O objetivo é proporcionar aos atores do TCE/SC envolvidos em fiscalizações maior familiaridade com fatores relevantes para o desempenho dos serviços (escopo na Atenção Primária à Saúde – APS). Também descreve características de instrumentos correlatos e variáveis relevantes
Natureza da pesquisa:	Empírica	A pesquisa está baseada na análise e conhecimento de aspectos da “realidade” atual para fins de estabelecer formas de intervenção.
Lógica:	Indutiva	Como essência do resultado do método empregado, parte-se de aspectos particulares (fragmentos) para uma generalização, a título classificatório com um todo da situação da APS nos municípios.
Dados empregados:	Secundários	Utilização de dados existentes do PMAQ-AB, Previnde Brasil (atributos e resultados da APS) e outros (atributos financeiros, setoriais) obtidos nos sistemas informatizados do TCE/SC e Secretaria de Estado da Saúde de SC (metas interfederativas).
Abordagem	Mista	Busca compreender os significados para os atores do TCE/SC dos problemas relacionados à abordagem do desempenho da saúde (qualitativo) empregando informações quantitativas.
Resultados da Pesquisa	Aplicada	O resultado da pesquisa propõe um modelo de avaliação da APS, com pretendida aplicação prática dos conhecimentos pelo TCE/SC.
Procedimentos Técnicos	Levantamento e Entrevistas	Além do levantamento de informações e bases de dados sobre a aspectos dos serviços da APS, também foram procedidas entrevistas objetivando subsidiar a estruturação do MCDA de acordo com as necessidades dos atores do TCE/SC.

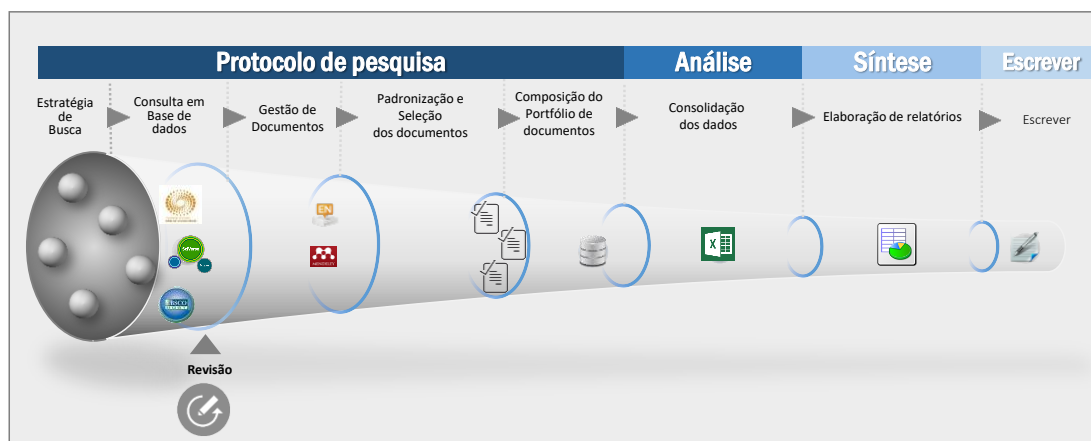
Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

3.2 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS DE INTERVENÇÃO

3.2.1 Systematic Search Flow (SSF)

Seguindo o processo científico evolutivo, no qual a pesquisa possa ter sequência por outros pesquisadores, inclusive ser contestada ou aprimorada, partindo do “estado da arte” adotou-se a metodologia preconizada pelo *Systematic Search Flow* (SSF), método composto por 4 fases e 8 atividades: I - Definição do Protocolo de Pesquisa (atividades: 1 – Estratégia de busca, 2 – Consulta em bases de dados, 3 – Gestão de documentos, 4 – Padronização e seleção de documentos, 5 – Composição do portfólio de documentos), II – Análise (atividade: 6 – Consolidação de dados), III – Síntese (atividade: 7 – Elaboração de Relatórios), IV – Escrever (atividade: 8 – Escrever). (FERENHOF, HELIO; FERNANDES, 2016).

Figura 3: Metodologia *Systematic Search Flow* (SSF)



Fonte: FERENHOF e FERNANDES (2016)

3.2.1.1 Definição do protocolo de pesquisa

A **primeira atividade** consistiu na **definição da estratégia de busca** e, considerando a pouca familiaridade com aspectos operacionais da saúde pública, foram realizadas buscas utilizando *Google Scholar* (Google Acadêmico), Biblioteca Digital Brasileira de Dissertações e Teses (BDTD) empregando como palavras-chave variações dos argumentos: “avaliação da qualidade dos serviços públicos de saúde”, “qualidade da saúde pública no Brasil”, “modelo multicritério”, “tribunal de contas” (variações na língua portuguesa e inglesa).

Considerando o fato do objeto da pesquisa estar relacionado com a administração pública, decidiu-se realizar também buscas nas páginas eletrônicas oficiais do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br>) e Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina

(<https://www.saude.sc.gov.br/>), sendo que ambas dispunham de ferramentas de busca interna, optando-se por inserir o argumento “qualidade dos serviços”.

O propósito dessa prospecção foi conseguir uma visão geral do assunto, verificar notícias, políticas públicas existentes e aprofundar conhecimentos sobre a APS. Nesse momento se pretendia localizar outros argumentos para compor a estratégia de busca. Após localizar na página do Ministério da Saúde um *link* para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (<https://aps.saude.gov.br/>), constatou-se uma descrição sumária das diversas políticas, entre elas uma especificamente moldada para a avaliação da qualidade dos serviços (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>), o “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade”, instituído pela Portaria MS nº 1.654 (BRASIL, 2011, 2015).

Uma leitura mais minuciosa do programa possibilitou constar que 2019 foi o último ano de vigência da política pública do PMAQ-AB, sendo que a mesma deu lugar ao Programa “Previne Brasil” instituído pela Portaria MS nº 2.979 (BRASIL, 2019).

Outra notícia que chamou atenção na página do Ministério da Saúde, tinha o título “Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita” a qual fazia referência a uma Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizando questionário adaptado do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool Brasil) (PAGNO, 2020).

Após essas buscas abertas foi possível ter um quadro de referências para prosseguir com a **segunda atividade**, que consistiu na **consulta em bases de dados**, operacionalizada no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES/MEC), utilizando o acesso CAFE disponibilizado para os estudantes da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e empregando os descritores definidos:

Quadro 2 – Descritores empregados e resultados da pesquisa nas bases de dados

Ordem (Descritor)	Palavras Chave		Resultados				
			Resultado Bruto	Revisado por Pares	Acesso Aberto	Repetidos	Alinhados ao objeto da pesquisa
1	"Índice de efetividade da gestão municipal"	OR "IEGM" (1)	678	419	113	0	4
		OR "IEG-M"					
2	"Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica"	OR "PMAQ"	812	565	344	30	12
		OR "PMAQ-AB"					
		NOT "BUCAL"					
3	"Previne Brasil"		51	40	28	6	8

4-5	"PCA TOOL"	OR "Primary Care Assessment Tool"	386	330	192	1	4
	"PCA TOOL Brasil"	OR "Primary Care Assessment Tool-Brasil"	58	42	22		
6	"Atenção Primária à Saúde" / "Primary Health Care"	AND "avaliação" ("evaluation" OR "assessment")	2.661	1.824	1.148	0	5
		AND "qualidade" ("quality")	1.294	910	537		
		AND "metodologia" ("methodology")	456	258	162		
		NOT "BUCAL"	368	229	126		
		AND "metodologia multicrit?rio de apoio ? decisão"	4	4	2		
		AND "multicriteria decision analysis"					
		OR "multiple decision analysis"					
Total			1.971	1.299	635	37	33

Nota (1): Predominaram artigos da área médica, em que o termo IEGM se refere a Intracardiac ElectroGrams, (IEGM)

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir da pesquisa realizada nas bases de dados (2022)

As consultas nas bases de dados foram revisadas na semana de 7 a 18 de fevereiro de 2022 (predominando, pelos resultados mais aderentes com os objetivos, a base *SciELO – Scientific Electronic Library Online*, ainda que tenham sido replicadas em outras bases como *Web of Science*, *Scopus* e *PubMed*), sendo registrada uma base bruta de 1.971 artigos, reduzida para 635 ao considerar somente artigos revisados por pares, preferencialmente dos últimos 10 anos (2011-2021) e com acesso aberto.

A **terceira atividade** (gestão de documentos) consistiu na leitura dos títulos, resumos e conclusões para selecionar os artigos alinhados aos objetivos da pesquisa, os quais foram incluídos numa planilha eletrônica (*Microsoft Excel*), organizada com as informações do descritor, título, autores/periódico/ano, link, resumo e conclusões (Apêndice A).

Para o armazenamento dos artigos e apoio na elaboração das referências bibliográficas optou-se pelo *Software Mendley*, onde também foram incluídos outras informações (legislação e normas), sendo criadas as seguintes pastas para melhor organização: 1 – Legislação, 2 – Tribunais de Contas, 2.1 – História do SUS, 2.2 – SS Ref. Internacionais (referências internacionais sobre saúde), 2.3 – Ref. SC (referências sobre a saúde de Santa Catarina), 2.4 – Gestão + APS (Gestão da Atenção da saúde e Atenção Primária à Saúde), 3 – Qualidade + Indicadores + Critérios (sobre saúde), 4 – Avaliação da Saúde, 4.1 – IEG-M, 4.2 – PMAQ, 4.3 – *PCA Tool*, 4.4 – *Previne Brasil*, 5 – MCDA, 6 – Políticas Públicas, 7 – Metodologia de Pesquisa.

Passo seguinte, a **quarta atividade**, consistiu na padronização e seleção de documentos, levando à escolha dos mais alinhados ao tema da pesquisa, e exclusão dos repetidos, resultando em 33 artigos selecionados, para dar prosseguimento com a **quinta atividade**, no sentido de compor o portfólio de documentos para análise e, se necessário, realizar exclusões ou novas buscas.

3.2.1.2 *Análise do portfólio de artigos selecionados*

A **fase 2** se destina a consolidar os dados. Nesta fase foi realizada a combinação de alguns dados, procurando, por exemplo, os artigos, os *journals* e os autores mais citados, o ano em que houve mais publicações sobre o tema de pesquisa, definição dos constructos estudados, pontos fracos e fortes acerca do objeto de estudo, dentre outros. Algumas ressalvas merecem ser destacadas:

Sobre o Índice de Eficiência de Gestão Municipal (IEG-M), dos 419 resultados revisados por pares, apenas 113 tinham acesso aberto, dos quais a esmagadora maioria se referiam a assunto diverso, quer seja “*Intracardiac ElectroGrams (IEGM)*”, assunto da área médica. Sendo assim, 4 artigos estavam alinhados com o objeto da pesquisa (2018: 1 artigo, 2019: 1 artigo e 2021: 2 artigos). A baixa produção pode ser explicada pelo fato do IEG-M ser uma metodologia relativamente nova, criada em 2015 pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), sendo que a primeira publicação de resultados com abrangência nacional, coordenada pela IRB, ocorreu em 2018 com dados coletados referentes ao ano de 2017 de maior interesse de um público muito específico (administração pública municipal brasileira e tribunais de contas).

Sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi estabelecida limitação aos aspectos que não abordassem a saúde bucal, alinhando com o escopo delimitado para a presente pesquisa. Com os descritores aplicados foi obtida uma base de artigos revisados por pares com dados abertos de 344 artigos, dos quais 12 foram selecionados como alinhados aos objetivos da pesquisa (2014: 2 artigos, 2016: 3 artigos, 2017: 1 artigo, 2018: 2 artigos, 2020: 3 artigos, 2021: 1 artigo).

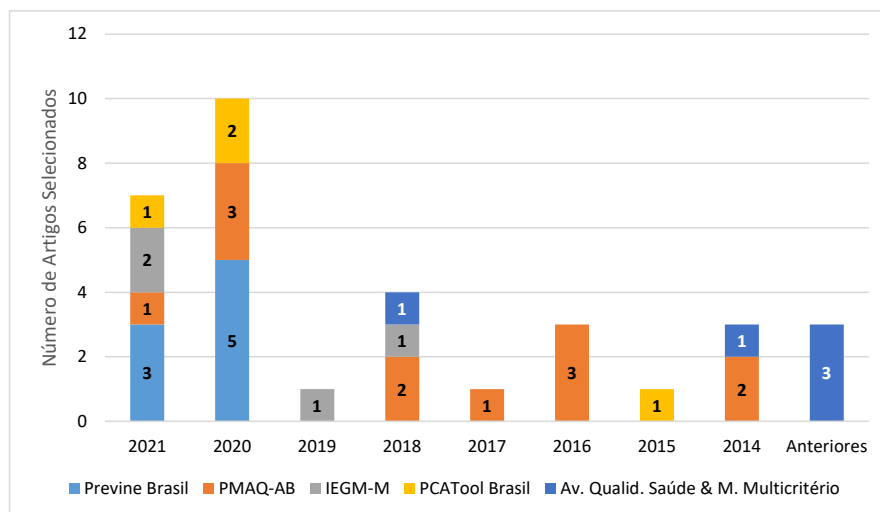
Em relação ao Programa Previne Brasil, com o descritor empregado, foi obtida uma base de artigos revisados por pares com dados abertos de 28 artigos, dos quais 8 foram selecionados como mais alinhados aos objetivos da pesquisa (2020: 5 artigos e 2021: 3 artigos).

No tocante ao instrumento *PCA Tool* Brasil, com os descritores aplicados foi obtida uma base de artigos revisados por pares com dados abertos de 22 artigos dos quais 4 foram selecionados como alinhados aos objetivos da pesquisa (2015: 1 artigo, 2020: 2 artigos e 2021: 1 artigo).

Por último, foi procedida consulta orientada para localizar eventuais trabalhos sobre avaliação qualitativa da saúde e, de forma mais restritiva, empregando Metodologia Multicritério como instrumento, sendo que com os descritores empregados foram selecionados 5 artigos, com acesso aberto e revisado por pares, alinhados com o objetivo da pesquisa (2000: 1 artigo, 2001: 1 artigo, 2009: 1 artigo, 2014: 1 artigo, 2018: 1 artigo).

O Gráfico 2 ilustra o quantitativo por ano dos 33 artigos selecionados, predominando os produzidos nos últimos 5 anos (69,7%), estando em linha com o interesse crescente da sociedade e necessidade urgente de serviços públicos de saúde de melhor qualidade no centro dos debates cotidianos.

Gráfico 2 – Número de artigos selecionados por ano



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

As maiores quantidades de publicações foram verificadas nos periódicos: *Ciência & Saúde Coletiva* (11 artigos), *Saúde em Debate* (6 artigos) e *Caderno de Saúde Pública* (3 artigos), classificadas (Qualis) em A3, B2 e A1, respectivamente.

3.2.1.3 Síntese dos artigos selecionados

As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos

seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. As avaliações buscam retratar a satisfação com base em métodos e técnicas dotadas de objetividade que, em suma, comparam aquilo que se deseja com uma condição ideal, articulando técnicas qualitativas e quantitativas. A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Nesse contexto, o **IEG-M**, estava tratado na literatura selecionada com destaque para a compreensão dos conceitos e teorias sobre indicadores sociais, descrevendo as propriedades essenciais que os mesmos devam apresentar, quer seja utilidade, validade, confiabilidade, disponibilidade e, também, as relacionadas com medição de desempenho, no tocante a mensurabilidade, operacionalidade, inteligibilidade e homogeneidade (PASSOS; AMORIM, 2018).

Ainda sobre o IEG-M, foram verificados experimentos de aplicação empregando modelos estatísticos (regressão logística), objetivando encontrar variáveis que associadas a melhoras no desempenho, entre elas o tamanho da população e reeleição do prefeito apresentaram relação positiva, enquanto a quantidade de candidatos a prefeito e a reprovação das contas com relação negativa na efetividade da gestão (ARAÚJO et al., 2021); a relação de dependência dos repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) também tende a refletir negativamente na efetividade da gestão (HUDZINSKI; WITT; SENFF, 2019).

Como ponto comum, os artigos realçaram a importância do IEG-M como mecanismo de controle social dos recursos públicos e a qualidade dos produtos gerados e dos serviços prestados. Contudo, os artigos analisados não apresentam uma visão crítica em relação aos atributos da metodologia, caracterizando-se uma lacuna a ser preenchida, que pode inclusive contribuir para melhorias para a qualidade do indicador.

O quantitativo de artigos em relação ao **PMAQ-AB** pode ser o reflexo da contribuição desta política pública no intuito almejado de ampliar o acesso aos serviços de saúde com melhores condições de qualidade, sendo uníssono entre os autores nos artigos selecionados os avanços promovidos nesse contexto.

A partir da base de dados do PMAQ-AB, um dos estudos utilizou um modelo teórico-lógico baseado em pesquisa documental e bibliográfica combinado com uma Matriz Avaliativa e de Julgamento (MAJ), empregando com 22 indicadores, 2 dimensões e 6 subdimensões, aplicado no Estado de Santa Catarina, cuja conclusão indicou como pontos positivos, avanços

da gestão municipal do processo de trabalho na APS, principalmente, nas condições estruturais proporcionadas às eAP, acesso ao aporte tecnológico, condições de mobilidade para equipe, suporte especializado e educação permanente, por outro lado, o desenvolvimento de ações intersectoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do cuidado, em todos os pontos de atenção, na perspectiva de um trabalho articulado, ainda são elementos a serem efetivados (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Outro estudo, empregou a Teoria de Resposta ao Item (TRI) para concluir que ações integradas entre a atenção básica e rede assistencial do SUS (apoio matricial) – consultas médicas; discussão de caso; ação clínica compartilhada; construção conjunta de projetos terapêuticos; atividade de educação permanente; discussão do processo de trabalho; intervenções no território e realização de visita com profissionais de atenção básica – melhoram o desempenho das equipes de atenção básica (CHAVES et al., 2018).

Um terceiro estudo, aplicou modelo explicativo hierarquizado, tendo sido o número de internações por condições sensíveis à atenção primária no ano de 2014 considerado como variável dependente, e os dados sociodemográficos e os relacionados ao sistema de saúde como variáveis independentes, calculada por regressão binomial negativa com variância robusta e população total como *offset*, tendo sido considerada significância de 20% na análise univariada e 5% na multivariada, sendo que os resultados mostraram que a qualidade da APS do país teve impacto na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária, mesmo em contextos de vulnerabilidade social (DE CASTRO et al., 2020).

A sensibilização dos profissionais de saúde aliado ao seu protagonismo nas ações formativas de educação permanente, aderentes com as necessidades, pode contribuir para a construção de espaços coletivos de discussão e de reflexão sobre o planejamento em saúde, em nível local, a partir dos indicadores de monitoramento e desempenho. Estudos destacam como principais mudanças: organização do trabalho, recursos materiais e infraestrutura da ESF e organização dos registros, bem como o uso de um mecanismo metodológico auto avaliativo e de avaliação externa como forma de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias para os serviços de saúde contribuem de modo positivo na busca por qualidade de atenção à saúde prestada aos usuários (FEITOSA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2020).

Ressalta-se a convergência de diversos autores no tocante aos aspectos inovadores do PMAQ-AB: processo contínuo sustentado por ciclos de avaliação, fortalecimento da cultura de negociação baseado em expectativas pactuadas entre diferentes esferas de gestão governamental, transparência nas etapas, emprego intensivo de recursos tecnológicos para

viabilizar a fase de avaliação externa promovendo agilidade na sistematização dos resultados, financiamento diferenciado segundo níveis de qualidade alcançados. A intenção de criar um padrão ideal de oferta de serviços, identificando e trabalhando as dificuldades reveladas ao longo do processo, para viabilizar resultados positivos para a população, depende do compromisso com a lisura das informações que servem de parâmetros de avaliação das necessidades sociais (DE ALENCAR MOTA; LEAL DAVID, 2015; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; UCHÔA et al., 2018).

O Programa **Previne Brasil**, surgiu no contexto da transição política-ideológica no âmbito da administração federal, em que o PMAQ-AB passou a ser alvo de críticas pelo elevado número de indicadores e baixa capacidade de induzir melhorias, sendo proposto um modelo que romperia com essa lógica a partir do incremento, em valores nominais, de aproximadamente dois bilhões de reais ao orçamento para a APS em 2020, com novos critérios fundamentados em três eixos: i) Substituição dos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável pela Captação Ponderada, ii) Incentivos do PMAQ serão substituídos por repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores a serem instituídos em 2020, iii) Repasses vinculados a ações e programas de saúde contidos no PAB variável, passarão a compor o eixo de adesão a programas estratégicos (HARZHEIM, 2020).

Percebe-se o predomínio de elementos críticos e dúvidas em relação a política pública proposta no Previne Brasil, realçando que as mudanças impostas apresentam viés gerencialista e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho em detrimento de um processo de trabalho mais participativo, realizado em equipe, e de uma vinculação mais segura e justa para os trabalhadores, que oferecesse estabilidade e melhores condições para as equipes (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; MOROSINI; FONSECA; DE FARIA BAPTISTA, 2020).

As mudanças no modelo da APS seriam ameaças à multiprofissionalidade das equipes, prioridade ao pronto atendimento, centralidade no cuidado individual, enfraquecimento do enfoque territorial comunitário e cobertura por cadastramento, ferindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS, isto porque extinguiu o credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes. Outro ponto destacado, seria que o Programa Saúde na Hora daria prioridade ao cuidado individual e ao atendimento à demanda espontânea, apontando para a transformação das UBS, nos municípios de médio e grande porte, em unidades de pronto-atendimento. Ainda, acarretaria a possibilidade de perdas

de recursos financeiros, restringindo os cuidados ao público “cadastrado”, comprometendo as ações coletivas de promoção da saúde (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020).

Autores afirmam que o Previnde Brasil traduziria uma captação e per capitalização de demandas ‘administráveis’, nos termos de ‘governança clínica’ regulada por política econômica de austeridade e contingenciamento de gastos sociais; deslocamento do modo de adscrição territorial e populacional com responsabilização de equipes multiprofissionais visando à Atenção Integral à Saúde, para outro modo de adscrição individualizada, focalizada e estratificada de clientela; aplicabilidade descontextualizada do SUS, para critérios e logísticas de ponderação alocativa de recursos financeiros de custeio e de pagamento compensatório ao ‘desempenho’ do trabalho de equipes (MASSUDA, 2020; MIRANDA, 2020).

Em contraponto, outro autor afirma que o Previnde Brasil é a estratégia mais potente da Reforma da APS do Brasil, e está associada a diversas outras estratégias, metodológica e sistemicamente integradas: a criação da Secretaria de Atenção Primária (SAPS), a ampliação de acesso (Saúde na Hora); a informatização (ConecteSUS e InformatizaAPS); o provimento médico e a formação em larga escala de médicos de família e comunidade (Médicos pelo Brasil); o incentivo à formação profissional via Residência Médica e Multiprofissional; a Carteira de Serviços da APS (CasAPS); a produção de linhas de cuidado para toda a Rede de Atenção à Saúde, ordenada pela APS; a criação de protocolos clínicos de enfermagem; a instituição do Prêmio APS Forte; e o fortalecimento metodológico e as parcerias com IBGE e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para melhor monitoramento e avaliação da APS (HARZHEIM, 2020).

Na esteira da mencionada parceria com o IBGE, uma nova metodologia vem ganhando espaço como instrumento para avaliação da APS, o **PCA Tool Brasil**. Analisando as publicações ao longo da história é possível demarcar duas tendências de acordo com os períodos analíticos, o primeiro, caracterizado pelos estudos de 1996-2010, teve como teoria predominante, os estudos de avaliação de estrutura, processo e resultados a partir de Donabedian e, o segundo, de 2011-2020, as teorias de Billings sobre condições sensíveis à APS e dos atributos descritos por Starfield (utilizados no PCA Tool) somaram juntas 60,4% do total de artigos publicados sobre avaliação em saúde e atenção básica/atenção primária, na última década (PINTO; HARTZ, 2020).

Estudos de aplicação, revelaram com base amostral de 379 hospitalizações de crianças um percentual de 28,9% como internações sensíveis à atenção primária (ICSAP), sendo que a maioria das famílias procurou primeiramente o hospital. As condições sensíveis à atenção

primária representam situações que podem ser manejadas pelas equipes da APS e cujas hospitalizações seriam indicadores de falta de acesso e/ou qualidade deficitária dos cuidados em saúde (LEÃO; CALDEIRA, 2021).

Entre os artigos abordando iniciativas de avaliação da saúde pública, abordam preocupação muito pertinente, no tocante ao fato dos processos avaliativos serem, na maioria das vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento do público-alvo, dos profissionais do programa ou serviço e dos parceiros institucionais e comunitários. Neste contexto, sugerem que os métodos deveriam ser voltado para a inclusão dos grupos de interesse em todo o processo de avaliação e comprometido com a utilização efetiva dos resultados do processo avaliativa partir da dialética, devendo evidenciar as diferentes percepções e questões dos grupos de implicados, bem como a capacitação e desenvolvimento dos envolvidos, criando espaços de negociação fecunda para a construção comum das mudanças (FURTADO, 2001).

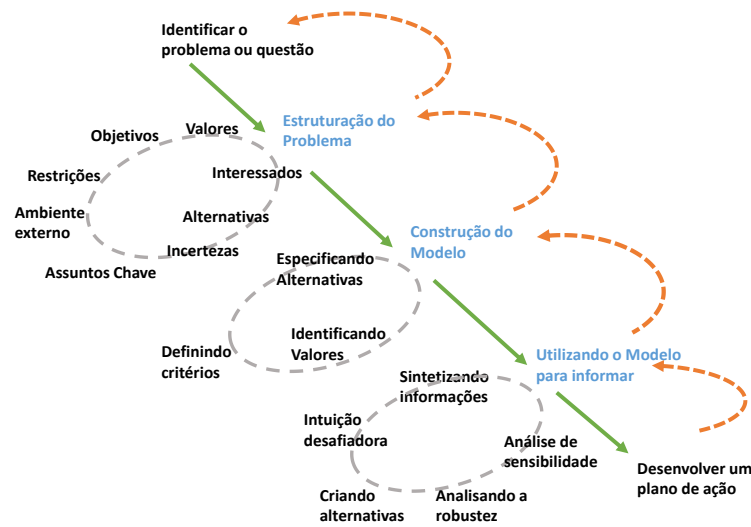
Por fim, vale mencionar a revisão bibliométrica com o levantamento da produção no período entre 1990 a 2017, que revela o emprego de modelos MCDA na área da saúde, sendo constatado um crescimento de publicações a partir do ano de 2014, com destaque para os países Canadá, Turquia e EUA, que lideram em quantidade de publicações sobre o assunto (Anexo E).

Contudo, os resultados da revisão bibliométrica revelou numa seleção de 66 artigos analisados, que 30% diziam respeito a problemas de saúde, 25% dos artigos para escolhas de tecnologia (manutenção de equipamentos e alocação de recursos em equipamentos), outros 17% dos artigos sobre questões relacionadas à poluição ambiental. 14% para apoiar decisões gerenciais (gestão hospitalar e priorização orçamentária) e, por fim, 3% sobre escolhas do melhor local para instalação de unidades de saúde (FRAZÃO et al., 2018).

3.2.2 Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA)

Nesta etapa se pretende destacar os procedimentos metodológicos envolvendo a elaboração do modelo baseado na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA), que consiste em três fases:

Figura 4: Processo apoio multicritério à decisão



Fonte: Adaptado de Belton e Stewart (2002)

A **Fase de Estruturação** procura identificar e organizar os fatores relevantes a respeito do contexto envolvendo a situação em que deverão ser tomadas decisões. A estruturação se divide usualmente em três etapas: (i) contextualização: abordagens soft – consiste em apresentar o ambiente onde se insere o problema; (ii) construção da estrutura hierárquica – consiste em identificar os critérios a serem avaliados; e (iii) construção dos descritores – consiste na construção das escalas ordinais de mensuração (ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, 2001). Enumera-se a seguir os procedimentos envidados nessa fase:

E1) foi verificado o contexto organizacional do TCE/SC, descrevendo as diretorias técnicas, enquadrando aquelas que atuariam no contexto da avaliação de desempenho e **definindo os atores** conforme os pressupostos da abordagem multicritério (**decisores**: aqueles a quem foi formalmente delegado o poder de decisão; **intervenientes**: aqueles que por ações intencionais, participam diretamente do processo decisório com o objetivo de nele fazer prevalecer seus sistemas de valores; e **agidos**: aqueles que sofrem de forma passiva as consequências da implementação da decisão tomada, mas podem exercer pressões sobre os intervenientes, participando indiretamente do processo) no contexto proposto (subcapítulo 4.1);

E2) identificados os fundamentos teóricos em relação a avaliação de desempenho com base nas condições que impactam a qualidade dos serviços de saúde, ressaltando estrutura, processo e resultados (subcapítulo 2.2.1) e descritos instrumentos com propósito semelhante: PMAQ-AB, Previne Brasil, PCA-Tool (subcapítulo 4.2), destacando lacunas e oportunidades;

E3) seleção de questões e indicadores tratados como **Elementos Primários de Avaliação** (EPAs), que são informações que expressam aspectos considerados relevantes no

contexto decisório (exclusão de dados cadastrais, informações que não permitiriam comparações, ou demandariam estabelecer muitas condicionantes, indicadores com omissões de preenchimento);

E4) construção de conceitos por meio do agrupamento de EPAs e identificação do pólo presente (pretendido) e pólo oposto (mínimo aceitável), objetivando descrever as preocupações, tomando como referência definições das Portarias do Ministério da Saúde;

E4.1) os conceitos atinentes aos atributos de estruturas e processos foram expressos em valores percentuais. Esse percentual foi obtido pela quantidade de EPAs cumpridos em relação ao total possível em cada conceito (número de EPAs x número de UBS ou número de EPAs x número de Equipes);

E4.2) foram estabelecidas referências percentuais nos parâmetros, sendo: N5 (Ótimo) = cumprimento de 80% dos critérios atendidos no conjunto de unidades ou equipes, N4 (Muito Bom) = cumprimento de 70% e 79% dos critérios atendidos no conjunto de unidades ou equipes, N3 (Bom) = cumprimento de 60% e 69% dos critérios atendidos no conjunto de unidades ou equipes, N2 (Regular) = cumprimento de 40% e 59% dos critérios atendidos no conjunto de unidades ou equipes e N1 (Ruim) = cumprimento de menos de 40% dos critérios atendidos no conjunto de unidades ou equipes. As referências guardam simetria com as empregadas no PMAQ-AB, verificada na Nota Metodológica (BRASIL, 2018) e foram legitimados com profissional especialista na área de saúde atuante no TCE/SC. Alguns critérios apresentam parâmetros específicos propostos e igualmente legitimados no TCE/SC;

E4.3) definição da ancoragem para cada conceito, sendo estabelecido que N2 como neutro (na conversão = 0) e N3 como bom (na conversão = 100). Essas referências são fundamentais para a construção de funções de valor transformação de escalas;

E4.4) definição de níveis de desempenho, sendo que abaixo de N2 classifica-se o desempenho “comprometedor”, entre N2 e N4 “competitivo” e acima de N4 “excelência”;

E5) partindo do agrupamento de questões presentes no PMAQ-AB ou composição lógica própria submetida a exposição dialética com os atores do TCE/SC, foi elaborada proposta de estrutura hierarquizada partindo dos pontos de vistas fundamentais (PVF) de primeiro nível, detalhados em outros níveis conforme a necessidade até chegar ao menor nível possível em pontos de vistas elementares (PVE), sendo a proposta legitimada.

A **Fase de Avaliação** se divide em duas etapas: (i) avaliação local das alternativas – construção de uma função de valor que represente as preferências do decisor em relação a um

determinado critério; e (ii) avaliação global – agregação das avaliações locais em um critério único de síntese. Os procedimentos realizados foram:

A.1) avaliação local das alternativas, resultante da construção de uma função de valor que representa as preferências do decisor em relação a um determinado critério. Nesta etapa foram realizadas comparações da conversão matemática com a obtida empregando o Sistema Machbeth, observando as escalas resultantes mais adequadas para cada circunstância;

A.2) avaliação global, resultante da agregação das avaliações locais em um critério único de síntese, por meio da agregação aditiva. Esta etapa foi antecedida pela simulação de taxas de substituição debatidas entre os atores do TCE/SC e simulação empregando o Sistema Machbeth, sendo decidido por utilizar taxas de substituição lineares para evitar o denominado “Range Effect”, conceituada como sendo uma taxa que não reflete a importância relativa entre critérios levando em conta os níveis de referência.

Finalmente, a **Fase de Elaboração de Recomendações** consiste na sugestão de ações potenciais para melhorar o desempenho em relação à situação atual. Esse procedimento é baseado em duas análises: (i) verificação dos descritores que se encontram em nível comprometedor de desempenho; e (ii) verificação do potencial de contribuição de um descritor no desempenho global. Os procedimentos realizados foram:

R.1) foram realizadas simulações com diversos municípios objetivando a verificação de descritores que se encontram em nível comprometedor de desempenho; e

R.2) foi selecionado município específico para verificação do potencial de contribuição resultante de melhorias nos descritores com performance “comprometedora” no desempenho global.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ENTREVISTA E QUESTIONÁRIOS

Foram realizadas entrevistas com os diretores integrantes da Diretoria Geral de Controle Externo do TCE/SC e aplicado questionário com representantes dos gabinetes de conselheiros, objetivando compreender a aderência da proposta inicial de pesquisa para o enfrentamento de um problema institucional. O sentido dessa ação é que a proposta de intervenção deveria estar próxima da realidade, expressa pelos atores envolvidos.

A estruturação seguiu as etapas de definição das questões e codificação dos dados da entrevista em relação aos objetivos. Foi desenvolvido um roteiro semiestruturado para as entrevistas, tendo como sentido a possibilidade de maior flexibilidade para a captação das

opiniões, percepção de nuances e troca de conhecimentos com os entrevistados, possibilitando extrair máximo proveito (Apêndice B). Já os questionários aplicados aos conselheiros ou representantes por eles indicados foram mais objetivos e com menor número de questões (Apêndice C).

A interação com os diretores ocorreu durante o segundo semestre do ano de 2021 e foi orientada por um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), com o propósito de avaliar: (1) o que se deseja e (2) como evoluir a partir de atuações existentes no contexto de avaliação de desempenho de políticas públicas, e também sobre o processo decisório nesse contexto, cujos resultados serão apresentados de forma sintética (as autorias das respostas fornecidas são ocultadas por siglas: exemplo: D1, D2, D3, etc.).

A interação com os gabinetes de conselheiros ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2021 por meio da aplicação de questionário com questões abertas (Apêndice C), com o propósito de entender as necessidades em uma atuação voltada para o desempenho de políticas públicas do ponto de vista desses atores. Quatro dos dez gabinetes responderam ao questionário, respaldando um projeto institucional participativo (as autorias das respostas fornecidas são ocultadas por siglas: exemplo: C1, C2, C3, etc.).

As respostas obtidas foram organizadas conforme as temáticas propostas (Nível de atuação atual na análise de desempenho de políticas públicas, pertinência da atuação, diretorias envolvidas, utilização e limitações) e procedida sua interpretação de acordo com o contexto pesquisado, sendo os aspectos relevantes apropriados no Capítulo 5.

4 CARACTERIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DA REALIDADE ESTUDADA

Este capítulo apresenta detalhadamente as características da organização/contexto de estudo e, logo em seguida, trata a situação-problema, descrevendo instrumentos existentes com o propósito avaliativo e apontando lacunas e oportunidades.

4.1 CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO

O TCE/SC foi **criado** em 4 de novembro de 1955 pela Lei Estadual nº 1.366, durante a vigência da Constituição de 1947 (<https://www.tcesc.tc.br/content/história>) seguindo a inspiração do Tribunal de Contas da União, criado em 1890 por iniciativa do então Ministro da Fazenda Rui Barbosa (<https://portal.tcu.gov.br/institucional/conheca-o-tcu/historia/>), consolidando-se ao longo da história como uma referência no dever de zelar pela utilização adequada dos recursos públicos.

A **missão** do TCE/SC está definida como: "*controlar e contribuir para o aprimoramento da gestão dos recursos públicos em benefício da sociedade catarinense*". Entre suas **atribuições** se destacam: (1) apreciar as contas prestadas, anualmente, pelo governador do Estado e pelos prefeitos municipais; (2) julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por recursos públicos; (3) apreciar a legalidade dos atos de admissão de pessoal; (4) fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pelo Estado a municípios, por meio de convênios, e de subvenções a entidades privadas; (5) auxiliar a Assembleia Legislativa do Estado e as câmaras municipais, no exercício do controle externo; (6) responder a consultas sobre questões relativas à matéria sujeita a sua fiscalização; (7) apurar denúncias sobre supostas irregularidades cometidas em órgãos públicos estaduais e municipais; (8) exercer o controle fiscal do Estado e municípios catarinenses, a partir da verificação do cumprimento das normas relativas à gestão fiscal previstas na Lei de Responsabilidade Fiscal (SANTA CATARINA, 1989).

Para o exercício dessas competências, a **estrutura organizacional** do TCE/SC é composta por: (1) órgãos deliberativos; (2) órgãos da administração superior; (3) órgão especial; e (4) órgãos auxiliares. Os órgãos auxiliares desenvolvem atividades estratégicas, técnicas, administrativas e são classificados em: (5) órgãos de assessoria; (6) órgãos de controle; (7) órgãos de apoio técnico-administrativo; e (8) órgãos institucionais singulares (organograma completo em <https://www.tcesc.tc.br/instituicao/organograma>). O descritivo da estrutura

vigente encontra-se detalhado na Resolução TC-149/2019 e na Portaria TC-337/2019 (SANTA CATARINA, 2019c, 2019b).

Nessa estrutura atuam 406 servidores efetivos e comissionados, 7 conselheiros e 3 conselheiros-substitutos, 25 servidores cedidos por outros órgãos, 15 servidores do Corpo Temporário de Inativos da Segurança Pública, 101 colaboradores de empresas terceirizadas e 14 estagiários, totalizando 571 profissionais (SANTA CATARINA, 2020).

Os conselheiros compõem o Tribunal Pleno, órgão responsável pelas decisões do Tribunal. São escolhidos seguindo previsão constitucional (indicações definidas pela assembleia legislativa e governador do estado). A administração superior, composta pela Presidência, Vice-presidência e Corregedoria-Geral, é eleita pelos conselheiros para um mandato de dois anos, sendo que a reeleição pode ocorrer apenas para um período de igual duração (SANTA CATARINA, 2001).

Conforme já narrado na introdução, existe elevado número de jurisdicionados e ações realizadas pela administração pública, sendo que os trabalhos do TCE/SC podem ocorrer numa perspectiva “macro” quando da apreciação das contas para fins de emissão dos pareceres prévios ou “micro”, observando os atos dos gestores em conformidade com os atributos definidos nas leis em relação aos aspectos contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial.

A vastidão de possibilidades em relação aos atos de gestão pública e o número de unidades jurisdicionadas superior a 1.700, para essa análise “micro”, requer escolhas feitas com base em critérios: de risco, materialidade e relevância (detalhados na introdução), sendo esta uma das estratégias para redução de um estoque superior a 12 mil processos (conforme Relatório de Atividades elaborado em outubro de 2020, podendo ser descontados 9 mil relativos a registros de aposentadorias e pensões).

Para o presente estudo, interessam as competências e atividades dos órgãos de controle que compõem a Diretoria Geral de Controle Externo (DGCE), num total de 08 diretorias: Diretoria de Contas de Governo (DGO), Diretoria de Contas de Gestão (DGE), Diretoria de Atividades Especiais (DAE), Diretoria de Atos de Pessoal (DAP), Diretoria de Empresas Estatais e Congêneres (DEC), Diretoria de Licitações e Contratações (DLC), Diretoria de Informações Estratégicas (DIE) e Diretoria de Recursos e Reexames (DRR), com um total de 192 servidores, cujas competências são as seguintes (SANTA CATARINA, 2019b):

- **A Diretoria de Contas de Governo (DGO)** tem por finalidade a análise das Contas Anuais do Governo do Estado e dos Municípios,

representadas pelos respectivos balanços gerais, através da realização de inspeções especiais, a coleta de dados e informações, a avaliação e o acompanhamento permanente da execução orçamentária, financeira e patrimonial, das metas estabelecidas e do resultado da gestão dos recursos públicos, visando à elaboração do relatório técnico sobre as contas

- A **Diretoria de Contas de Gestão (DGE)** tem por finalidade o controle da execução orçamentária, das receitas, das despesas, da prestação dos serviços públicos, dos atos administrativos e das contas de gestão dos Poderes, demais Órgãos, entidades e fundos da Administração Pública Estadual e Municipal e demais entidades ou pessoas sujeitas à jurisdição do Tribunal de Contas que não sejam da alçada das demais Diretorias. Ressalta-se no detalhamento das incumbências a de realizar estudos e pesquisas, desenvolver técnicas e definir padrões para as ações de fiscalização relativos à área de competência da Diretoria.
- A **Diretoria de Atividades Especiais (DAE)** tem por finalidade realizar atividades especiais de controle externo nas unidades gestoras do Estado e dos municípios e outras pessoas físicas e jurídicas sujeitas à jurisdição do Tribunal de Contas do Estado, por meio de auditorias operacionais e financeiras. Ressalta-se no detalhamento das incumbências a de realizar estudos e pesquisas, desenvolver técnicas e definir padrões para trabalhos de fiscalização e de avaliação de programas de governo.
- A **Diretoria de Atos de Pessoal (DAP)** tem a finalidade de exercer atividades de controle externo relativas aos atos de pessoal da Administração Direta, das autarquias e fundações do Estado e dos municípios, excetuada a competência específica da Diretoria de Empresas e Entidades Congêneres.
- A **Diretoria de Empresas e Entidades Congêneres (DEC)** tem por finalidade o controle da execução orçamentária, das receitas e das despesas, da prestação dos serviços públicos, dos atos administrativos e das contas de gestão das empresas públicas, de sociedade de economia mista e demais entidades da Administração Pública Estadual e Municipal criadas para a prestação de serviços públicos, bem como de entidades associativas sujeitas à jurisdição do Tribunal de Contas.
- A **Diretoria de Licitações e Contratações (DLC)** tem por finalidade a fiscalização de licitações e de contratações realizadas pelas unidades gestoras do Estado e dos municípios e demais pessoas físicas e jurídicas sujeitas à jurisdição do Tribunal de Contas.
- A **Diretoria de Informações Estratégicas (DIE)** tem por finalidade coordenar, propor, executar e aperfeiçoar as ações relativas à produção de conhecimento e elaboração de estratégias e ações de inteligência, que resultem em aumento da efetividade das ações de controle externo e aprimoramento da gestão pública.
- A **Diretoria de Recursos e Revisões (DRR)** tem por finalidade instruir processos de revisão e de recursos inerentes ao controle, exceto os de agravo e de reapreciação de contas, interpostos em face das deliberações proferidas pelos Órgãos Colegiados do Tribunal de Contas.

Considerando as auditorias como principal instrumento de fiscalização da instituição, o TCE/SC procura estar alinhado com as Normas Internacionais de Auditoria no Setor Público (ISSAI), elaboradas pela Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) e, no Brasil, as Normas de Auditoria do Setor Público (NBASP) emitidas pelo Instituto Rui Barbosa - IRB, interessando para o objeto da presente pesquisa a NBASP 3000 e NBASP 9020, que traz as distinções entre auditorias operacionais e avaliações de políticas públicas e descreve os pressupostos de atuação em relação aos procedimentos para avaliação.

A ISSAI 300 trata dos princípios de **auditoria operacional**, em seu parágrafo 9, estabelece que “*a auditoria operacional é um exame independente, objetivo e confiável sobre se as ações, sistemas, operações, programas, atividades ou organizações governamentais estão operando de acordo com os princípios de economicidade, eficiência e eficácia e se há espaço para aprimoramento*”, figurando da mesma forma na NBASP 3000.

Na NBASP 9020, **avaliação de política pública** é definida como “*um exame que objetiva avaliar a utilidade desta, analisando seus objetivos, implementação, produtos, resultados e impactos o mais sistematicamente possível, medindo seu desempenho de modo a avaliar sua utilidade*”. Entre seus objetivos são destacados: “**Planejamento e eficiência**: garantir que há uma justificativa para uma política e que os recursos estão empregados de modo eficiente; **Prestação de contas (accountability)**: demonstrar o quanto uma política alcançou seus objetivos, o quão bem os seus recursos foram utilizados e quais foram os seus impactos; **Implementação**: melhorar o desempenho de uma política e a eficácia de sua entrega (de produtos e resultados) e seu gerenciamento; **Produção de conhecimento**: entender o que funciona (para quem) e o porquê (e em quais contextos); **Fortalecimento institucional**: melhorar e desenvolver capacidades entre os participantes da política pública, seus contatos e instituições” (IBR, [s.d.]).

A partir da análise detalhada das características da organização torna-se possível identificar os atores envolvidos no contexto decisório. Levando em consideração o escopo do presente estudo as diretorias mais envolvidas em fiscalizações orientadas para o desempenho dos serviços da APS seriam DAE e DGE, sendo seus diretores, assim como seu superior imediato DGCE, os Decisores. Os coordenadores e chefes de atuantes nessas diretorias estariam na condição de intervenientes por participarem do processo decisório e os AFCE atuantes nessas equipes seriam os agidos, uma vez que as decisões dos anteriores definiriam a sua atuação, muito embora todo esse processo possa ocorrer de forma integrada e participativa.

4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A situação problema diz respeito à necessidade de um modelo estruturado com base em metodologia que permita a avaliação de desempenho com base em aspectos associados à qualidade dos serviços, para permitir maior assertividade na definição do foco de atuação do TCE/SC, subsidiando o planejamento de fiscalizações. Este subcapítulo pretende descrever e analisar instrumentos com propósitos semelhantes que possam ser empregados nas decisões de fiscalizações, entre os quais IEG-M, PMAQ-AB, Previne Brasil e PCA-Tool, concluindo sobre suas lacunas e oportunidades.

4.2.1 Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M)

A aplicação do IEG-M vem sendo coordenada pelo Instituto Rui Barbosa (IRB), associação civil sem fins lucrativos fundada em 1973 pelos tribunais de contas brasileiros [<https://irbcontas.org.br/sobre-o-irb>], como a missão de “*promover a integração, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos métodos e procedimentos de controle externo, aproximando instituições e sociedade, de modo a fortalecer ações que beneficiem a coletividade*” [<https://irbcontas.org.br/iegm/>].

O IEG-M Brasil é um indicador de processo que serve para proporcionar à sociedade visões em relação ao grau de aderência das gestões públicas dos 5.570 municípios brasileiros sobre sete dimensões extraídas da execução orçamentária dos municípios brasileiros: educação, saúde, planejamento, gestão fiscal, meio ambiente, cidades protegidas e governança em TI (Tecnologia da Informação) (IRB, 2021).

O IRB sugere que a análise da gestão municipal deve ser complementada com outros indicadores além do IEGM, como indicadores de insumo, de resultado e de impacto.

A operacionalização do levantamento de informações ocorre por meio da aplicação de questionários (Anexo C), com respostas de veracidade presumida, sendo realizadas validações *in loco* de amostras definidas aleatoriamente (com a pandemia do coronavírus esse procedimento acabou sendo suspenso).

Cada índice que integra a elaboração final do IEG-M tem um peso baseado na distribuição das ponderações do volume de despesas pagas, vinculados a uma função de

governo, sendo educação (20%), saúde (20%), planejamento (20%), gestão fiscal (20%), meio ambiente (10%), cidades protegidas (5%) e governança em TI (5%) (TCE/SP, 2017).

O “grau de aderência da gestão municipal” é mensurado a partir das pontuações atribuídas às questões propostas anualmente. Ao final, são conferidas notas a área de gestão avaliada: A (altamente efetiva, quando os resultados são situados a partir de 90% da nota máxima e, pelo menos, 5 (cinco) índices componentes com nota A), B+ (muito efetiva, quando entre 75% e 89,9% da nota máxima), B (efetiva, quando entre 60% e 74,9% da nota máxima), C+ (em fase de adequação, quando entre 50% e 59,9% da nota máxima) e C (baixo nível de adequação, menos que 50%) (IRB, 2021; PASSOS; AMORIM, 2018).

Especificamente sobre a dimensão da saúde (i-saúde), abrange: atenção básica, cobertura e ação do programa saúde da família, atuação do conselho municipal da saúde, assiduidade dos médicos, atendimento à população para tratamento de doenças como a tuberculose e prevenção de doenças como a dengue, controle de estoque de insumos, cobertura das campanhas de vacinação e de orientação à população (TCE/SP, 2017).

As 87 questões, cuja consolidação ocorre pelo somatório dos indicadores dividido por 100, sendo que para o ano de 2019 os resultados estão expressos num ranking (o quadro seguinte ilustra o percentual atingido pelos 5 melhores e 5 piores classificados de acordo com o percentual atingido:

Quadro 3: Resultados do i-saúde/IEG-M 2019 (i-Saúde)

Município	i-Saúde	Município	i-Saúde
5 Primeiros (Melhores)		5 Últimos (Piores)	
1º VARGEÃO	95%	291º SANTA TEREZINHA	49%
2º CUNHA PORÃ	94%	291º CHAPADÃO DO LAGEADO	49%
3º ITÁ	92%	291º CERRO NEGRO	49%
3º CAIBI	92%	294º MAJOR VIEIRA	47%
3º JUPIÁ	92%	295º BARRA VELHA	46%

Fonte: <https://paineis.tce.sc.gov.br/>

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

O PMAQ-AB foi instituído por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, posteriormente substituída pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, num cenário de desafios: 1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica; 2 - Infraestrutura das UBS inadequada; 3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis

para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde; 4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis; 5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; 6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; 7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; 8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; 9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica; 10 - Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O objetivo do Programa era induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2011, 2015).

O Programa tinha como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, propondo um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Uma dessas estratégias consistia em elevar o repasse de recursos do incentivo federal (Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável) para os municípios participantes que atingissem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2021b).

O programa foi dividido por fases com duração média de 24 meses), sendo que na **1ª fase** ocorria a formalização da **adesão e contratualização** de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos do PMAQ-AB; na **2ª fase** ocorria o **desenvolvimento**, o qual era composto pela **autoavaliação** feita pelas equipes de atenção básica de acordo com instrumento ofertados, pelo **monitoramento** realizado pelas secretarias municipal e estadual de saúde, pela educação permanente e apoio institucional; na **3ª fase** a **avaliação externa** da qual resultava na **certificação de desempenho** das equipes de saúde coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e na **4ª fase** a **recontratualização**, que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo

cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB (FLÔRES et al., 2018).

A Matriz foi organizada em dimensões, subdimensões e padrões de qualidade. A dimensão é uma estrutura temática que consolida grupos de subdimensões com padrões de qualidade sobre determinado tema, por exemplo, “Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS”. Já a subdimensão é o grupo de perguntas (padrões) que vai compor parte da dimensão. Por exemplo, para abordar o tema da dimensão “Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS”, foi necessário levantar grupos de perguntas referentes ao funcionamento da Unidade Básica de Saúde, aos medicamentos, insumos, testes rápidos e imunobiológicos, entre outros. Os padrões de qualidade são as perguntas realizadas na avaliação externa. As cinco dimensões das equipes de AB (D1 - Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica, D2 - Estrutura e condições de funcionamento da UBS, D3 - Valorização do trabalhador, D4 - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho, D5 - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário) foram compostas por 33 subdimensões. Cada subdimensão possui um conjunto de questões que recebeu valor entre 1 e 3, definido de acordo com a relevância técnica, estratégica e política de forma tripartite. O valor 1 equivale a menor relevância e o valor 3, a maior relevância (BRASIL, 2018).

Os desempenhos previstos no Programa, enquadravam as equipes contratualizadas nos níveis **Ótimo** (Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior ou igual a 8 e que cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos), **Muito Bom** (Equipes com 90% ou mais de padrões essenciais e com pontuação maior que 7 e menor que 8 pontos, ou Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior ou igual a 8 que NÃO cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos), **Bom** (Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 6 até 7 pontos), **Regular** (Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 4 e até 6 pontos), **Ruim** (Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação até 4 pontos, ou Equipes que NÃO cumprem com 90% dos padrões essenciais), **Insatisfatória** (Equipes que não cumpriram os compromissos assumidos na adesão) e **Desclassificada** (Equipes que se recusaram a realizar a avaliação externa ou equipes AB/SB que não possuíam cadeira odontológica) (BRASIL, 2014, 2018).

Desde dezembro de 2019 o PMAQ-AB foi extinto, sendo substituído pelo Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o

novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2.3 Programa Previne Brasil

O Programa foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, tendo como princípio a estruturação de um modelo de repasses dos recursos federais com base em três aspectos: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019):

- **Capitação ponderada:** deverá considerar a população cadastrada nas equipes eSF e eAB, com ponderações (pesos) atribuídos de acordo com a vulnerabilidade socioeconômica da população, o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada e classificação geográfica definida pelo IBGE.
- **Pagamento por desempenho:** o cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES, nas seguintes categorias: processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde, globais de APS. Vale realçar que Ato do Ministro de Estado da Saúde definirá os indicadores e as metas para o pagamento por desempenho, após pactuação na CIT.
- **Incentivo para ações estratégicas:** contemplará o custeio de diversos ações, programas e estratégias, entre as quais: Programa Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Programa Saúde na Escola (PSE).

Os indicadores definidos para o incentivo de pagamento por desempenho para 2020 atendem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo (BRASIL, 2020e), são os seguintes:

- **Indicador 1:** Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- **Indicador 2:** Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- **Indicador 3:** Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- **Indicador 4:** Cobertura de exame citopatológico;
- **Indicador 5:** Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- **Indicador 6:** Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- **Indicador 7:** Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

4.2.4 Primary Care Assessment Tool (PCATool Brasil)

Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center for the Underserved Populations*, o *PCATool* mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e dos 3 atributos derivados da APS (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural), já detalhados no subcapítulo 2.2.1.

O *PCATool* foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), empregando arranjos dos atributos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, o *PCATool* promovendo uma medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento *PCATool*-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (BRASIL, 2020d).

Esse instrumento apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a **crianças** (*PCATool* versão Criança), a **adultos maiores de 18 anos** (*PCATool* versão Adulto), a **profissionais de saúde** e, também, ao **coordenador/gerente do serviço de saúde**, sendo operacionalizada por meio de questionários que empregam a escala Likert (5 possibilidades de respostas: “Com certeza sim”, “Provavelmente sim”, “Provavelmente não”, “Com certeza não”, “Não sei/Não lembro”), com pontuação de “1” a “4” (BRASIL, 2020d).

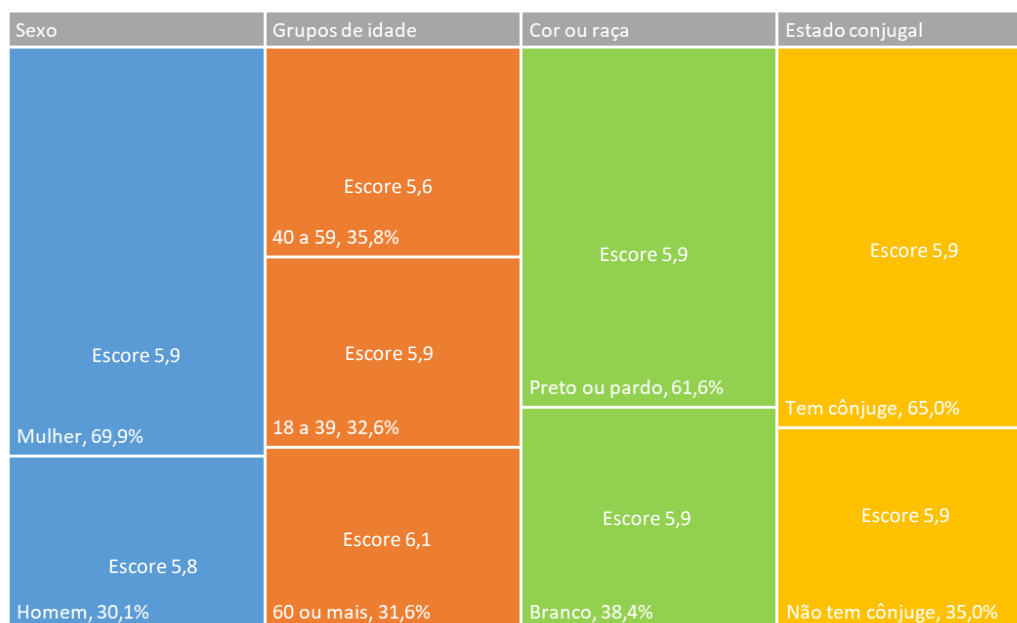
Os valores de “1” a “4” de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS. Além disso, se pode obter o Escore Essencial da APS por meio da média dos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais e o Escore Geral da APS pela média de todos os componentes que caracterizam os atributos essenciais e os atributos derivados da APS. Os valores mais elevados caracterizam serviços com maior presença e extensão do componente ou atributo mensurado (BRASIL, 2020d).

Tanto os escores dos componentes ou atributos quanto o Escore Essencial e o Escore Geral podem ser transformados para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore

< 6,6), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta ‘provavelmente sim’, atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS (BRASIL, 2020d).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), em 2019, 17,3 milhões de pessoas no Brasil com 18 anos ou mais de idade (ou 10,7% dessa população) procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, cujo atendimento não fora o primeiro realizado com o mesmo médico. Pelos padrões internacionais, um escore igual ou superior a 6,6 aponta excelente qualidade de atenção primária à saúde, sendo que a pontuação obtida pelo Brasil foi de 5,9, conforme perfil ilustrado na Figura 5.

Figura 5: Pessoas de 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço APS e o Escore Geral (0 a 10)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

4.2.5 Análise dos instrumentos de avaliação

A iniciativa do Índice de Eficiência de Gestão Municipal (IEG-M), merece ser enaltecido como importante iniciativa no propósito de mensurar com um indicador sintético a eficiência da gestão. Contudo, apresenta a necessidade de melhorias e aprofundamento de debates, destacando-se as seguintes lacunas:

- O i-saúde do IEGM pretende avaliar a eficiência na gestão da saúde como um todo, porém não separa a atenção primária, secundária e terciária, quando se trata de municípios atuantes na gestão plena;
- A utilização da escala *likert* que pode prejudicar a interpretação dos resultados obtidos. Por exemplo, na questão 14: “As unidades básicas de saúde no município possuem condições técnicas para realização de tratamento supervisionado para os casos de tuberculose?”. As opções de resposta são: (a) Sim, todas possuem, (b) Sim, a maior parte das UBS possui, (c) Sim, a menor parte das UBS possui e (d) Não. Supondo que o município avaliado tivesse apenas 2 UBSs e apenas uma delas tivesse condições técnicas para o tratamento supervisionado de tuberculose, qual seria a melhor resposta para essa questão?

- O emprego de questões sintéticas para situações que acontecem em várias unidades podem gerar distorção interpretativa. Por exemplo, na questão 17: “Os médicos da UBS possuem sistema de controle de ponto eletrônico? (Ex.: mecânico; biométrico; digital; etc.)”. Respostas possíveis: (a) sim e (b) não. Supondo que o município tenha 5 UBSs e 3 delas dispõem de sistema de ponto e outras 2 não, qual seria a resposta a ser apresentada?
- Considerando a complexidade e esforços necessários para a aplicação do questionário, compilação de respostas e validação, num cenário de recursos humanos escassos, a periodicidade de aplicação do instrumento deveria ser reavaliada;
- Avaliação sintética de uma política pública complexa executada em várias unidades de saúde e por várias equipes, de forma que não é possível verificar se avaliações negativas decorrem de fatos pontuais ou generalizados

Ainda que se entenda inquestionável a evolução a partir da implantação do IEG-M, ainda se faz necessário ações de aperfeiçoamento para encontrar melhor utilização para o TCE/SC, gestores públicos e sociedade.

Outro instrumento mais específico do Ministério da Saúde, quer seja o Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Primária (PMAQ-AB) apresentava um conjunto de indicadores empregados no processo avaliativo mais amplo e detalhado, contudo, algumas lacunas devem ser destacadas:

- Descontinuidade do PMAQ-AB no final de 2019 (os dados disponíveis se referem a este último ano) pelo Ministério da Saúde;
- O questionário é bastante grande (aproximadamente 2.900 questões) e demanda tempo significativo das secretarias municipais de saúde para a apresentação de respostas;
- A manutenção e validação dos questionários necessita investimentos em consultoria ou apoio técnico de profissionais da saúde com experiência nos serviços da APS;
- Questões referentes a realidades potencialmente diferentes das vivenciadas no estado de Santa Catarina;
- Necessidade de “prêmio” na forma remuneração variável para as equipes promoverem melhoras qualitativas;
- Tempo demandado para órgão externo validar as respostas;

- Necessidade de investimentos em parcerias interinstitucionais com universidades ou outras organizações da sociedade civil nos procedimentos de validação, bem como a capacitação de parceiros;

O PMAQ-AB foi sucedido no final de 2019 pelo Programa Previne Brasil como modelo de financiamento federal para a APS, sua lógica se baseia em valores financeiros per capita referentes à população cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes medido por sete indicadores de resultado e, ainda, incentivos relacionados a políticas específicas, sendo percebidos pontos alvo de críticas:

- O Previne Brasil na sua essência não utiliza uma base de informações que permita o conhecimento detalhado da estrutura e dos processos na APS, prejudicando propósitos avaliativos, uma vez que os bancos de dados detalhados compostos no antecedente PMAQ-AB foram descontinuados;
- Os indicadores utilizados para pagamento PAB variável são indicadores de resultado que não necessariamente refletem boas condições estruturais e nos procedimentos de prestação de serviços, o que pode refletir em perdas qualitativas no médio prazo;
- Não estão claros os indicadores relacionados ao objetivo incentivar avanços na capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção, assim como ao objetivo de enfrentar as dificuldades recorrentes, a exemplo da fixação de profissionais.

Uma outra referência é a metodologia *Primary Care Assessment Tool*, PCATool-Brasil, empregada pela primeira vez pelo IBGE em parceria com o Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2019, cujos pressupostos foram detalhados no subcapítulo 3.2.6. Alguns aspectos verificados na pesquisa merecem ser realçados como limitadores no emprego para orientação de fiscalizações:

- Utilização da escala *likert* na composição do questionário avaliativo, cujos valores de “1” a “4” de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS;
- Ausência de informações detalhadas por municípios, estando as mesmas detalhadas por regiões, estados e capitais;
- Não estão claros os indicadores relacionados a capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção.

Apesar das lacunas destacadas, os instrumentos existentes servem de referência para a elaboração de um modelo voltado especificamente para as necessidades de fiscalização dos tribunais de contas, trazendo informações sobre o desempenho refletido na qualidade dos serviços.

Este estudo utiliza em grande parte os indicadores do PMAQ-AB, pois apresenta informações minuciosas que o colocam num patamar superior aos demais instrumentos (IEG-M, Previve Brasil e PCA-Tool). Pelo fato de não apresentar respostas detalhadas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) em relação às estruturas e processos, o IEG-M e o PCA-Tool não foram empregados no modelo proposto neste estudo. O Previne Brasil, por apresentar indicadores de resultados, cuja leitura se adequa a uma posição consolidada por município pode ser empregada de forma combinada com as outras fontes de informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta a materialização do modelo com base na Metodologia Multicritério de apoio à Decisão (MCDA) em conformidade com as fases e procedimentos enumerados no Capítulo 3. Na parte final é apresentada uma comparação dos municípios com maior e menor desempenho comparando o modelo MCDA proposto com o IEG-M, instrumento atualmente empregado.

5.1 RECONHECIMENTO DO PROBLEMA

A aplicação de entrevistas com os diretores e questionário com conselheiros do TCE/SC objetivou registrar a visão desses atores em relação a percepção da situação problema passível de iniciativas de intervenção no contexto de atuações pautadas na avaliação de desempenho de políticas públicas, sendo que os resultados a seguir podem subsidiar a elaboração de iniciativas aderentes às necessidades.

5.1.1 Perspectiva dos diretores de controle externo do TCE/SC

Quanto a **pertinência** do TCE/SC atuar com o propósito de avaliar o desempenho de políticas públicas, os diretores destacaram que a participação do órgão representaria um olhar isento de opiniões pré-concebidas, capaz de extrair com neutralidade aspectos positivos e negativos de uma determinada ação governamental, além de alertar aos gestores para áreas que necessitam de intervenção, ou ainda ações específicas, como elaboração de cartilhas ou capacitações para membros de conselhos de políticas específicas. Essa linha de atuação seria muito relevante para que os gestores municipais tivessem preocupação além da aplicação de recursos em conformidade com os percentuais mínimos na saúde definidos pela constituição, passando a se pautar nos resultados proporcionados para a sociedade.

No tocante ao **estágio atual de atuação** orientada para avaliação de desempenho de políticas públicas, foi destacada a percepção de trabalhos orientados com este objetivo realizados pela Diretoria de Atividades Especiais - DAE, pois haveria uma aproximação natural com as auditorias operacionais, porém existe uma linha tênue entre auditoria operacional e avaliação de políticas públicas, bem como margem para que outras diretorias atuem alinhadas,

de forma complementar à DAE, sendo um trabalho gradativo, com uma evolução por áreas, especializando e adequando a estrutura das diretorias técnicas.

Na DAE, os trabalhos com essa linha de atuação ganharam impulso com a utilização de métodos econométricos, que possibilitaram avaliar o êxito de alguns programas com base em indicadores. Outro ponto realçado foi a necessidade de especialização das divisões técnicas para repetição do conhecimento adquirido, possibilitando maior aprofundamento e agilidade, sendo destacado o aspecto do tempo de análise em atuações dessa natureza como algo a ser melhorado.

No âmbito das contas de governo, a partir de tentativas de inclusão de informações sobre o monitoramento de metas sobre a saúde, ocorreu a decisão de suspender a tentativa em razão da defasagem de informações buscadas na Secretaria de Estado da Saúde. Afirmou-se ser questionável se as contas de governo seriam o melhor local para aplicar este tipo de avaliação ou deveriam compor procedimento específico, uma vez que as normas atuais, quer seja Lei Orgânica, Regimento Interno e a Decisão Normativa 06/2008, que definem conteúdo e restrições passíveis de rejeição das contas de governo, não incluem o tratamento da avaliação de desempenho. Sendo assim, quando estes aspectos são abordados em contas de governo, figuram no campo das ressalvas e recomendações.

Como **limitação**, foi destacada a existências de poucas bases de dados para avaliar políticas públicas, sendo necessário coordenar esforços organizando equipes para definir bases de informações aderentes com objetivos bem definidos ou mesmo avaliar a necessidade de composições de bases em bancos de dados administrados pelo TCE/SC. Também foi destacada a percepção de que bons resultados podem decorrer de situações não mensuráveis como o engajamento da sociedade local.

Ante a inexistência de normas com o propósito de estabelecer regras para os jurisdicionados em relação a avaliação de políticas públicas, um dos pontos destacados foi a necessidade de aprimorar a capacitação interna no assunto e avançar de forma gradativa, inserindo essa preocupação nos jurisdicionados de forma a alinhar o que já existe com as necessidades fiscalizatórias, podendo gerar demandas direcionadas para trabalhos pontuais ou ainda estruturados naquelas políticas permanentes, aproveitando normas que precisam ser adequadas, a exemplo da Instrução Normativa IN TC-20/2015.

O TCE/SC como um todo apresenta obstáculos decorrentes do quantitativo de servidores insuficiente e necessidade de habilidades específicas que teriam que ser desenvolvidas para este tipo de avaliação. Nesse cenário, é possível que processos específicos

poderiam ser mais efetivos no tratamento dessas questões, sendo que pelos trabalhos precedentes, a DAE teria uma equipe melhor preparada.

Também foi mencionada a possibilidade adaptação da estrutura organizacional por especialização em áreas de relevância (educação, saúde, segurança pública, assistência social), com potencial de melhor organizar as atividades e concentrar esforços de capacitação e formação de *expertise*, conforme já está acontecendo em uma das divisões da DGE. Esse direcionamento teria sinergia com a recente definição de relatorias temáticas, ou seja, definição de conselheiro para capitanear assuntos específicos.

Quadro 4 – Síntese das opiniões dos diretores

Aspecto analisado	Percepção dos diretores
Nível de atuação atual:	Baixo. Os trabalhos realizados atualmente pela DAE guardam alguma relação com esse propósito de avaliação de políticas públicas (D1, D2, D4, D5, D6), algumas ações de orientação estão alinhados com o propósito (D3) e também o IEG-M (D4) e indicadores da educação e ODS (D2)
Pertinência da Atuação:	Existe pertinência. O TCE/SC seria um órgão dotado de neutralidade verificar aspectos positivos e negativos (D1) e alertar para situações de necessária intervenção (D1, D2)
Diretorias envolvidas:	DAE e demais diretorias de forma subsidiária e integrada. A DAE tem uma equipe melhor preparada (D2). Uma das divisões técnicas da DGE está fazendo trabalhos experimentais nesse contexto (D3). Se ampliar ações de outras diretorias nesse contexto de forma direta ou colaborativa (D1). Possível necessidade de adequar estrutura do TCE/SC para esse propósito (D1)
Utilização:	Orientar ações governamentais específicas, por exemplo recurso hídricos, catástrofes naturais. Ausência de caráter punitivo. Atentar para aspectos de contratação com implicação direta em políticas de grande relevância como educação e saúde (D2, D1, D4). Impertinência de contas nas contas de Governo. Deveria compor procedimentos específicos (D1, D4)
Limitações:	Necessidade de definição de bases de informações ou composição de dados primários (D4). Necessidade de capacitação dos servidores do TCE/SC. Implementação de forma gradual (D2, D3). Limitação do quadro de servidores e necessidade de capacitação específica (D3, D2, D4, D6, D5)

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir da análise descritiva temática das respostas das entrevistas das respectivas diretorias de controle externo do TCE/SC

5.1.2 Perspectiva dos conselheiros

Os conselheiros entendem que o TCE/SC praticamente não tem atuado na área avaliação de desempenho de políticas públicas, salvo algumas auditorias operacionais que se aproximaram desse escopo e também os painéis de monitoramento dos Plano de Educação. Também nas contas de governo, para subsidiar o parecer prévio são realizadas análises das políticas de públicas de educação, destacando as metas de atendimento de creche e pré-escola.

Mencionaram que a avaliação de desempenho de políticas públicas seria um instrumento relevante para atuação do controle externo, tendo em conta que a sua ação pode contribuir para o afastamento de uma política pública que se mostrou equivocada. Alguns pressupostos de ações já realizadas alinhadas com essa pauta foram destacados: a) princípio da economicidade, para verificar se os recursos foram bem utilizados, isto é, em tempo hábil, na quantidade adequada e ao melhor preço; b) princípio da eficiência, no sentido de produzir ou realizar o máximo com os recursos disponíveis; e c) princípio da eficácia, visando alcançar os objetivos previamente definidos e os resultados a serem obtidos com a política pública em exame. Outro ponto frisado foi a necessidade de examinar a característica da população efetivamente atingida, para verificar se a política é, de fato, eficaz em relação ao público ao qual é direcionada, bem como um fornecer um retrato desses beneficiários.

Existe entendimento de que o protagonismo da atividade avaliativa deve ser do gestor, sendo que o foco do controle externo seria a verificação de aspectos do planejamento da política pública, mormente a observação da sua compatibilidade com a legislação e as demandas reais, bem como a cobrança de que a administração defina indicadores que possam ser acompanhados, sendo uma medida estabelecida constitucionalmente a partir da Emenda Constitucional nº 109/2021.

A avaliação das políticas públicas contempla o novo viés de atuação das Cortes de Contas, que deve ser qualitativo (medição de desempenho), orientativo e preventivo/concomitante, e não meramente quantitativo, repressivo e a *posteriori*, privilegiando uma atuação contemporânea e eficiente.

Contudo, foi ressaltado que o órgão de controle externo não dispõe de profissionais em número suficiente para abarcar o trabalho de avaliação nas mais variadas áreas, pois a avaliação pressupõe especialização e domínio profundo dos pressupostos teóricos e técnicos, além do conhecimento das bases de dados pertinentes.

Em relação ao planejamento, foi mencionado que o TCE/SC deve estabelecer prioridades plurianuais para a avaliação, por exemplo, estabelecer planejamento de cinco anos, com áreas prioritárias e objetivos. Ainda, as prioridades não podem ser tão amplas, devendo levar em conta o grau de conhecimento dos técnicos, as capacidades institucionais, as prioridades legais e constitucionais e a viabilidade de obtenção de resultados concretos. Ressalta-se, ainda, a necessidade de continuidade, sendo que um contínuo reforça a posição do TCE como órgão relevante de interlocução com entidades da administração pública e sociedade civil interessadas em determinado tema.

Também foi reiterado que a avaliação de políticas públicas não pode limitar-se às auditorias operacionais, as quais requerem maior lapso temporal. Para aspectos que requeiram respostas mais rápidas e haja dados que viabilizem instrumentos mais céleres, estes devem ser adotados preferencialmente. Seria fundamental que as diretorias, de posse dos dados disponíveis, definam de forma articulada ações de fiscalização que conciliem aspectos operacionais e de regularidade, pois boa parte das falhas decorrem de descumprimento de normas legais.

O objetivo maior de uma avaliação de política pública pelo Tribunal de Contas na visão dos conselheiros é produzir ações de controle que garantam o cumprimento da legislação e a realização dos objetivos nela previstos. Uma via bastante favorável para esse propósito é a relatoria temática, que pode concentrar diversas ações com foco na avaliação das medidas adotadas em conjunto ou de forma isolada pelo Estado, município, órgão ou entidade pública com foco na resolução de um problema público, utilizando procedimentos de levantamento, auditorias operacionais e acompanhamento. Os resultados desses trabalhos, cujo propósito é distinto da busca de responsáveis por irregularidades ou ilegalidades, contribuem com os gestores públicos dando-lhes melhor compreensão da realidade e impacto das ações governamentais avaliadas e monitoradas, possibilitando-lhes a firmeza na manutenção de acertos e/ou reconsiderar práticas não exitosas.

Deve haver um planejamento integrado, e uma das prioridades deve ser fiscalizar o maior número possível de unidades gestoras. Indicadores devem ser capazes de medir a evolução da fiscalização realizada pelo Tribunal (C1). Para a escolha do objeto poderia ser instituído um processo padrão de seletividade, que levasse em consideração critérios de relevância, oportunidade, gravidade, urgência, materialidade, interesse público, dentre outros aspectos pertinentes para o momento a ser analisado, já que as políticas públicas mudam com o tempo e com os interesses da sociedade.

A DAE, DGE, DGO e DAP podem, dentro das diretrizes estabelecidas, definirem estratégias e o foco de atuação de cada diretoria para observar determinada política pública. Podem mesclar ações: análise de contas, inspeções, auditorias, levantamentos etc. Definidos os aspectos da política pública e as metas, cada diretoria atuará, com o relator da área e a DGCE acompanhando a evolução e os resultados da fiscalização. A DEC também pode contribuir nas avaliações de políticas públicas envolvendo temáticas como água e esgoto, gás, energia elétrica e políticas executadas por meio de consórcios públicos. A DIE possui papel fundamental no levantamento de dados para avaliação das políticas públicas selecionadas.

A DAE é a diretoria que tem a atribuição principal de realizar as auditorias operacionais, com foco o exame de funções, subfunções, programas, projetos, atividades, operações especiais, ações, áreas, processos, ciclos operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e entidades, bem como sobre o resultado das políticas, programas e projetos públicos, sendo natural que ela exerça um protagonismo. Contudo, a DGO e a DGE podem participar, em colaboração com a DAE, da realização de auditorias operacionais, por determinação do Plenário ou da Presidência, consoante a Resolução nº TC-149/2019 .

A avaliação de desempenho de políticas públicas exige uma análise multidisciplinar, estabelecendo, a depender da legislação e da regulamentação da matéria no TCE/SC, uma reformulação ou reestruturação da divisão organizacional, aliada à atuação de demais profissionais de fora da instituição, caso necessário. Ainda se depreende a necessidade de um marco legal sobre o tema no TCE/SC, capacitação dos servidores e ganho de *expertise*, sendo necessário uma discussão mais ampla e aprofundada sobre o papel de cada diretoria.

É preciso verificar se o parecer prévio das contas é o fórum mais adequado para se discutir políticas públicas, podendo-se nesse tipo de processo realizar um breve diagnóstico em determinadas situações, mas a investigação e avaliação deve ser empreendida em processo específico, principalmente albergado por auditorias operacionais, conforme já salientado.

Além de avaliar o atendimento dos princípios da economicidade, eficiência e eficácia, faz-se necessário também perquirir acerca da relevância da política, ou seja, a adequação dos seus objetivos em relação às necessidades sociais, econômicas ou ambientais que se pretende atender e a utilidade da política, isto é, comparando os seus efeitos e as necessidades que se pretendia transformar, por meio de um estudo objetivo e técnico e, por óbvio, desprovido de análise de cunho político.

O processo de escolha do objeto de atuação, isto é, da política pública a ser avaliada pelo TCE/SC, deveria levar em consideração o montante de recursos financeiros investidos pelo Poder Público e o impacto pretendido na sociedade catarinense, tendo em conta as necessidades que se almeja atender, levando em conta a existência de alguma denúncia, cuja irregularidade noticiada provoque repercussão capaz de justificar a intervenção deste Tribunal e políticas públicas inovadoras, que não demandem recursos vultosos, mas sejam dotadas de eficiência e eficácia, demonstrando, ainda, adequação e utilidade merecem ser divulgadas pelo TCE como exemplo de boas práticas.

A sociedade, como destinatária dos serviços deveria ter a possibilidade de participação no processo decisório de fiscalização, podendo ser delimitando período específico no calendário anual para o exercício da participação cidadã, possivelmente empregando a Ouvidoria como canal para recepcionar esta espécie de pleito.

Quadro 5 – Síntese das opiniões dos conselheiros

Aspecto analisado	Percepção dos conselheiros
Nível de atuação atual:	O TCE/SC praticamente não tem atuado na área avaliação de desempenho de políticas públicas, salvo algumas auditorias operacionais que se aproximaram desse escopo e nas contas de governo são apresentados alguns indicadores de saúde e educação (C1, C2)
Pertinência da Atuação:	A atuação pode contribuir para o afastamento de uma política pública que se mostrou equivocada e necessidade de aprofundar estudos sobre o público afetado (C1, C3). O protagonismo da atividade avaliativa deve ser do gestor, ao TCE/SC caberia observação da sua compatibilidade com a legislação e as demandas reais (C1). Medida estabelecida constitucionalmente a partir da Emenda Constitucional nº 109/2021 (C2).
Diretorias envolvidas:	A DAE, DGE, DGO e DAP podem, dentro das diretrizes estabelecidas, definirem estratégias e o foco de atuação de cada diretoria para observar determinada política pública. Definidos os aspectos da política pública e as metas, cada diretoria atuará, com o relator da área e a DGCE acompanhando a evolução e os resultados da fiscalização. A DEC também pode contribuir nas avaliações de políticas públicas envolvendo temáticas como água e esgoto, gás, energia elétrica e políticas executadas por meio de consórcios públicos. A DIE possui papel fundamental no levantamento de dados para avaliação das políticas públicas selecionadas (C1, C4).
Utilização:	O objetivo maior de uma avaliação de política pública pelo Tribunal de Contas é produzir ações de controle que garantam o cumprimento da legislação e a realização dos objetivos nela previstos (C1). Contribuir com os gestores públicos dando-lhes melhor compreensão da realidade e impacto das ações governamentais avaliadas e monitoradas, possibilitando-lhes a firmeza na manutenção de acertos e/ou reconsiderar práticas não exitosas
Limitações:	O órgão de controle externo não dispõe de profissionais em número suficiente para abarcar o trabalho de avaliação nas mais variadas áreas (C1, C2), pois a avaliação pressupõe especialização e domínio profundo dos pressupostos teóricos e técnicos, além do conhecimento das bases de dados pertinentes (C1)

Fonte: Autor a partir da análise descritiva temática das respostas dos questionários respondidos por conselheiros ou seus representantes

5.1.3 Síntese do problema na visão dos atores

Dos resultados obtidos com a aplicação das entrevistas e questionários configura-se a necessidade do TCE/SC estabelecer no seu planejamento anual pressupostos de atuação em determinadas áreas, definindo prioridades a serem enfrentadas em cada etapa, tomando como base o conhecimento da situação presente e perspectivas futuras, num processo de longo prazo.

Percebe-se relativa falta de clareza em relação aos instrumentos de fiscalização (auditoria operacional ou outra não normatizada atualmente no TCE/SC – avaliação de política pública, ou ainda instrumento de levantamento) bem como sobre a forma de apropriação desses resultados (contas de governo, processos específicos, painéis de informações).

Pertinente estabelecer normas internas para tratar de avaliação de desempenho de políticas públicas, o que assegurará a continuidade nessas ações independentemente da troca de gestores do órgão de controle e ainda definirá o papel das unidades da administração estadual e municipais e do TCE/SC nesse contexto, com as respectivas competências e encaminhamentos para os resultados dos trabalhos.

Fica evidente que os servidores do TCE/SC precisam ser adequadamente capacitados no assunto, que por vezes requer conhecimentos de metodologias complexas e pouco conhecidas, nesse sentido, uma das possibilidades seria a especialização das unidades técnicas por área, otimizando esforços em trabalhos recorrentes e buscando, se necessário, a participação de especialistas externos.

Por fim, vale ressaltar a predominância da opinião de que os trabalhos avaliativos apresentam aspectos diferenciado da regularidade e legalidade, se voltando para a solução de problemas públicos. Uma metodologia estruturada para a apresentação de diagnósticos ou decisões de atuação apresentam relevância no processo de planejamento, necessitando de um envolvimento coordenado para se chegar a um resultado legitimado como solução adequada, podendo ser aprimorada ao longo do tempo.

5.2 ELABORAÇÃO DO MODELO

O Modelo elaborado com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA) para avaliar o desempenho da APS possibilita a comparação entre os municípios levando em conta diversos aspectos com impacto na qualidade dos serviços, por meio de uma escala unificada e consolidação de indicador síntese (geral ou por dimensão analisada), com base em taxas de substituição de forma a apoiar decisões de atuação pelo TCE/SC. As etapas envidadas estão detalhadas nos subcapítulos seguintes.

5.2.1 Estruturação

O Modelo iniciou a ser elaborado empregando indicadores da base de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ-AB) referentes ao ano de 2019, abrangendo 288 dos 295 municípios catarinenses, o qual continha 2.931 questões abrangendo aspectos das UBS, equipes de saúde, NASF, saúde bucal, opinião dos usuários. Além do PMAQ-AB, foram incluídos indicadores do Programa Previne Brasil, do Pacto Interfederativo subscrito pelo Estado de Santa Catarina e informações financeiras disponíveis no TCE/SC.

Optou-se por excluir a saúde bucal do escopo da pesquisa (312 indicadores) em razão da referida política pública, ainda em fase de expansão, demandar uma série de condicionantes associadas à sua implementação ou não em cada UBS/USF, aumentando demasiadamente a complexidade do modelo.

5.2.1 Modelagem Soft

Destina-se à compreensão do problema e do contexto físico pesquisado, por meio da identificação dos atores e do problema percebido, gerando conhecimento que permitirá representar as questões de interesse (ENSSLIN et al., 2017).

Inicialmente ocorreu a identificação dos atores envolvidos no contexto decisório:

Quadro 6: Atores envolvidos no contexto decisório

Decisores:	Diretor de Contas de Gestão (DGE) Diretor de Atividades Especiais (DAE)
Intervenientes:	Coordenações envolvidas (DGE e DAE) Chefes de Divisão (responsáveis pelo planejamento de fiscalização da DGE e DAE)
Facilitador:	Autor da Pesquisa (Marcos André A. Monteiro)
Agidos:	Audidores Fiscais de Controle Externo atuantes nas diretorias técnicas (DGE e DAE)

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Considerando o escopo da pesquisa, o problema foi sinteticamente definido como: *“Falta de critério metodologicamente estruturado para a escolha de objetos de fiscalização na atenção primária à saúde (o quê e onde fiscalizar) levando em consideração aspectos que possam influir na qualidade dos serviços prestados para a sociedade”*.

A justificativa da importância do problema pode ser sintetizada da seguinte forma: *“Enquadramento nos critérios de materialidade e relevância e escassez de recursos humanos*

(auditores fiscais de controle externo) em relação ao universo de fiscalizações possíveis e necessidade de orientar os esforços para ações mais efetivas”.

A alternativa para o problema foi descrita como: “Os decisores necessitam conhecer o perfil do desempenho da atenção primária à saúde para orientar ações específicas de atuação com foco no resultado apresentado pelos serviços”.

Sendo assim, o objetivo foi traçado: “Propor um modelo para apoiar a seleção de alternativa para a atuação do TCE/SC com foco no desempenho dos serviços da atenção primária à saúde”.

A proposta para a solução: “Tendo em vista tratar-se de um problema complexo, com múltiplas variáveis, cujos decisores desejam expandir conhecimento sobre o contexto e anseiam ter objetivos ou critérios claros, será utilizada a metodologia MCDA”.

O produto final pode ser descrito da seguinte forma: “O modelo promoverá o conhecimento nos decisores acerca de contexto de atuação, o que possibilitará evidenciar, organizar e realizar a mensuração dos aspectos considerados relevantes, isso permitirá compreender o status quo com base nos critérios considerados essenciais e obter recomendações para aperfeiçoamento”.

Por fim, na etapa da modelagem soft foi proposto o seguinte rótulo para o modelo: “Avaliação do Desempenho da Atenção Primária à Saúde (Sem Bucal)”.

5.2.2 Elementos primários de avaliação e separação em áreas de preocupação

Conforme descrito, considerando a existência do Programa PMAQ-AB, com uma ampla base de informações abertas, segmentada em módulos, sobre diversos aspectos com repercussão sobre a qualidade dos serviços. A etapa da identificação dos elementos primários de avaliação (EPA), consistiu na seleção das questões, a partir das 2.931 disponíveis (separados em pasta específica, intitulada “EPA” na planilha).

Quadro 7: Módulos PMAQ-QAB (quantidade de questões)

Módulo	Aspecto abordado no Módulo	Nº Questões
I	Infraestrutura da UBS	412
II	Entrevista com Profissional EAB	692
III	Entrevista com o usuário	270
IV	Entrevista Profissional do NASF	246
V	Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal	178
VI	Entrevista Profissional de Saúde Bucal	134
VII	Módulo Eletrônico do PMAQ	999
	Total	2.931

Fonte: Autor com base nas informações do MS (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>)

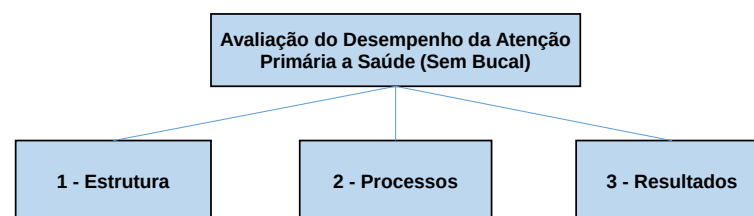
Foi realizado filtro na base de dados (nacional) buscando as informações dos municípios do Estado de Santa Catarina, e organizado em planilhas: UBS (pesquisa sobre a estrutura das unidades de saúde), Equipe (pesquisa com as equipes que atuam na APS), Usuários (pesquisas de percepção dos usuários em relação aos serviços), NASF (pesquisas com os profissionais atuantes no NASF), UBS_B (pesquisa sobre a estrutura da saúde bucal), Equipes_B (pesquisa com as equipes que atuam na saúde bucal), MEP (módulo de publicação). Além disso foram incluídas informações complementares: Recursos aplicados (dados financeiros da aplicação na APS), M_SC (Relação de Municípios de SC, Porte e Regionais).

Em razão do escopo definido para a presente pesquisa, os Módulos V e VI, referentes a saúde bucal, não foram considerados. Os demais foram objeto de triagem conforme os aspectos abordados e estrutura da questão.

A seleção de questões para compor indicadores foi feita tendo como preferência, na maioria dos casos, aquelas que continham respostas binárias (“sim” ou “não”) para cada questionamento, isso porque as informações são desdobradas em Unidades de Saúde, equipes, usuários, sendo necessário passar adiante por um processo de consolidação por municípios, o que será explicado na construção dos descritores e subcapítulo posterior.

A separação das questões em áreas de preocupação seguiu o modelo proposto por Donabedian (1987, 2005), compondo os eixos de avaliação da Estrutura (377 EPAs), Processos (289 EPAs) e Resultados (38 EPAs), perfazendo o total de **704 EPAs**, os quais constam separados em pastas específicas “PVF1 - Estrutura”, “PVF2 - Processos” e “PVF3 - Resultados”, na planilha.

Figura 6: Eixos de avaliação do MCDA proposto



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Na presente pesquisa a construção do mapa cognitivo pôde ser dispensado, uma vez que as 704 questões selecionadas para compor o conjunto de EPAs já estavam organizadas numa

estrutura lógica alinhada com os objetivos dos decisores do TCE/SC, sendo necessário apenas ajustes de ordem incremental, tal decisão encontra respaldo em trabalhos similares analisados.

A dimensão Estrutura, teve sua construção com base nos 15 grupos de questões presentes no módulo de infraestrutura (Módulo I). Ao final, as áreas de preocupação da Estrutura (1) foram compostas por: Instalações Físicas (1.1), Equipamentos (1.2), Materiais (1.3) e Recursos Humanos (1.4), nesta última, foram apropriadas questões dos Módulos II, IV e VII, por serem aderentes com essa perspectiva (Apêndice C).

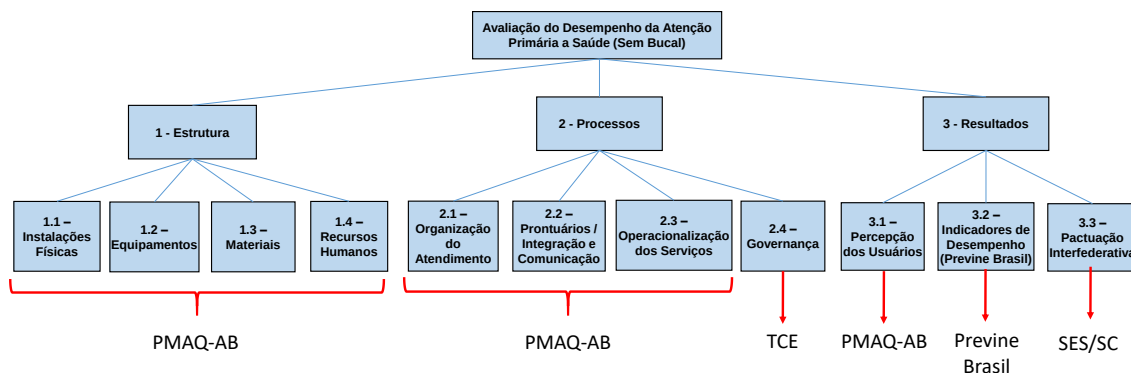
No caso da dimensão Processos, tendo em vista a visível analogia com os 36 grupos de questões presentes módulo da pesquisa com as equipes da atenção básica (Módulo II). Ao final, as áreas de preocupação dos Processos (2) foram compostas por: Organização do Atendimento (2.1), Prontuários/Integração e Comunicação (2.2), Operacionalização dos Serviços (2.3) e Governança (2.4), esta última, teve objetivo de deixar um “espaço aberto” para incluir indicadores de outras fontes que fossem relevantes para o TCE/SC (Apêndice D).

Para elaborar a dimensão Resultados, foram empregadas as questões presentes módulo da pesquisa usuários (Módulo III), e incluídos indicadores do Programa Previne Brasil, bem como do Plano Estadual de Saúde. Ao final, as áreas de preocupação dos Resultados (3) foram compostas por: Percepção dos usuários (3.1), Indicadores de Desempenho – Previve Brasil (3.2) e Pactuação Interfederativa / Pacto Estadual de Saúde 2016-2019 (3.3) (Apêndice E).

Restou assim definido um conjunto de ações potenciais que podem ser consideradas no processo decisório. Conforme Bana e Costa (1992), os Pontos de Vista Fundamentais (PVFs) explicitam os valores que os decisores consideram importantes naquele contexto e, ao mesmo tempo, definem as características das ações que são de seu interesse (ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, 2001). A estrutura dos PVFs foi estabelecida de forma participativa, levando em consideração as opiniões dos atores atuantes em procedimentos de fiscalização, conforme processo explicitado no subcapítulo seguinte.

A figura seguinte apresenta as áreas de preocupação (construídos na forma *up down*) levando em consideração as fontes de informações empregadas:

Figura 7: Estruturação dos Pontos de Vistas Fundamentais (PVF) e fontes de informações



Fonte: Autor

5.2.3 Construção da estrutura hierárquica

Na fase da construção da estrutura hierárquica, buscou-se identificar os conceitos que seriam utilizados para compor áreas de preocupação. Vale frisar que o questionário do PMAQ-AB está organizado satisfatoriamente em grupos, sendo procedidos arranjos incrementais, ou seja, enquadramento de questões de acordo com as áreas de preocupação estabelecidas como relevantes para os trabalhos do TCE/SC e inclusão de indicadores de outras origens (TCE/SC, Previve Brasil e SES/SC).

Para a análise dos conceitos, seguindo pressuposto teórico (Ensslin, 2001), foram elaboradas descrições do “polo presente” - atribuindo ações aos elementos primários de avaliação e buscando enquadramento na legislação e normas do SUS que justificassem a necessidade do atendimento de cada atributo - e do “polo oposto psicológico” - características opostas ao conceito e impacto potencial para os serviços. O Quadro 9 ilustra, exemplificativamente, o desenvolvimento dos conceitos (detalhado para todos os EPAs no Apêndice G).

Quadro 8: Desenvolvimento dos conceitos

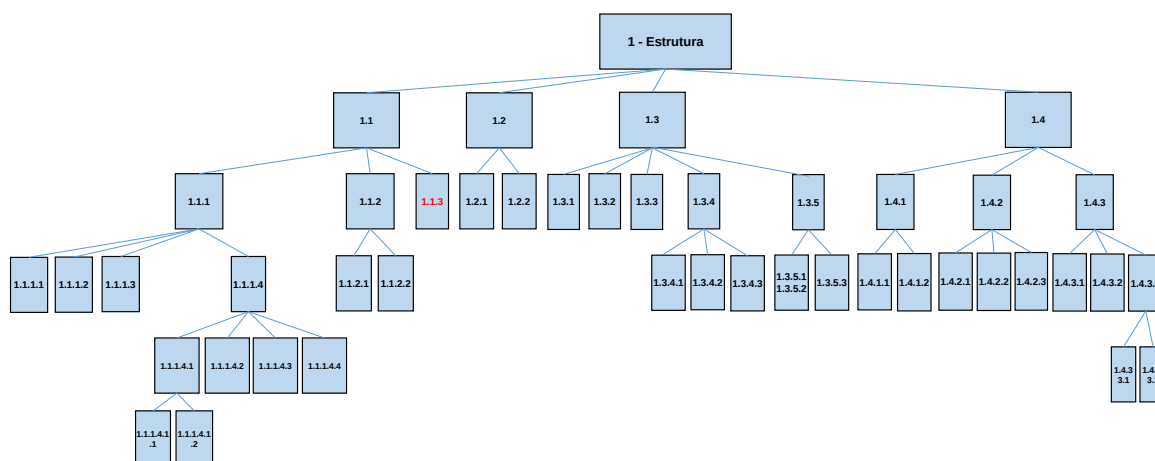
Agrupamento / EPA	Polo Presente	Polo Oposto
1.1.1.1 – INSTALAÇÕES FÍSICAS / ACESSO E ACESSIBILIDADE / Sinalização		
I.4.1.1 Totem externo conforme recomendação do MS	Possuir programação visual padronizada das Unidades de Saúde em atendimento à PRT 2.838/2011 e Portaria Consolidação nº 1 do SUS	Deficiências na padronização visual prejudicam a percepção de qualidade e dependendo do nível de comprometimento podem confundir potenciais usuários dos serviços, comprometendo o acesso
I.4.1.2 Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização		
I.4.1.3 Faixa na parede da entrada da unidade de saúde		

I.4.1.4 Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde		
1.3.5.1 – MATERIAIS / Dispensação de medicamentos		
I.15.1 A dispensação de medicamentos é realizada na unidade?	A dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde de referência nos espaços territoriais mais próximos evita deslocamentos para pessoas que podem estar com situação de saúde já comprometida	A falta da dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde de referência nos espaços territoriais mais próximos ocasiona deslocamentos para pessoas que podem estar com situação de saúde já comprometida

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

A estrutura elaborada foi submetida para opinião dos decisores, objetivando ratificar ou identificar a necessidade de ajustes, sendo que as Figuras 10, 11 e 12 ilustram a proposta final (eixos Estrutura, Processo e Resultados).

Figura 8: Estrutura Hierárquica para o eixo Estrutura da APS



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Legenda da Figura 8:

1.1 - INSTALAÇÕES FÍSICAS

1.1.1 - Acesso e Acessibilidade

1.1.1.1 - Sinalização

1.1.1.2 - Mobilidade

1.1.1.3 - Informações para os Usuários

1.1.1.4 - Período de Atendimento aos Usuários

1.1.1.4.1 - Atendimento Semanal

1.1.1.4.1.1 - Segunda a sexta

1.1.1.4.1.2 - Carga horária de Atendimento (40h semanais)

1.1.1.4.2 - Finais de semana

1.1.1.4.3 - Atendimento no horário do almoço

1.1.1.4.4 - Atendimento em horário ampliado - entre 18h e 22h00

1.1.2 - Infraestrutura e Ambiência

1.1.2.1 - Espaços Físicos Disponíveis

1.1.2.2 - Salubridade

1.1.3 - Reforma e Ampliação

1.2 - EQUIPAMENTOS

1.2.1 - Equipamentos de T.I. e Telessaúde

1.2.2 - Equipamentos Clínicos

1.3 - MATERIAIS

1.3.1 - Material Impresso/Cadernetas

1.3.2 - Imunobiológicos/Vacinas

1.3.3 - Testes e Diagnósticos

1.3.4 - Insumos

1.3.4.1 - Gerais

1.3.4.2 - Práticas Integrativas

1.3.4.3 - Urgência e Emergência

1.3.5 - Medicamentos Farmácia Básica

1.3.5.1 - Dispensação de medicamentos realizada na unidade

1.3.5.2 - Estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos

1.3.5.3 - Disponibilidade de Medicamentos

1.4 - RECURSOS HUMANOS

1.4.1 – Adequação Quantitativa das Equipes AB

1.4.1.1 - Inexistência de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe

1.4.1.2 - Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor equipes multidisciplinares (antigo NASF)

1.4.2 – Gerência da UBS

1.4.2.1 - Existe pessoa responsável pela gerência da unidade

1.4.2.2 - Este profissional apresenta dedicação exclusiva

1.4.2.3 - Graduação do profissional responsável pela gerência na área da saúde

1.4.3 – Capacitação

1.4.3.1 - Promoção de programas de educação permanente com participação das equipes

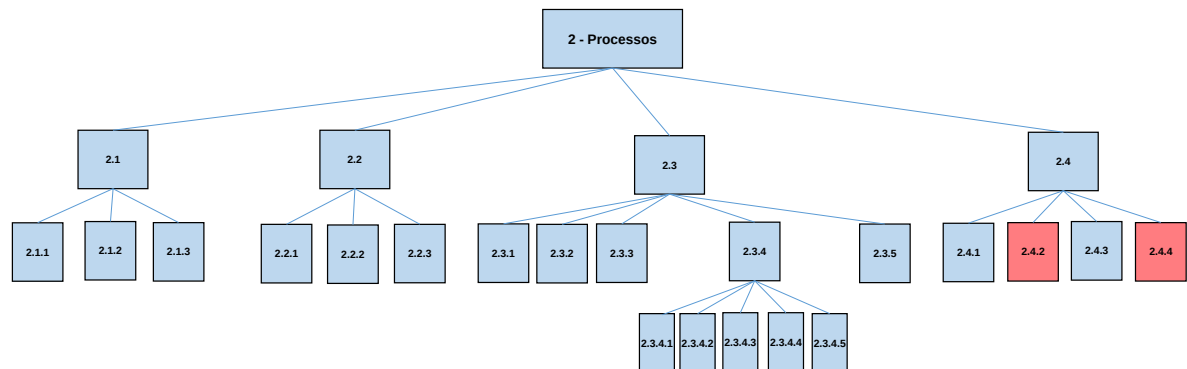
1.4.3.2 - As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe

1.4.3.3 - Equipes multidisciplinares (antigo NASF)

1.4.3.3.1 - A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais multidisciplinares para atuarem na Atenção Básica

1.4.3.3.2 - Profissionais participam da escolha do tema de educação permanente

Figura 9: Estrutura Hierárquica para o eixo Processos da APS



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Legenda da Figura 9:

2.1 - ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

2.1.1 - Territorialização e Planejamento das Equipes

2.1.2 - Atendimento por Agendamento

2.1.3 - Atendimento da Demanda Espontânea

2.2 - PRONTUÁRIOS / INTEGRAÇÃO E COMUNICAÇÃO

2.2.1 - Organização dos Prontuários

2.2.2 - Comunicação entre os profissionais da saúde ou com outras áreas

2.2.3 - Atuação da Central de Regulação

2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

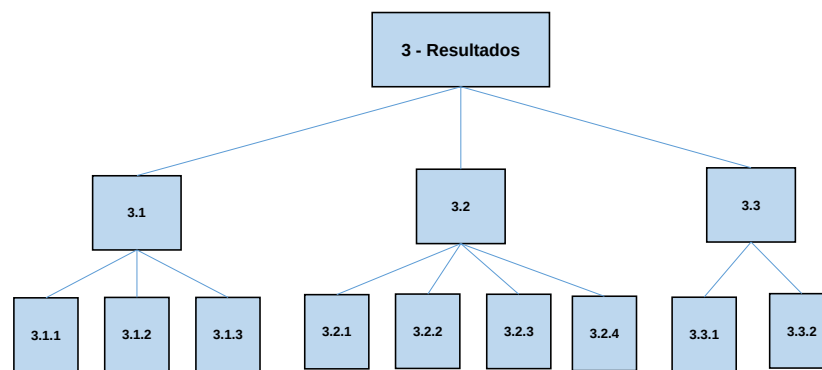
2.3.1 – Utilização do Telessaúde

- 2.3.2 – Exames
- 2.3.3 – Procedimentos de Atenção Básica
- 2.3.4 – Atenção à Saúde
 - 2.3.4.1 – Da Mulher
 - 2.3.4.2 – Da Gestante e puérpera
 - 2.3.4.3 – Das Crianças
 - 2.3.4.4 – Detecção e Acompanhamento de Comorbidades
 - 2.3.4.5 – Dos Dependentes Químicos e sofrimento psíquico
- 2.3.5 – Vigilância em Saúde

2.4 - GOVERNANÇA

- 2.4.1 – Gestão de Pessoas
 - 2.4.1.1 – Incentivo à carreira
 - 2.4.1.2 – Vínculo de longo prazo
- 2.4.2 – Gestão de Compras e Contratos
- 2.4.3 – Gestão Orçamentária e Financeira
- 2.4.4 – Atuação dos Conselhos de Saúde

Figura 10: Estrutura Hierárquica para o eixo Resultados da APS



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Legenda da Figura 10:

3.1 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

- 3.1.1 - Acesso aos serviços
- 3.1.2 - Qualidade das Consultas
- 3.1.3 - Visita Domiciliar

3.2 - INDICADORES DE DESEMPENHO (PREVINE BRASIL)

- 3.2.1 - Pré-Natal
- 3.2.2 - Saúde da Mulher
- 3.2.3 - Saúde da Criança
- 3.2.4 - Doenças Crônicas

3.3 - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA / PLANO ESTADUAL

- 3.3.1 - Saúde da Mulher
- 3.3.2 - Cobertura

Importante estar ciente da necessidade do cumprimento de 9 propriedades para que o conjunto de PVFs seja considerado uma família de pontos de vista fundamentais (Bana e Costa, 1992): (a) **Essencial**: Deve levar em conta os aspectos que sejam de fundamental importância aos decisores, segundo seus sistemas de valores; (b) **Controlável**: Deve representar um aspecto que seja influenciado apenas pelas ações potenciais em questão; (c) **Completo**: Deve incluir todos os aspectos considerados como fundamentais pelos decisores; (d) **Mensurável**: Permite especificar, com a menor ambiguidade o possível, a performance das ações potenciais, segundo

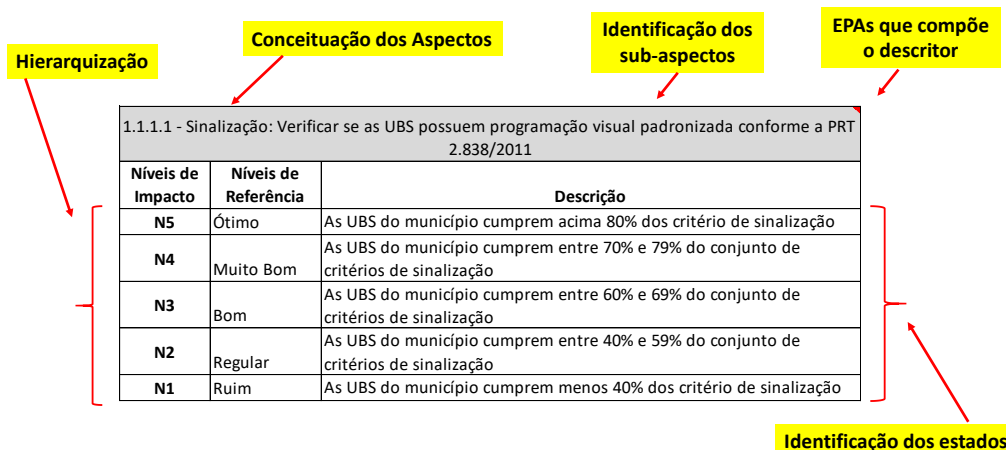
os aspectos considerados fundamentais pelos decisores; (e) **Operacional**: Possibilitar coletar as informações requeridas sobre a performance das ações potenciais, dentro do tempo disponível e com um esforço viável; (f) **Isolável**: Permitir a análise de um aspecto fundamental de forma independente com relação aos demais aspectos do conjunto; (g) **Não redundante**: O conjunto de PVFs não deve levar em conta o mesmo aspecto mais de uma vez; (h) **Conciso**: O número de aspectos considerados pelo conjunto de PVFs deve ser o mínimo necessário para modelar de forma adequada, segundo a visão dos decisores, o problema; (i) **Compreensível**: Deve ter seu significado claro para os decisores, permitindo a geração e comunicação de ideias (ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, 2001).

Levando em consideração toda a complexidade da APS, a quantidade de atributos e testes de propriedades, partido dos 11 PVFs (Figura 8) e articulando os desdobramentos entendidos como pertinentes, chegou-se a 58 Pontos de Vistas Elementares (PVEs). Convém ressaltar que novos testes para a verificação das propriedades são salutar para a adoção institucional do modelo proposto.

5.2.4 Construção dos descritores

Com a identificação dos aspectos relevantes ou objetivos iniciou-se a estruturação do MCDA a partir da construção dos descritores. O descritor pode ser definido como um conjunto de níveis de desempenho e as etapas da construção dos descritores podem ser definidas como: (a) **Conceituação dos Aspectos**: Descrição detalhada dos PVF para que todos os intervenientes tenham o mesmo entendimento; (b) **Identificação dos sub-aspectos**: Descrição e explicação dos fatores considerados relevantes; (c) **Identificação dos estados**: enumeração das qualidades e características de cada aspecto e (d) **Hierarquização dos estados em níveis**: ordenação em ordem decrescente de atratividade.

Figura 11: Construção do descritor (exemplo: 1.1.1.1 – Sinalização)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Para a construção dos descritores, o primeiro desafio foi compatibilizar a base de dados com informações disponíveis no nível “micro”, ou seja, contendo informações de cada unidade de saúde, de cada Equipe AB e cada usuário avaliado, para consolidar um indicador municipal. Empregou-se, para essa finalidade, indicadores analíticos compostos, obtidos pela comparação dos pontos possíveis com os pontos obtidos de cada conjunto de EPAs, para o Descritor 1.1.1.1 seria:

(A) Pontos Possíveis = 4 EPAs * nº UBS

(B) Pontos Obtidos = nº EPAs (SIM;1) * nº UBS

Indicador de Desempenho (para o Descritor Sinalização) = (B) / (A)

Exemplo 1: Florianópolis

(A) Pontos Possíveis = 4 EPAs * nº 49 UBS = 196 pontos (possíveis – 100%)

(B) Pontos Obtidos = nº EPAs (SIM;1) * nº UBS = 82

Indicador de Desempenho = (B) / (A) = 42%

Exemplo 2: São José

(A) Pontos Possíveis = 4 EPAs * nº 17 UBS = 68 pontos (possíveis – 100%)

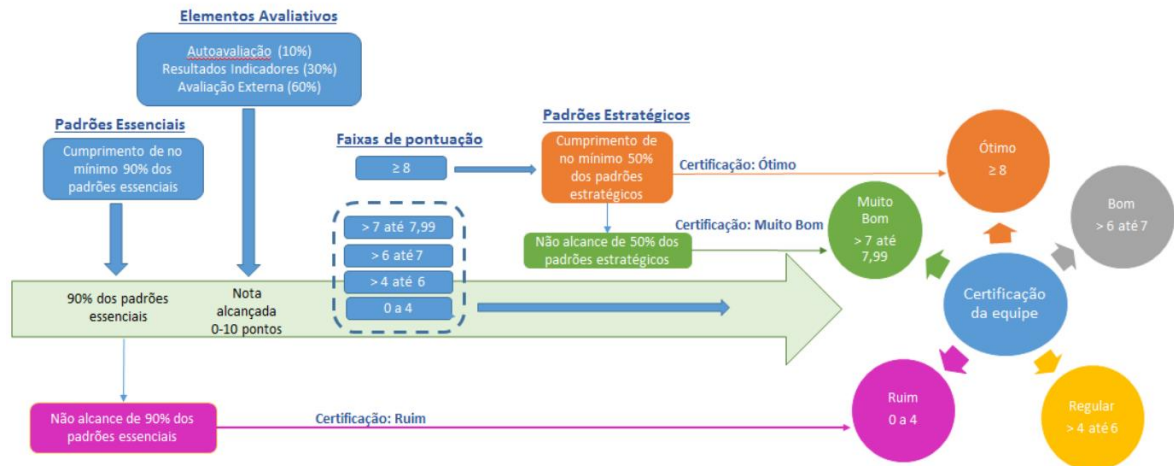
(B) Pontos Obtidos = nº EPAs (SIM;1) * nº UBS = 48

Indicador de Desempenho = (B) / (A) = 71%

O segundo desafio foi estabelecer o intervalo percentual associado aos níveis de impacto, bem como a definição dos níveis de referência. Para se chegar à proposta final do

modelo, seguiu-se a sugestão de especialista na área da saúde para empregar as mesmas referências do PMAQ-AB.

Figura 12: Definição dos níveis de impacto empregando as mesmas referências do PMAQ-AB

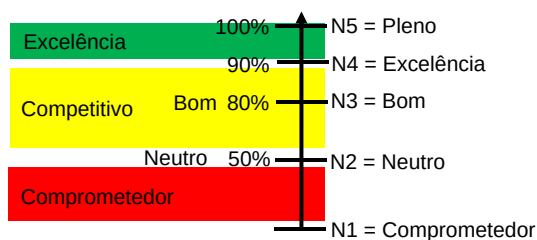


Fonte: DAB/MS - Nota Metodológica de Certificação das equipes da Atenção Básica PMAQ-AB

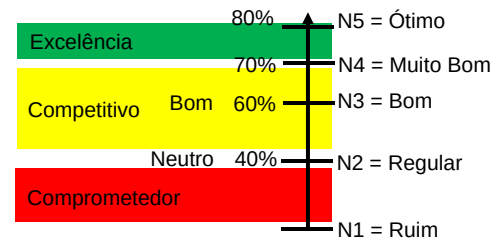
Vale reforçar que as referências PMAQ-AB servem como analogia, podendo ser aceitas ou não pelos decisores, neste estudo as tais referências foram entendidas como adequadas.

Figura 13: Definição dos níveis de impacto

Níveis de Referência (Proposta Inicial)
Propostos pelo Facilitador:



Níveis de Referência
Sugeridos pelo Especialista:



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Como a legislação não aborda tolerância em relação aos atributos operacionais dos serviços na APS, o estabelecimento de parâmetros no plano subjetivo requer exercitar reflexões dos atores envolvidos nas atividades de fiscalização. A Figura 13 ilustra uma primeira proposta elaborada pelo facilitador, visivelmente mais restritiva em relação aos parâmetros “Neutro” e “Bom” obtido com o apoio de especialistas, os quais são fundamentais, uma vez a partir dos

mesmos será estabelecida a “ancoragem” para a transformação de escalas, procedimento que permite comparar de forma conjunta atributos com características diversas.

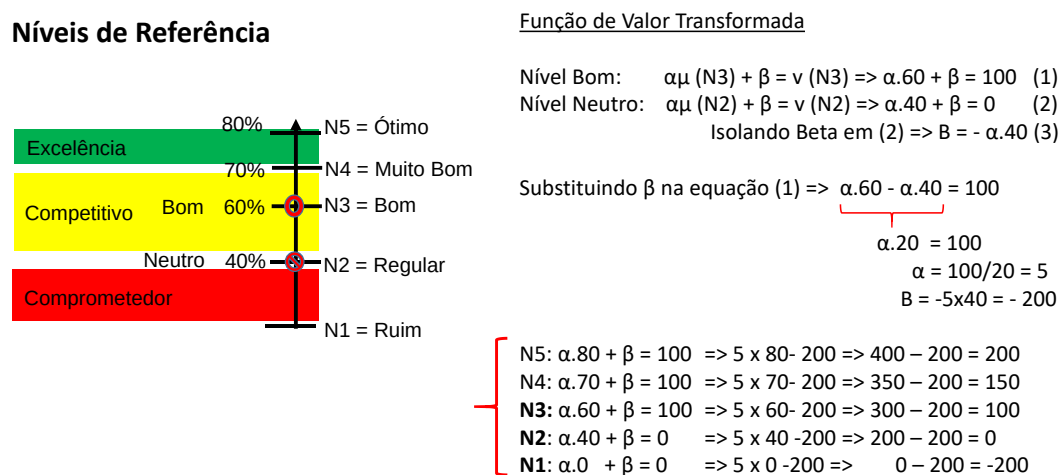
Os descritores são os mesmos apresentados nas legendas das Figuras 10, 11 e 12, detalhados no Apêndice H, com os Níveis de Impacto e os Níveis de Referência de acordo com faixas estabelecidas.

5.2.5 Construção da escala (função de valor)

Após a construção dos descritores com os respectivos níveis de referência definidos como: N1 = Ruim, N2 = Regular, N3 = Bom, N4 = Muito Bom e N5 = Ótimo, foi estabelecida a ancoragem em N2 (Neutro) e N3 (Bom), para se estabelecer níveis de referências inferior (0) e superior (100), o que possibilita a definição da transformação de escalas diversas em referência única de pontuação.

Após a definição dos níveis de referência inferior e superior, foram realizadas simulações objetivando identificar funções de valor, viabilizando expressar por meio de gráficos ou escalas numéricas julgamentos de valor. Para Ensslin (2001), a função de valor trata-se de uma ferramenta tida como adequada pelo ator que permite auxiliar no processo de expressão de suas preferências e permite avaliar ações potenciais dado um ponto de vista.

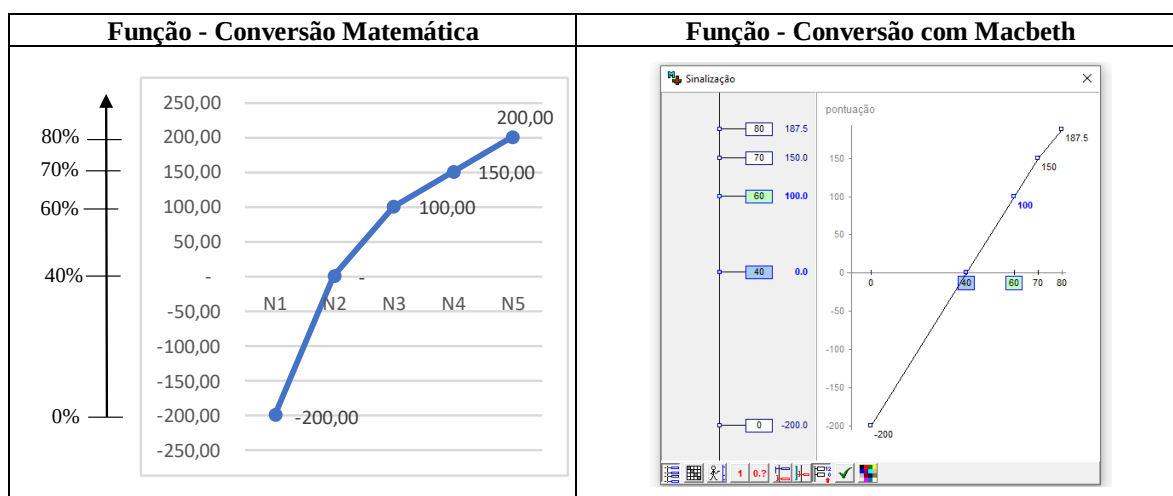
Figura 14: Transformação de escalas de intervalo (ancoragem em N2 e N3)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Seguindo o pressuposto metodológico foi utilizado o Software Macbeth para a definição da função valor e comparação dos resultados em relação à conversão utilizando a função linear de 1º grau acima ($aX + b$). Para os descritores com as mesmas características do exemplo anterior, se teria a seguinte comparação:

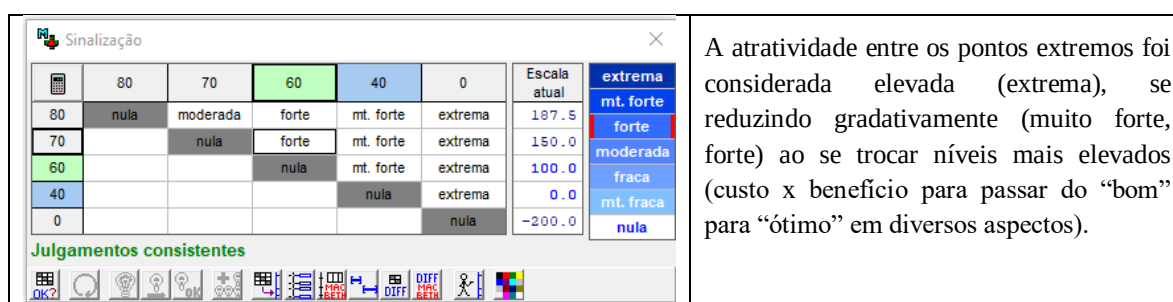
Figura 15 – Comparação de funções de conversão (demais indicadores)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

O Macbeth constrói a função valor a partir de julgamentos semânticos, comparando a atratividade das possibilidades por pares e atribuindo a percepção de atratividade de um em relação ao outro como: nula, muito fraca, fraca, moderada, forte, muito forte e extrema, conforme figura seguinte:

Figura 16: Julgamento semântico Macbeth (demais indicadores)

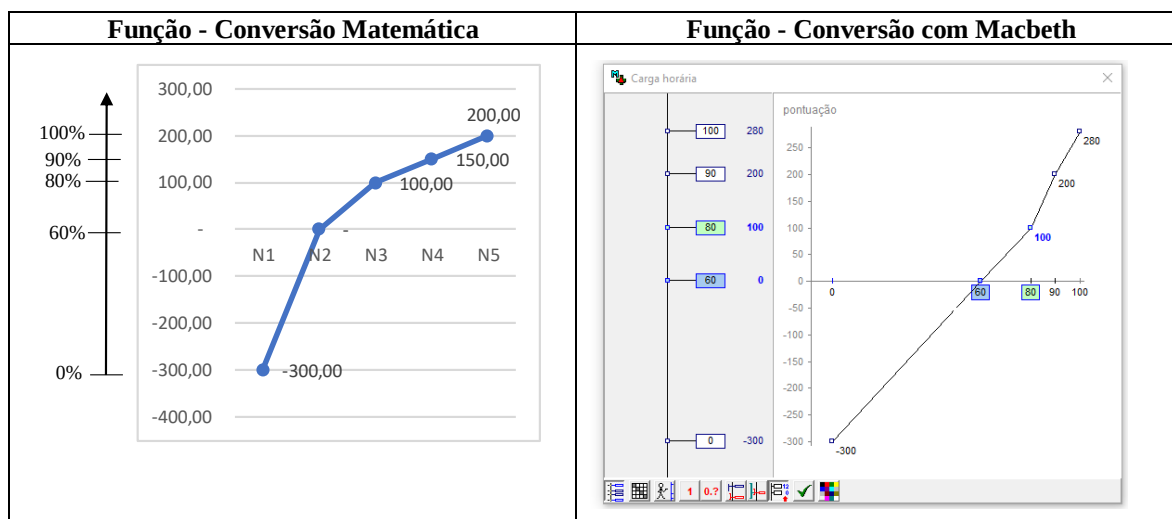


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

As opções acima valem para os indicadores: 1.1.1.1, 1.1.1.2, 1.1.1.3, 1.1.2.1, 1.1.2.2, 1.2.1, 1.2.2, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4.1, 1.3.4.2, 1.3.4.3, 1.3.5.1, 1.3.5.2, 1.3.5.3, 1.4.1.1, 1.4.1.2, 1.4.2.1, 1.4.2.2, 1.4.2.3, 1.4.3.1, 1.4.3.2, 1.4.3.3.1, 1.4.3.3.2, 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.4.1, 2.3.4.2, 2.3.4.3, 2.3.4.4, 2.3.4.5, 2.3.5, 2.4.1.1, 2.4.1.2, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 (45 indicadores). Neste caso, comparando os métodos testados, a similaridade dos resultados denota indiferença na opção da escala.

Para os indicadores relacionados aos dias e carga horária de funcionamento: 1.1.1.4.1.1, 1.1.1.4.1.2, (2 indicadores), foram propostos percentuais mais rigorosos, sendo a excelência admitida apenas com 100% das unidades atendendo em todos os dias úteis e com carga horária semanal de 40 horas, podendo ser ajustada para contemplar modalidades de ampliação de acesso (noite, almoço e finais de semana).

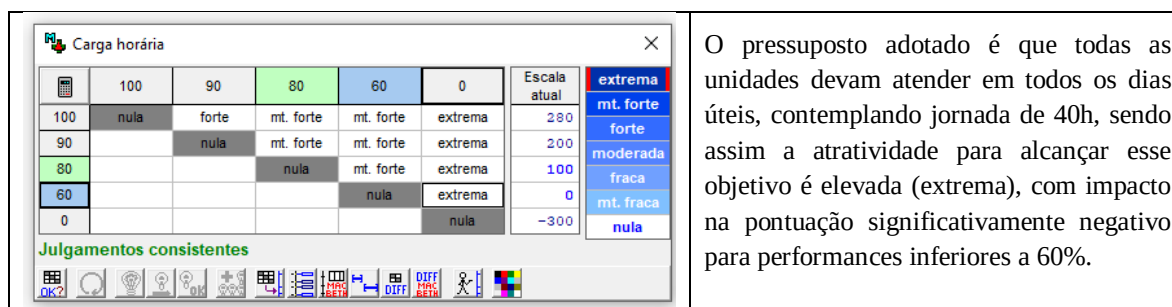
Figura 17 – Comparação de funções de conversão (dias úteis e carga horária)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

A figura seguinte ilustra os julgamentos semânticos realizados com o Macbeth para os indicadores de atendimentos em dias úteis e carga horária:

Figura 18: Julgamento semântico Macbeth (dias úteis e carga horária)



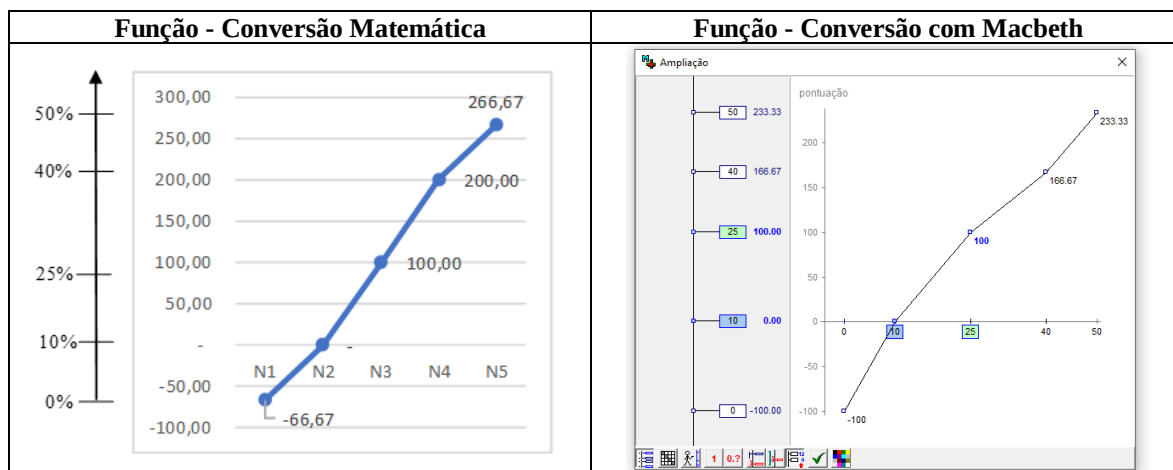
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

O impacto negativo para aqueles que não cumprem um mínimo de 60% de unidades em funcionamento nos dias úteis e jornada total de 40h semanais se encontra espelhado nos dois métodos. Opta-se pela adoção do resultado obtido com Macbeth em razão do maior equilíbrio em pontos atribuídos ao cumprimento de 100% dos objetivos.

Os indicadores relacionados a estratégias de ampliação de acesso com dias e horários alternativos (noite, finais de semana e almoço): 1.1.1.4.2, 1.1.1.4.3, 1.1.1.4.4 (3 indicadores)

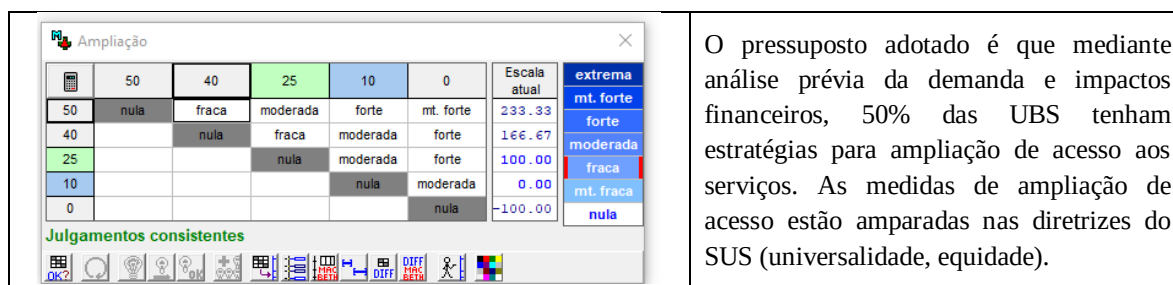
partem do pressuposto da necessidade de avaliar as demandas entre os usuários e possibilidade de ajuste de escalas entre os servidores.

Figura 19 – Comparação de funções de conversão (ampliação de jornada)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 20: Julgamento semântico Macbeth (ampliação de jornada)



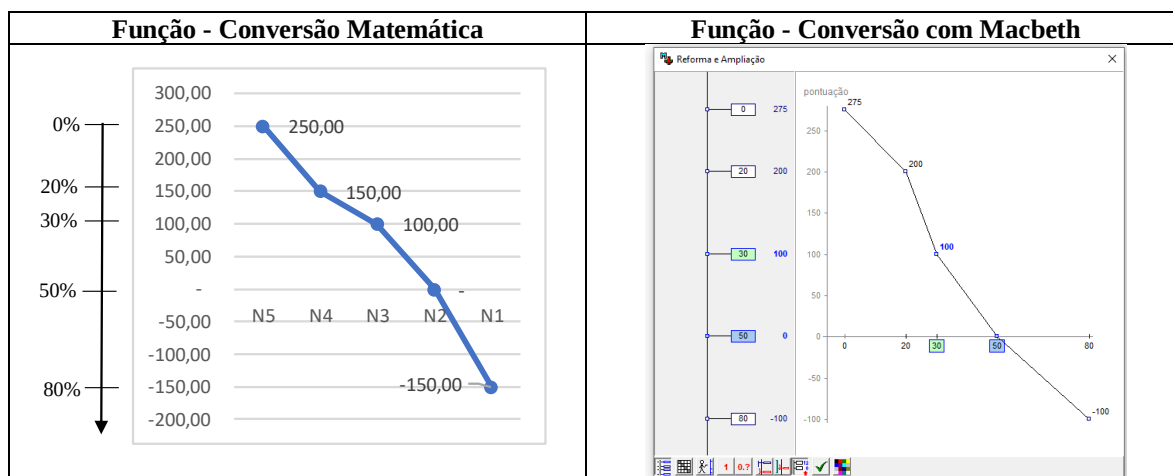
O pressuposto adotado é que mediante análise prévia da demanda e impactos financeiros, 50% das UBS tenham estratégias para ampliação de acesso aos serviços. As medidas de ampliação de acesso estão amparadas nas diretrizes do SUS (universalidade, equidade).

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Os dois métodos demonstram racionalidade ao atribuir baixas perdas de pontuação no descumprimento, uma vez que as estratégias de ampliação de jornada passam pela avaliação de demanda e custo benefício. Considerando a diferença pouco expressiva entre as escalas obtidas nos dois métodos, opta-se por manter a escala obtida com base na conversão matemática.

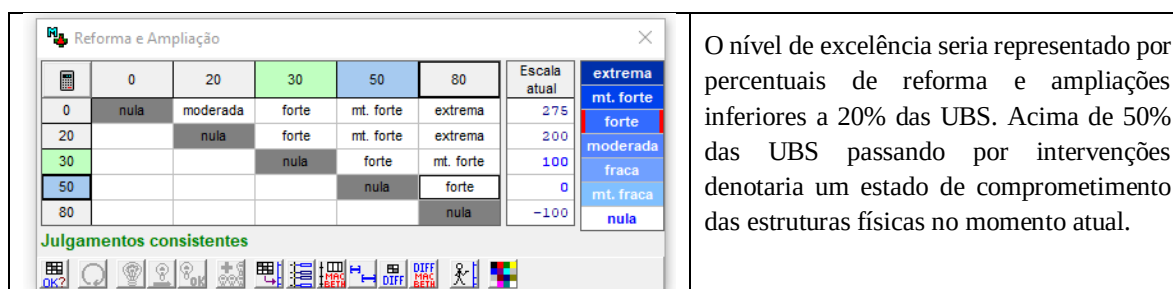
Outro indicador que mereceu tratamento diferenciado foi o 1.1.3 (1 indicador), relacionado à ocorrência de reformas, ampliações ou atendimentos em locais provisórios. Como esses aspectos denotam a necessidade de intervenções para ajustes estruturais, sua escala é invertida (quanto menor a quantidade de unidades que estejam passando por reformas ou ampliações, melhor o nível da estrutura no momento da avaliação).

Figura 21 – Comparação de funções de conversão (reforma e ampliação)



Fonte: Elaborado pelo Auto, 2022r

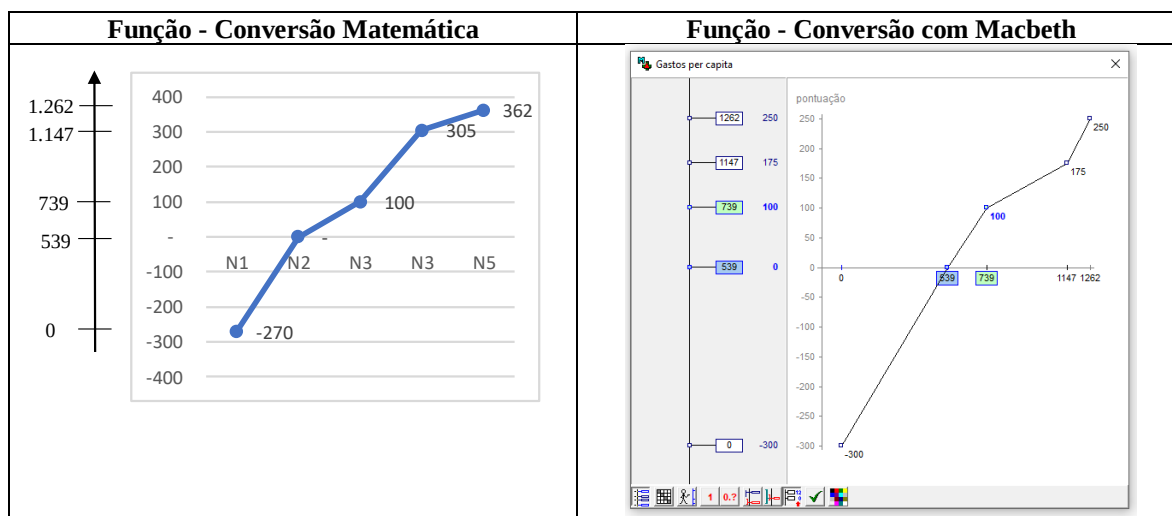
Figura 22: Julgamento semântico Macbeth (reforma e ampliação)



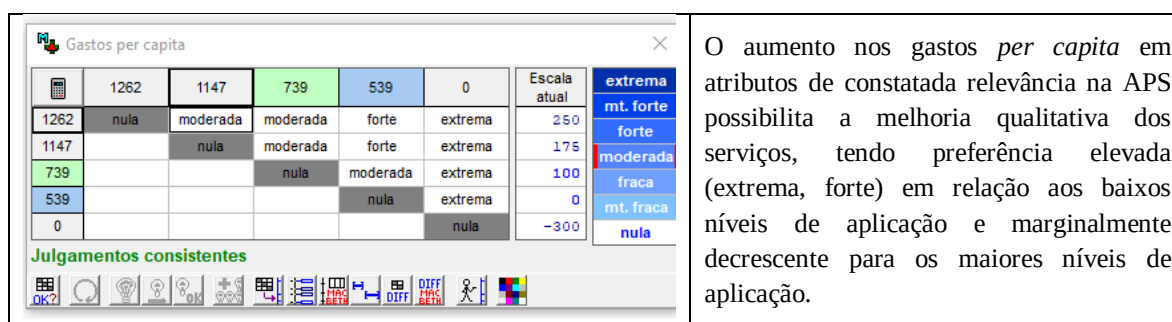
Fonte: Elaborado pelo Auto, 2022r

Considerando a diferença pouco expressiva entre as escalas obtidas nos dois métodos, opta-se por manter a escala obtida com base na conversão matemática.

O indicador de Processos 2.4.3.1, referente ao gasto *per capita* verificado nos municípios, foi construído a partir do agrupamento em quartis: 1º quartil (ruim: abaixo de R\$ 539,35), 2º quartil (regular: acima de R\$ 539,36 até R\$ 739,04), 3º quartil (bom: acima de R\$ 739,05 até R\$ 1.147,57). Foi criada separação adicional com base na aplicação superior a 10% do valor de referência do último quartil (muito bom: entre R\$ 1.147,58 a R\$ 1.262,33, e ótimo: acima de R\$ 1.262,34).

Figura 23 – Comparação de funções de conversão (gasto *per capita*)

Fonte: Elaborado pelo Auto, 2022r

Figura 24: Julgamento semântico Macbeth (gasto *per capita*)

Fonte: Elaborado pelo Auto, 2022r

Compreendendo uma melhor proporcionalidade nos resultados obtidos com a aplicação de Macbeth nos níveis superiores de aplicação per capita, opta-se por considerar esta opção de escala.

Os indicadores de Resultados oriundos do Programa Previnde Brasil, tiveram seus parâmetros obtidos na Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS que trata da “*apresentação das fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previnde Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979/2019. O presente documento tem por objetivo qualificar os indicadores selecionados para o pagamento por desempenho, conforme previsto na Portaria nº 3.222/2019, bem como detalhar o método de aferição e avaliação*”, conforme se destaca no quadro seguinte:

Quadro 9: Indicadores de pagamento Previne Brasil, com peso e parâmetro

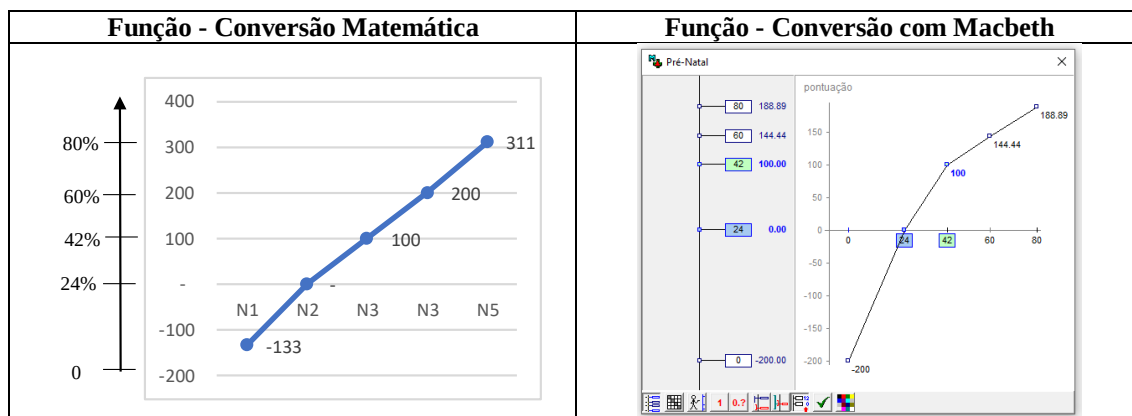
Ações Estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2020	Peso
Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	$\geq 80\%$	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	$\geq 95\%$	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	$\geq 90\%$	60%	2
	Acompanhe a evolução dos indicadores: 			
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	$\geq 80\%$	40%	1
	Acompanhe a evolução dos indicadores: 			
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	$\geq 95\%$	95%	2
	Acompanhe a evolução dos indicadores: 			
Doenças crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	$\geq 90\%$	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	$\geq 90\%$	50%	1
	Acompanhe a evolução dos indicadores: 			

Fontes: Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS/ *Acompanhe a Evolução dos Indicadores* disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

As faixas de desempenho estão contidas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412/2013, utilizado para fins do financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. O parâmetro representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador e as metas definidas para os indicadores representam valores de referência, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incentivo de pagamento por desempenho e válidas para cada ano.

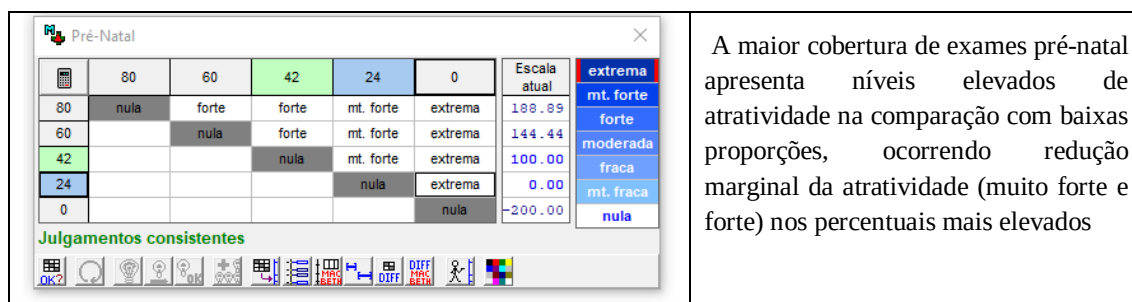
Os 3 indicadores do Programa Previne Brasil atinentes ao Pré-Natal: Proporção de Gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado apresentam o mesmo referencial de faixas de desempenho.

Figura 25 – Comparação de funções de conversão (Pré-natal)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 26: Julgamento semântico Macbeth (Pré-natal)

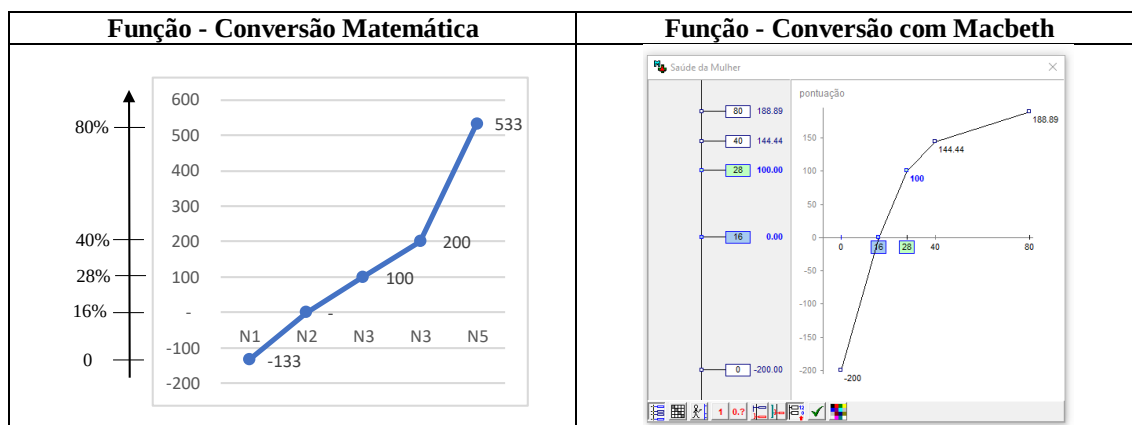


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Compreendendo uma melhor proporcionalidade e maior penalização por resultados abaixo do nível inferior obtidos com a aplicação de Macbeth, opta-se por considerar esta opção de escala.

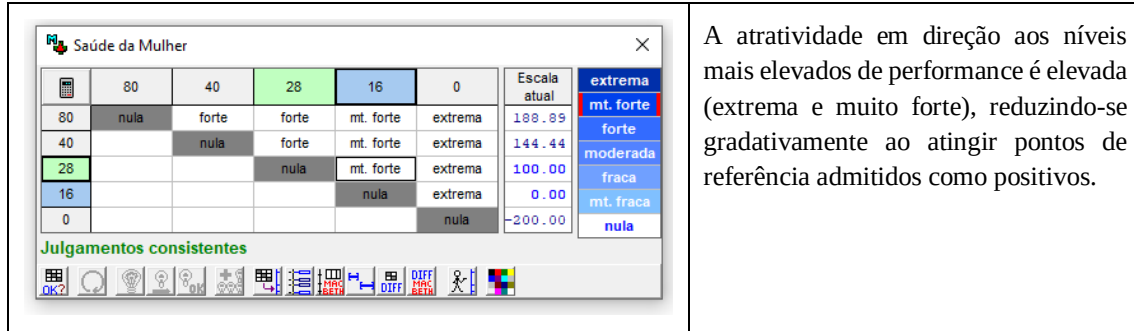
Com relação à saúde mulher, apenas um indicador é proposto no Programa em questão: Cobertura Citopatológico (%), sendo realizadas as seguintes análises da função de valor:

Figura 27 – Comparação de funções de conversão (Saúde da Mulher)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 28: Julgamento semântico Macbeth (Saúde da Mulher)

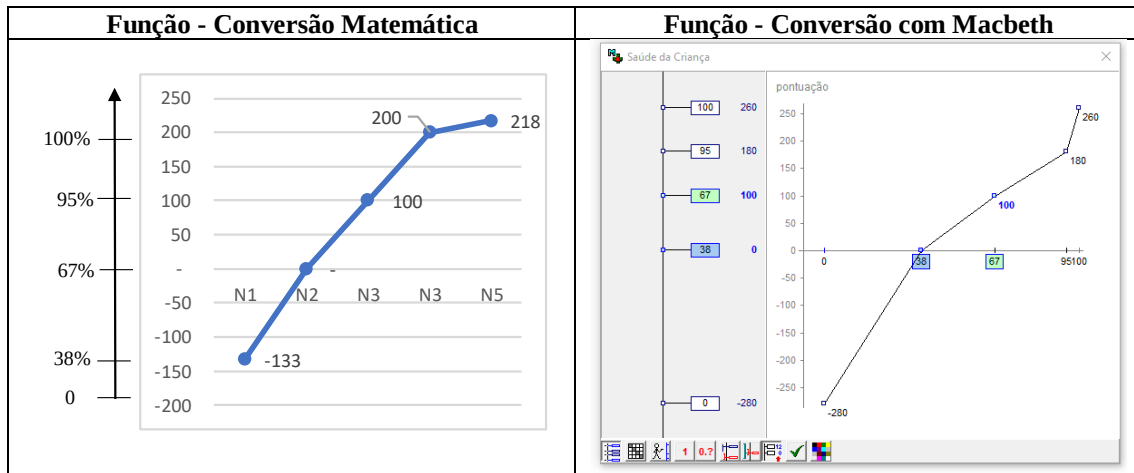


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Compreendendo uma melhor proporcionalidade e maior penalização por resultados abaixo do nível inferior obtidos com a aplicação de Macbeth, opta-se por considerar esta opção de escala.

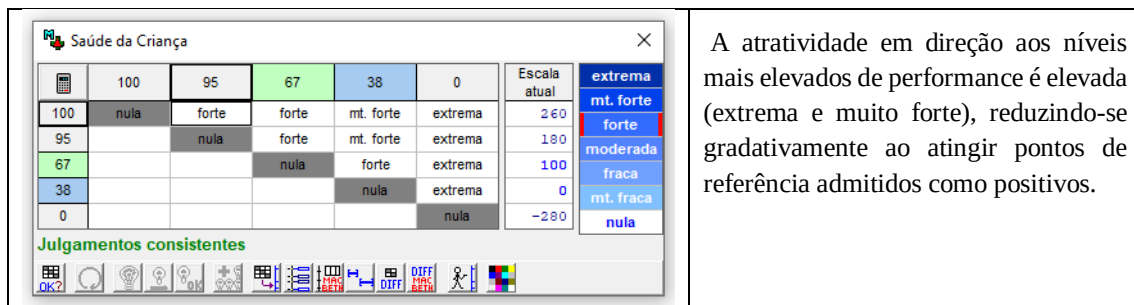
Para a saúde da criança, apenas um indicador é proposto no Previne Brasil: Cobertura Pólio e Penta (%), sendo realizadas as seguintes análises da função de valor:

Figura 29 – Comparação de funções de conversão (Saúde da Criança)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

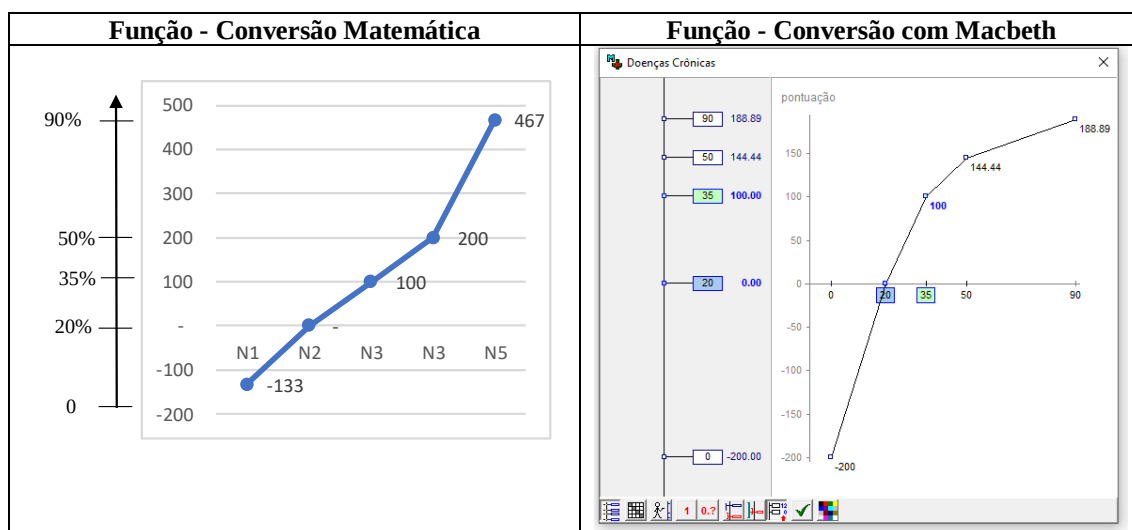
Figura 30: Julgamento semântico Macbeth (Saúde da Criança)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

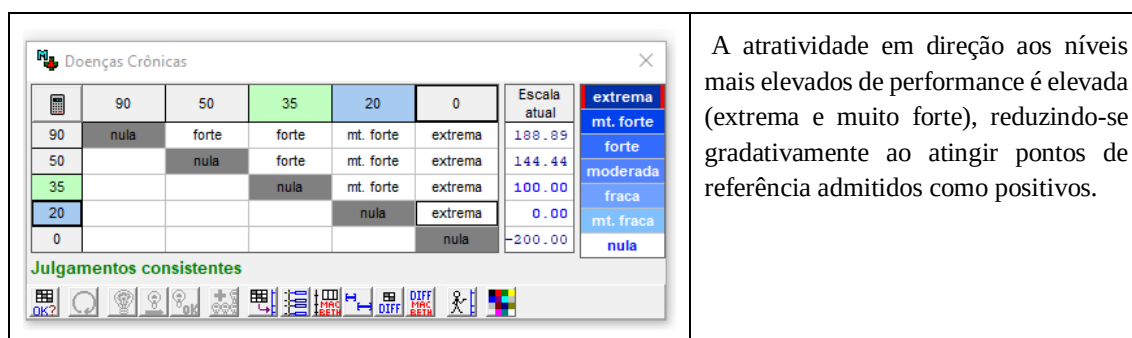
Por fim, para a avaliação de doenças crônicas, o Previne Brasil propõe os indicadores: Hipertensão (PA Aferida) (%) e Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%), sendo realizadas as seguintes análises da função de valor:

Figura 31 – Comparação de funções de conversão (Doenças Crônicas)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 32: Julgamento semântico Macbeth (Doenças Crônicas)



A atratividade em direção aos níveis mais elevados de performance é elevada (extrema e muito forte), reduzindo-se gradativamente ao atingir pontos de referência admitidos como positivos.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Compreendendo uma melhor proporcionalidade e maior penalização por resultados abaixo do nível inferior obtidos com a aplicação de Macbeth, opta-se por considerar esta opção de escala.

Passando para os indicadores selecionados pactuados por Santa Catarina para o ano de 2019, considerando que muitos não dispunham de informações completas, optou-se pela inclusão de 3 relacionados à saúde da mulher e 2 indicadores de cobertura, os quais não estão abordados no Programa Previne Brasil e que servem, portanto de complemento para avaliação de resultados.

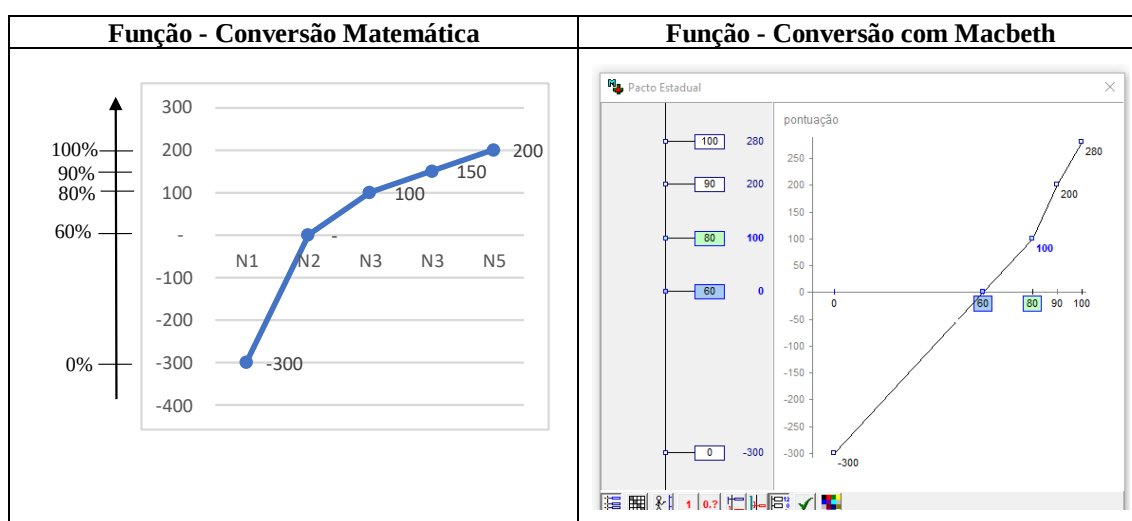
Quadro 10: Indicadores utilizados do Pacto Interfederativo da Saúde SC

Ações Estratégicas	Indicador	Meta Estadual 2019	Peso
Saúde da Mulher	% Óbitos M.I.F. (Mulheres em idade fértil) investigados (Ind. 2)	97%	1
	Razão mamografias (Ind. 12)	0,4	1
	% Parto Normal (Ind. 13)	43	1
Cobertura	Cob. Pop. Equipes SF-AB - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (Ind. 17)	88,16%	1
	Cobertura Acompanhamento Bolsa Família Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (Ind. 18)	75%	1

Fonte: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-das-deliberacoes-2019/15603-anexo-deliberacao-120-2019-indicadores-metas-2019>

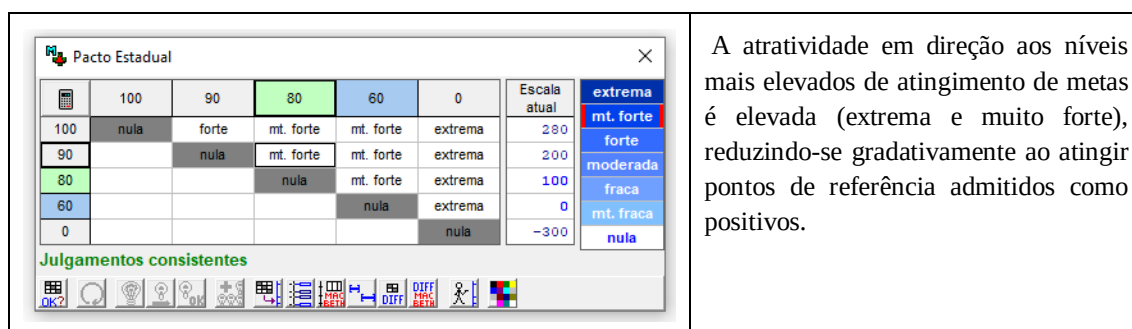
Na falta de parâmetros qualificando níveis de performance de acordo com percentuais da meta atingida, foi proposto para os decisores os seguintes níveis de atingimento do conjunto de metas: N1 = Ruim (inferior a 60%), N2 = Regular (entre 60% e 79%), N3 = Bom (entre 80% e 89%), N4 = Muito Bom (entre 90% e 99%) e N5 = Ótimo (100% da meta), valendo para saúde da mulher e cobertura.

Figura 33 – Comparação de funções de conversão (Pacto pela Saúde SC)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 34: Julgamento semântico Macbeth (Pacto pela Saúde SC)



A atratividade em direção aos níveis mais elevados de atingimento de metas é elevada (extrema e muito forte), reduzindo-se gradativamente ao atingir pontos de referência admitidos como positivos.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Neste caso, considerando o fato da escala obtida com Macbeth apresentar maior equilíbrio entre os pontos superiores e inferiores da escala, a mesma será adotada como opção no modelo.

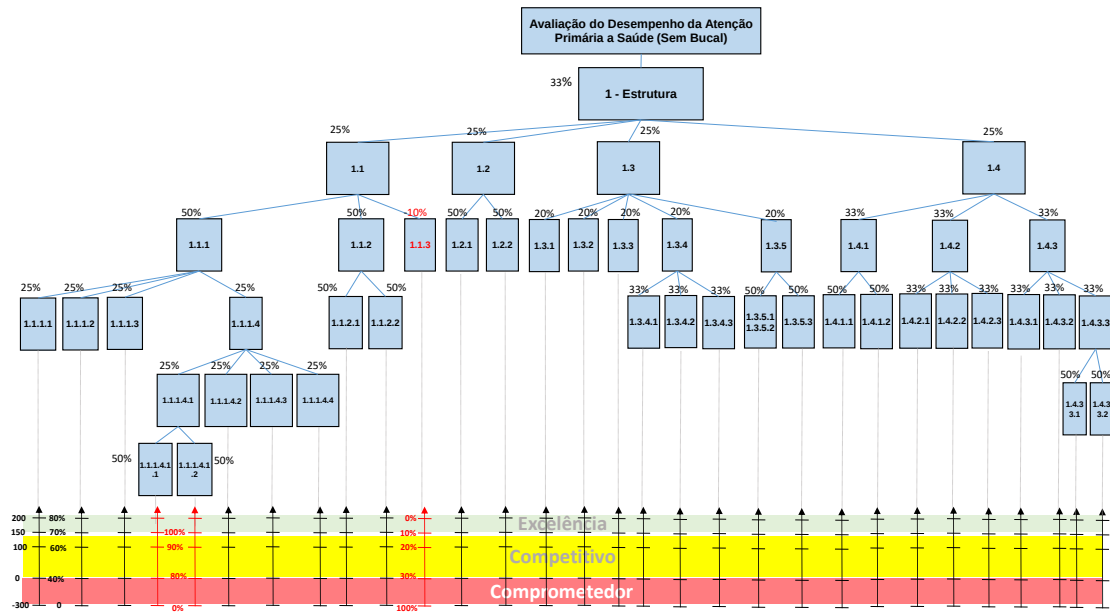
O próximo passo foi estabelecer as taxas de substituição para os diversos critérios definidos no modelo, o que ocorreu por meio da avaliação de diferentes possibilidades, a primeira atribuindo percentuais de iguais (lineares) para todas as dimensões, servindo como ponto de partida para interagir com os AFCE que atuam em procedimentos de fiscalização e com os Decisores.

A abordagem ocorreu empregou-se técnica simplificada de entrevista semiestruturada, explicando o modelo e os diferentes critérios que o compõem com “pesos” iguais, sendo questionado: (1) *“Na sua percepção de importância de cada aspecto abordado os percentuais parecem adequados?”*, ocorrendo manifestação negativa era questionado: (2) *“Levando em consideração a importância de cada aspecto na qualidade dos serviços ofertados, qual a alocação percentual mais adequada na sua opinião?”*. Essas entrevistas ocorreram entre os dias 28 a 30 de março de 2022 e os percentuais sugeridos registrados (Apêndice I).

Contudo, compulsando as referências teóricas, verificou-se que adotar os resultados da entrevista nos moldes procedidos acarretaria erro (*Range Effect*), uma vez que a taxa de substituição não reflete a importância relativa entre os critérios (WATSON e BUEDE, 1987, in ESSLIN 2001), devendo levar em conta os níveis de referência “Bom” e “Neutro” para cada critério.

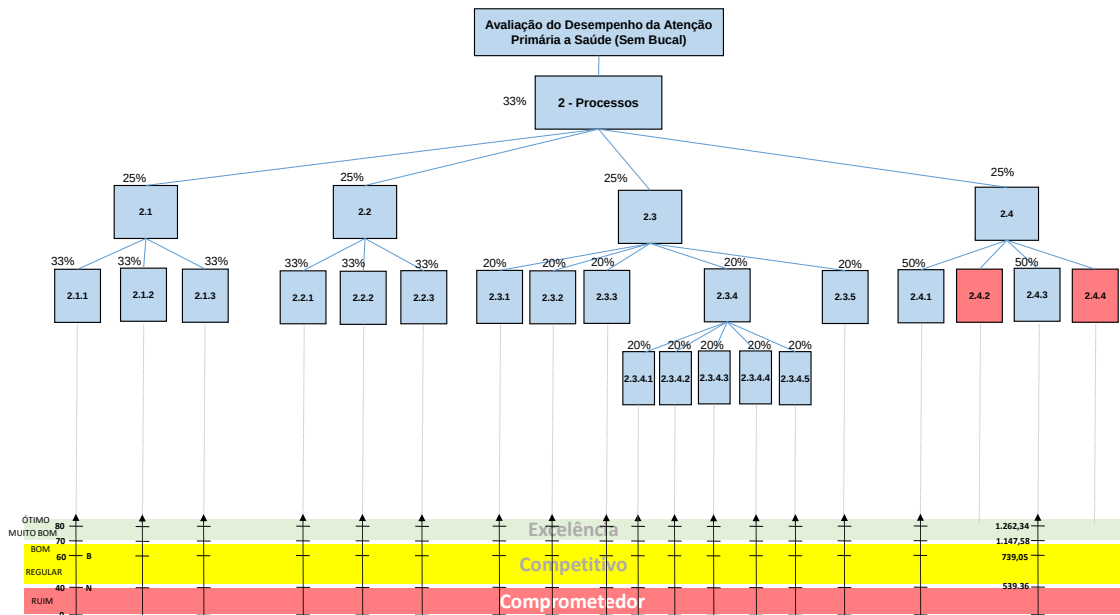
O procedimento metodológico adequado, consiste em realizar o julgamento semântico empregando o Software Macbeth (Apêndice J), porém, pairando incertezas quanto aos resultados, optou-se por utilizar a linearidade. Ressalva-se que a adoção futura pelo TCE/SC requer o refinamento com apoio de especialistas mais experientes.

Figura 35: Modelo com descritores e taxas de substituição (PVF Estrutura)



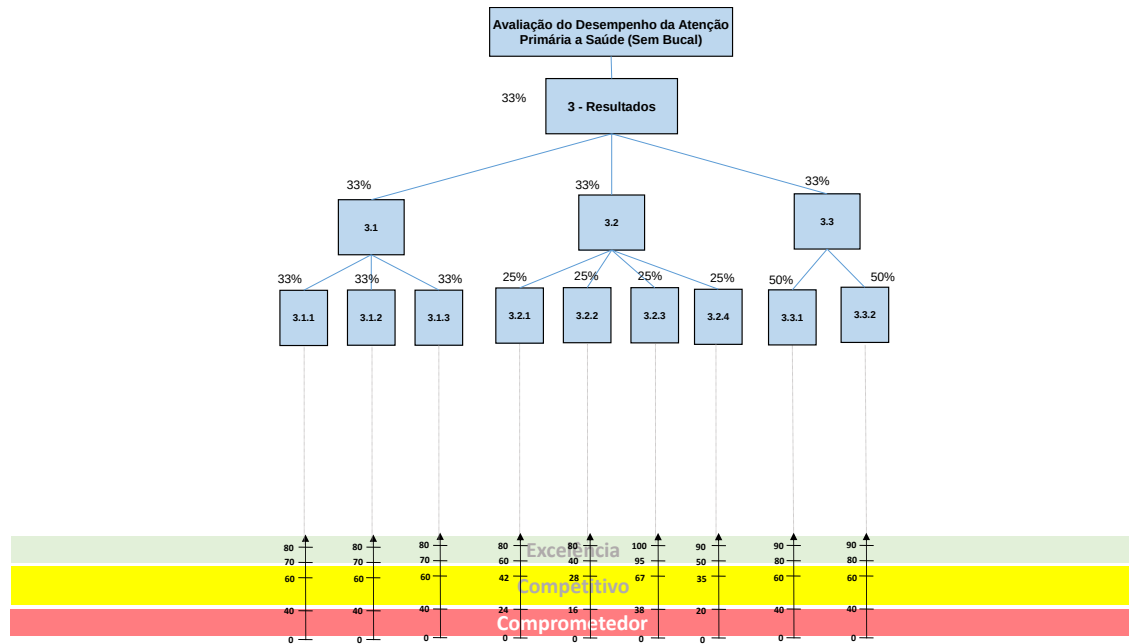
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 36: Modelo com descritores e taxas de substituição (PVF Processos)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Figura 37: Modelo com descritores e taxas de substituição (PVF Resultados)



Após o estabelecimento dos descritores, a definição dos níveis de referências inferior e superior, e do desenvolvimento da função de valor que permitiu a transformação da escala juntamente com a definição das taxas de substituição dos critérios (PVF e PVE), utiliza-se a fórmula de agregação aditiva.

O processo de agregação aditiva, mesmo sendo relativamente simples, é um dos mais utilizados na etapa de elaborar a agregação em modelos multicritério (Bana e Costa, 1995) e permite que se observe o desempenho de determinada ação, neste caso a passagem do *status quo* para uma meta, e qual seu impacto no desempenho global. Para Ensslin et al (2001), a fórmula de agregação visa transformar as unidades de atratividade local em unidades de atratividade global. Com isso, pode-se transformar um modelo multicritério em um único critério com uma pontuação global que permita se observar o desempenho de maneira unificada.

$$\text{Equação } V(a) = \sum_{i=1}^n w_i \cdot v_i(a)$$

Onde:

$V(a)$ = Valor Global da ação a .

$v1(a), v2(a), \dots, vn(a)$ = Valor parcial da ação a nos critérios 1, 2, ..., n

$w1, w2, \dots, wn$ = Taxas de Substituição dos critérios 1, 2, ..., n .

n = número de critérios do modelo.

Após todos esses procedimentos, o modelo estruturado está pronto para a fase de avaliação e análise de resultados.

5.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E RECOMENDAÇÕES

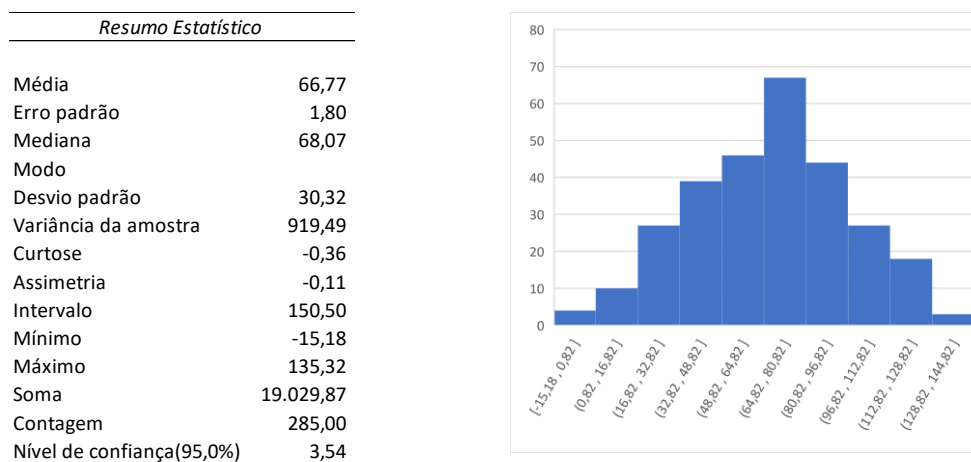
Na fase de avaliação de desempenho ocorre a aplicação e validação prática do modelo, neste caso a partir da visão global dos resultados foram escolhidos municípios de porte e desempenho similar para realizar comparações entre os desempenhos verificados com a aplicação do MCDA, objetivando escolhas para procedimentos de atuação norteadas por atributos que impactam na qualidade dos serviços.

Vale reforçar, que além de orientar possíveis orientações de atuação do TCE/SC em fiscalizações, o modelo pode ser disponibilizado no Portal da Transparência da instituição, possibilitando aos gestores a identificação de pontos de fragilidade e adoção de ações por sua própria iniciativa ou ainda decorrentes de provocação da sociedade civil.

5.3.1 Avaliação de desempenho

O modelo apresentado foi elaborado com base em informações disponíveis até o ano de 2019 para 285 municípios do Estado de Santa Catarina com informações disponíveis (10 municípios não apresentaram informações para o PMAQ-AB), suas pontuações totais se concentram na faixa entre 25 a 99 pontos (217 municípios), conforme distribuição apresentada no gráfico seguinte.

Figura 38: Resumo Estatístico e Histograma dos resultados empregando MCDA para a APS



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Considerando as faixas de desempenhos propostas, os municípios catarinenses estariam enquadrados no modelo construído da seguinte forma: 4 municípios com desempenho comprometedor (pontuação inferior a 0 na escala). Os demais municípios ficaram enquadrados no nível competitivo (entre 0 e 150 pontos na escala), dos quais 239 com desempenho regular (inferior a 100 pontos na escala) e 42 com desempenho bom (entre 100 e 150 pontos na escala).

Também possível demonstrar um ranking com o desempenho dos municípios, apresenta-se de forma resumida os 5 melhores e 5 piores com base na metodologia proposta (o ranking completo consta do Apêndice K):

Tabela 2: Relação dos 5 municípios com melhor desempenho MCDA na APS

Ordem	Municípios	Estrutura	Processos	Resultado	Total
1º	Nova Itaberaba	137,88	181,79	86,29	135,32
2º	Paial	142,67	155,25	93,69	130,54
3º	Jardinópolis	121,56	160,33	104,80	128,90
4º	Calmon	144,75	163,04	75,55	127,78
5º	Águas Mornas	119,72	136,58	124,80	127,03

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Tabela 3: Relação dos 5 municípios com pior desempenho MCDA na APS

Ordem	Municípios	Estrutura	Processos	Resultado	Total
281º	Pescaria Brava	-16,74	-1,17	28,89	3,66
282º	Capinzal	-45,07	31,83	-0,56	-4,60
283º	Videira	33,96	45,33	-106,66	-9,12
284º	Guaramirim	17,85	31,83	-94,44	-14,92
285º	Timbé do Sul	7,01	59,67	-112,21	-15,18

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

A partir dessa visão macro, já seria possível estabelecer escolhas de atuação nos municípios com os piores desempenhos totais ou com base em cada eixo de avaliação. Para o PVF1 Estrutura e PVF1 Processos, os piores desempenhos verificados foram:

Tabela 4: Relação dos 5 municípios com pior desempenho MCDA/PVF1 Estrutura

Ordem	Município	Estrutura	Processos	Resultado	Total
281º	Pescaria Brava	-16,74	-1,17	28,89	3,66
222º	Quilombo	-18,05	82,00	64,99	42,98
162º	Vitor Meireles	-18,26	157,42	53,88	64,35
276º	São Joaquim	-22,99	29,33	23,89	10,08
271º	Salete	-26,77	77,00	4,81	18,35
282º	Capinzal	-45,07	31,83	-0,56	-4,60

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Tabela 5: Relação dos 5 municípios com pior desempenho MCDA/PVF1 Processos

Ordem	Município	Estrutura	Processos	Resultado	Total
217º	Gravatal	82,17	25,33	28,89	45,46
216º	Piratuba	129,06	24,25	-15,55	45,92
242º	Treze de Maio	13,36	23,08	65,92	34,12
269º	Palmitos	51,42	17,33	-9,44	19,77
281º	Pescaria Brava	-16,74	-1,17	28,89	3,66

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Comparando o Município de Águas Mornas (5º melhor desempenho) com Pescaria Brava (posição 281, 5º pior desempenho) para fins ilustrativos e validação do modelo se faz uma análise com os fatores responsáveis pelo retrato:

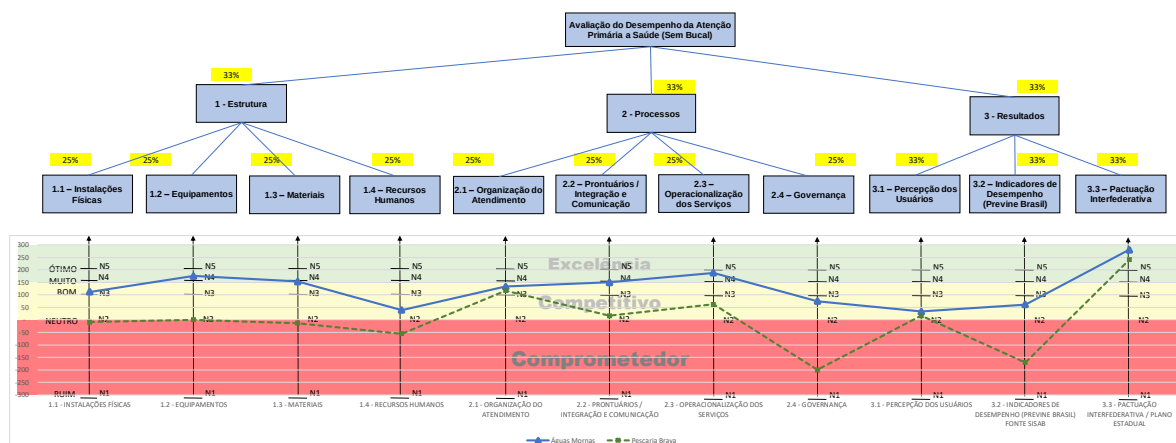
Tabela 6: Características dos municípios selecionados para análise (Águas Mornas x Pescaria Brava)

	Águas Mornas	Pescaria Brava
Nº UBS/USF Avaliadas	2	2
Nº EQUIPES Entrevistadas	2	2
NASF Avaliadas	1	0
Usuários (nº entrevistados)	8	8
Gasto per capita (Atenção Primária)	R\$ 556	R\$ 498
Porte do Município	Pequeno	Pequeno
População	6.646	10.225
PIB per capita (2019)	R\$ 27.014,44	R\$ 9.594,55
IDH (2010)	0,723	ND
Área	326,66 km²	106,853 km²
Macrorregião	Grande Florianópolis	Sul

Fonte: Elaborado pelo Autor (Base de dados PMAQ-AB e IBGE - <https://cidades.ibge.gov.br/>)

As características operacionais avaliadas da APS são bastante similares, apesar de Águas Mornas possuir uma população inferior e maior riqueza *per capita* em relação a Pescaria Brava. Uma ação planejada de fiscalização com olhar para o desempenho poderia partir da comparação dos gráficos a seguir, os quais representam o *status quo*, a partir do qual podem ser propostas medidas de intervenção.

Figura 39: Avaliação do Desempenho da APS - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019)

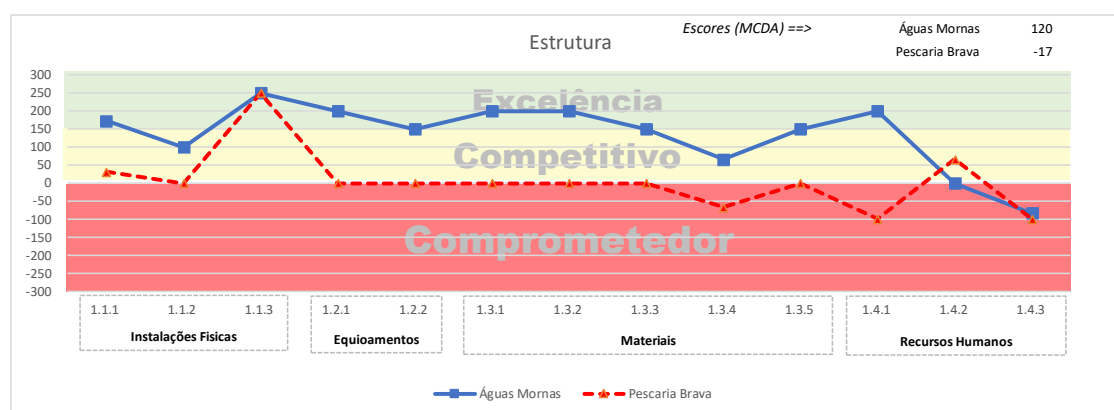


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Conforme já detalhado, o desempenho reflete o percentual de pontos obtidos em relação aos pontos possíveis, os quais são obtidos pela multiplicação dos EPAs pelos quantitativos de UBS/Equipes/NASF e Usuários, conforme a natureza do indicador.

A partir da visão macro proporcionada pelo gráfico anterior, é possível aprofundar nos detalhes responsáveis por tais resultados. O gráfico seguinte ilustra os Pontos de Vistas Fundamentais no segundo nível (PVF2) para Estrutura, conforme segue:

Figura 40: PVF2 Estrutura - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019)

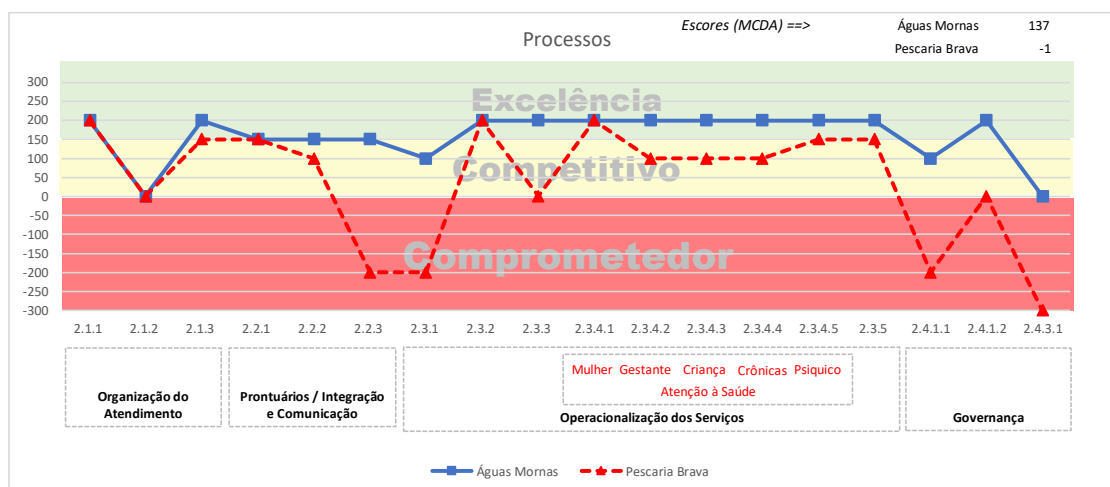


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Fica evidente a necessidade do Município de Pescaria Brava realizar melhorias nos aspectos relacionados aos insumos (1.3.4), adequar o quantitativo de equipes AB e proceder diagnóstico sobre a necessidade de equipes multidisciplinares (1.4.1) e promover ações de capacitação aderentes com as necessidades das equipes AB (1.4.3).

O gráfico seguinte ilustra os Pontos de Vistas Elementares (PVE) detalhando o PVF1 Processos, conforme segue:

Figura 41: PVE Processos - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019)

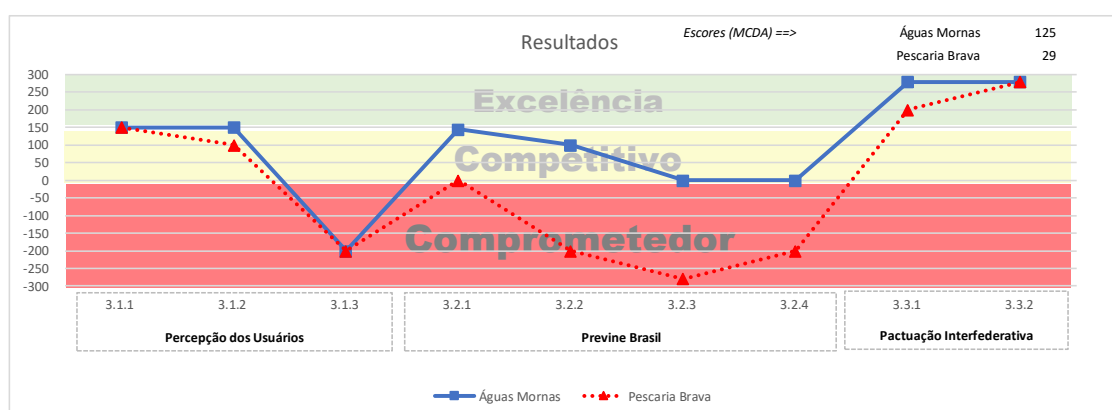


Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

No tocante aos Processos, uma análise mais aprofundada indica que o Município de Pescaria Brava deve verificar a necessidade de implantação e/ou operacionalização de central de regulação para encaminhamentos dos usuários para especialidades (2.2.3), atentar-se para as possibilidades de utilização do Telessaúde (2.3.1) e adotar iniciativas para incentivo à carreira (2.4.1.1), fazendo sentido maior alocação de recursos *per capita* (2.4.3.1).

O gráfico seguinte ilustra os Pontos de Vistas Elementares (PVE) detalhando o PVF1 Resultados, conforme segue:

Figura 42: PVE Resultados - Águas Mornas e Pescaria Brava (ano 2019)



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Os indicadores apontam a necessidade do aprimoramento do atendimento domiciliar (3.1.3) em ambos municípios. Pescaria Brava apresenta desempenho comprometedor no tocante aos indicadores de saúde da mulher (3.2.2), saúde da criança (3.2.3) e doenças crônicas (3.2.4).

Considerando a complexidade dos serviços públicos de saúde, pode-se afirmar que o modelo multicritério desenvolvido atende ao objetivo de contribuir para entender questões complexas, de maneira estruturada que possa ser utilizada pelas partes interessadas, permitindo avaliar o desempenho de forma comparativa entre os municípios, identificar as principais fragilidades para definição de temas de fiscalização e a possibilidade de ser utilizado como gerador de recomendações e auxiliar na decisão sobre ações que podem ser implementadas para melhorar o desempenho global (Ensslin, 2002).

5.3.2 Recomendações

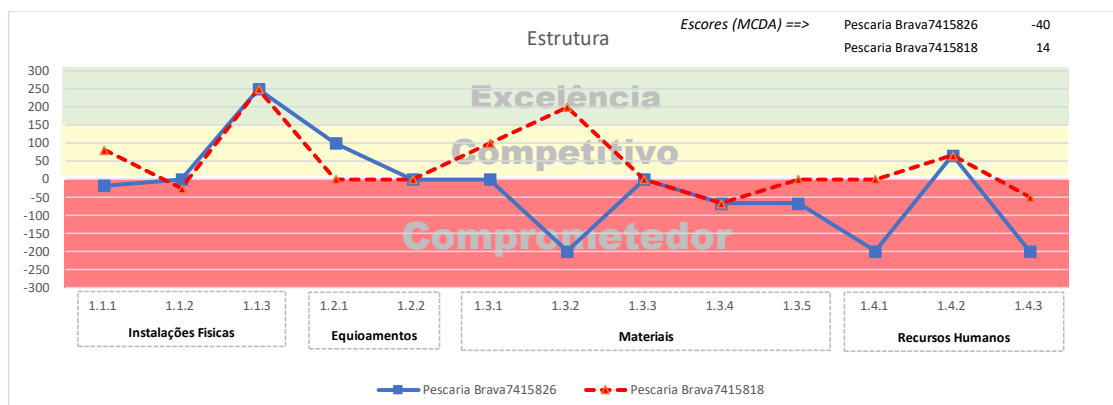
O modelo proposto emprega informações de 2019, dessa forma, a adoção por parte do TCE/SC demandará assumir a aplicação do questionário para o ano de 2021 e validar as respostas declaradas pelos municípios por meio de procedimento *in loco* em amostra previamente definida. O intervalo sugerido de 2 anos está relacionado com o pressuposto de que eventuais ações possuem um período de maturação para refletir nos indicadores mensurados, bem como a possibilidade de análise crítica e adequações do modelo em intervalos regulares.

Vislumbra-se a possibilidade do estabelecimento de convênios com instituições de ensino superior para a realização da validação, de forma semelhante a prática adotada pelo Ministério da Saúde no 3º Ciclo do PMAQ-AB, impulsionando pesquisas sobre o tema e ampliando a participação de outros atores da sociedade na busca por serviços públicos de melhor qualidade.

O modelo possibilita aos gestores municipais a identificação de pontos críticos e adotar providências para alocar recursos financeiros nos indicadores em nível comprometedor, ou explicar situações peculiares para que o modelo possa ser ajustado. Nesse ponto, importante frisar o reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento contínuo no modelo proposto, o qual provavelmente está longe da perfeição.

Para avaliação de possibilidades de intervenção, será demonstrado o exemplo do Município de Pescaria Brava, o qual possui 2 UBS, representadas pelos Códigos Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 7415826 e 7415818, o primeiro está localizado na Rodovia SC 437 KM 08 e o segundo na Estrada Geral de Barreiros s/nº, no Bairro de Barreiros.

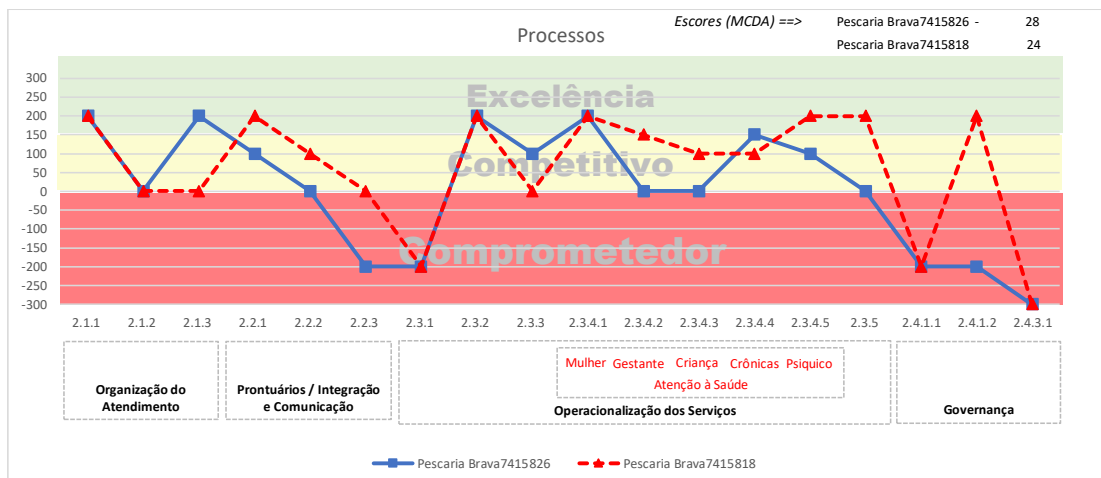
Figura 43: Avaliação do Desempenho do PVF2 Estrutura das UBS de Pescaria Brava



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

O modelo permite a comparação das 2 UBS, ficando evidente que os principais problemas na UBS de CNES 7415826 são em relação aos critérios de Materiais: Imunobiológicos/vacinas (1.3.2), Insumos (1.3.4), Medicamentos da Farmácia Básica (1.3.5). Também possui problemas relacionados aos Recursos Humanos: Adequação Quantitativa da Equipe AB (1.4.1) e Capacitação (1.4.3).

Figura 44: Avaliação do Desempenho do PVF2 Processos das UBS de Pescaria Brava



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

A UBS de CNES 7415826 possui problemas em relação a Comunicação/regulação (2.2.3), ambas UBS necessitam de ações para o aprimoramento das possibilidades de utilização do Telessaúde (2.3.1) e em relação ao incentivo à carreira (2.4.1.1).

Com o emprego das recomendações sugeridas de forma conservadora, a simulação de ajustes nos critérios com desempenho no nível N1 (Ruim) para o ponto N2 (Regular), conforme

apresentado nos quadros seguintes, resultaria num aumento da pontuação do PVF1 Estrutura, passando de -40,49 para 17,85.

Figura 45: Avaliação do impacto das recomendações na UBS CNES 7415826 de Pescaria Brava

Pescaria Brava7415826	DESEMPENHO VERIFICADO				
	Pontos Possíveis	Pontos Obtidos	Desempenho	Nível de Desempenho	Desempenho Corrigido
1 - ESTRUTURA	13	6	0,42		-40,49
1.3 - MATERIAIS	13	4	0,31		-66,66
1.3.1 - Material Impresso/Cadernetas (I.9)	5	2	0,40	N2	0,00
1.3.2 - Imunobiológicos/Vacinas (I.10)	19	0	0,00	N1	-200,00
1.3.3 - Testes e Diagnósticos (I.11)	7	3	0,43	N2	0,00
1.3.4 - Insumos	29	14	0,47		-66,66
1.3.4.1 - Gerais (I.12)	23	19	0,83	N5	200,00
1.3.4.2 - Práticas Integrativas (I.13)	6	0	0,00	N1	-200,00
1.3.4.3 - Urgência e Emergência (I.14)	59	22	0,37	N1	-200,00
1.3.5 - Medicamentos Farmácia Básica (I.15)	6	2	0,30		-66,66
1.3.5.1 - Dispensação de medicamentos realizada na	1	1	1,00	N5	200,00
1.3.5.2 - Estrutura para manipulação e distribuição de	6	2	0,33	N1	-200,00
1.3.5.3 - Disponibilidade de Medicamentos	12	3	0,23	N1	-200,00
1.4 - RECURSOS HUMANOS	7	0	0,26		-111,11
1.4.1 - Adequação Quantitativa das Equipes AB	1	0	0,00		-200,00
1.4.1.1 - Inexistência de população descoberta pela	1	0	0,00	N1	-200,00
1.4.1.2 - Existe diagnóstico de território que revela a	0	0	0,00	N1	-200,00
1.4.2 - Gerência da UBS	1	1	0,67		66,66
1.4.2.1 - Existe pessoa responsável pela gerência da	1	1	1,00	N5	200,00
1.4.2.2 - Este profissional apresenta dedicação exclus	1	0	0,00	N1	-200,00
1.4.2.3 - Graduação do profissional responsável pela	1	1	1,00	N5	200,00
1.4.3 - Capacitação	3	1	0,17		-200,00
1.4.3.1 - Promoção de programas de educação perma	5	1	0,20	N1	-200,00
1.4.3.2 - As ações de educação permanente contemp	1	0	0,00	N1	-200,00
1.4.3.3 - Equipes multidisciplinares (antigo NASF)	0	0	0,00		-200,00
1.4.3.3.1 - A gestão oferece cursos adequados à ne	0	0	0,00	N1	-200,00
1.4.3.3.2 - Profissionais participam da escolha de te	0	0	0,00	N1	-200,00

DESEMPENHO APÓS RECOMENDAÇÕES			
Pontos	Desempenho	Nível de Desempenho	Desempenho Corrigido
7	0,50		22,01
8	0,57		33,33
2	0,40	N2	0,00
8	0,40	N2	0,00
3	0,43	N2	0,00
22	0,75		50,00
19	0,83	N5	200,00
0	0,00	N1	-200,00
47	0,79	N4	150,00
4	0,57		33,33
1	1,00	N5	200,00
2	0,33	N1	-200,00
8	0,65	N3	100,00
1	0,59		55,55
1	1,00		0,00
1	1,00	N5	200,00
0	0,00	N1	-200,00
1	0,67		66,66
1	1,00	N5	200,00
0	0,00	N1	-200,00
1	1,00	N5	200,00
2	0,50		100,00
2	0,40	N2	0,00
1	1,00	N5	200,00
0	0,00		-200,00
0	0,00	N1	-200,00
0	0,00	N1	-200,00

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Da mesma forma no PVF1 Processos, seguindo as recomendações pontuais de forma conservadora na UBS CNES 7415818, resultaria num aumento da pontuação de 23,67 para 46,17.

Figura 46: Avaliação do impacto das recomendações na UBS CNES 7415826 de Pescaria Brava

Pescaria Brava7415818	DESEMPENHO VERIFICADO				
	Pontos Possíveis	Pontos Obtidos	Desempenho	Nível de Desempenho	Desempenho Corrigido
2 - PROCESSOS	7	5	0,71		23,67
2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	22	17	0,77		78,00
2.3.1 - Utilização do Telessaúde	1	0	-	N1	-200,00
2.3.2 - Exames	75	62	0,83	N5	200,00
2.3.3 - Procedimentos de Atenção Básica	13	7	0,54	N2	0,00
2.3.4 - Atenção à Saúde	15	10	0,70		190,00
2.3.4.1 - Da Mulher	6	6	1,00	N5	200,00
2.3.4.2 - Da Gestante e puérpera	18	13	0,72	N4	150,00
2.3.4.3 - Das Crianças	18	12	0,67	N3	100,00
2.3.4.4 - Detecção e Acompanhamento de Comorb	25	15	0,60	N3	100,00
2.3.4.5 - Das Dependentes Químicos e sofrimento p	6	5	0,83	N5	200,00
2.4 - GOVERNANÇA	6	1	0,33		-150,00
2.4.1 - Gestão de Pessoas	6	2	0,33		0
2.4.1.1 - Incentivo à carreira	5	1	0,20	N1	-200,00
2.4.1.2 - Vínculo de longo prazo	1	1	1,00	N5	200,00
2.4.3 - Gestão Orçamentária e Financeira			498,40	N1	-300,00
2.4.3.1 - Alocação de recursos (gasto per capita)			498,40	N1	-300,00

DESEMPENHO APÓS RECOMENDAÇÕES			
Pontos	Desempenho	Nível de Desempenho	Desempenho Corrigido
5	0,74		46,17
17	0,78		118,00
1	0,40	N2	0,00
62	0,83	N5	200,00
7	0,54	N2	0,00
10	0,70		190,00
6	1,00	N5	200,00
13	0,72	N4	150,00
12	0,67	N3	100,00
15	0,60	N3	100,00
5	0,83	N5	200,00
2	0,50		-100,00
3	0,50		100
2	0,40	N2	0,00
1	1,00	N5	200,00
	498,40	N1	-300,00
	498,40	N1	-300,00

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

Aplicando os ajustes elencados, o desempenho consolidado do Município de Pescaria Brava passaria dos atuais 3,66 para 17,83. Vale ressaltar, contudo, que o importante em todo

este processo é a melhora nas condições dos serviços oferecidos na APS para os cidadãos, sendo a pontuação mera consequência.

5.4 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os resultados alcançados representam uma alternativa a ser levada em consideração caso se deseje atuar na avaliação do desempenho de políticas públicas como da APS. O modelo proposto permite eleger unidades e aspectos a serem abordados partindo de uma visão macro, podendo esmiuçar os detalhes que impactam no desempenho em cada UBS operacionalizada pelos municípios.

Frisa-se que o modelo elaborado utilizou recursos de planilha Microsoft Excel por profissional leigo na área de programação, podendo ser consideravelmente melhorado por aqueles que dominam este campo de conhecimento, inclusive com formas mais práticas de visualização dos detalhamentos para cobrar ações pontuais ou justificativas por parte dos gestores.

Importante ainda frisar que o número de elementos primários de avaliação pode ser objeto de reavaliação empregando métodos estatísticos e profissional com entendimentos mais avançados da APS com dedicação exclusiva. Ainda que este autor tenha demonstrado o modelo e pedido a opinião de dois especialistas, esta ação demanda a interrupção de outras atividades por estes profissionais e requerem bastante tempo para uma depuração mais cuidadosa.

Além disso, o modelo proposto pode ser um fator de reflexão e possibilidade de aprimoramento do IEG-M, empregado atualmente pelo conjunto dos tribunais de contas, sendo que especificamente no caso do i-saúde, o presente estudo procurou descrever algumas fragilidades ao se produzir indicador sintético sem considerar detalhes relevantes da política pública. Comparando os resultados do IEG-M com o desempenho mensurado no modelo empregando MCDA, verifica-se que:

Tabela 7: Comparação de desempenhos IEG-M x MCDA

Município	IEG-M	Classificação	Faixa	MCDA	Classificação	Faixa
Vargeão	0,95	1º	A	114,51	18º	Bom
Cunha Porã	0,94	2º	A	77,53	104º	Regular
Caibi	0,92	3º	A	67,38	148º	Regular
Itá	0,92	4º	A	101,65	42º	Bom
Jupia	0,92	5º	A	106,83	30º	Bom
Princesa	0,92	6º	A	92,56	58º	Regular
Jaraguá do Sul	0,91	7º	A	4,58	280º	Regular
Águas de Chapecó	0,90	8º	A	22,53	264º	Regular

São Miguel da Boa Vista	0,90	9º	A	107,10	29º	Bom
Bom Jesus do Oeste	0,89	10º	B+	125,43	6º	Bom

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

:

Obviamente que, em se tratando de metodologias diferentes, os resultados podem ser bastante diversos, contudo, chama atenção o fato dos municípios de Jaraguá do Sul e Águas de Chapecó, situados nas posições 280º e 264º, respectivamente, com MCDA, estarem entre os primeiros classificados segundo o IEG-M. Sendo assim, seria muito pertinente trabalhos de fiscalização nessas unidades para obter outros elementos que permitam uma conclusão mais balizada em relação às duas metodologias propostas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de propor um modelo com base na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão (MCDA), estruturado com atributos que afetam a qualidade dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), com as finalidades de subsidiar decisões de atuação por órgãos de fiscalização, como é o caso do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), orientações para os gestores municipais da saúde realizarem melhores alocações de recursos levando em conta indicadores com possíveis fragilidades e como instrumento de controle social apresenta-se cumprido no presente estudo.

Antes de elaborar o modelo foram analisados instrumentos existentes com semelhante propósito, ressaltando virtudes, fragilidades e potenciais de utilização, entre os quais Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o seu sucessor Programa Previne Brasil, o Índice de Efetividade da Gestão Municipal (i-saúde/IEG-M) e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), sendo verificado o grande potencial do PMAQ-AB, programa governamental infelizmente descontinuado.

O questionário do PMAQ-AB apresentava grande potencial para análises detalhadas da APS e por isso foi a principal referência para elaboração do modelo, sendo agregadas informações do Programa Previne Brasil, do Pacto Interestadual e outras informações disponíveis no TCE/SC entendidas como relevantes.

Os resultados da presente pesquisa podem nortear o TCE/SC no objetivo de fomentar a atuação com foco na avaliação de políticas públicas. Ainda que sejam várias possibilidades de trabalhos com esse propósito, o aprofundamento do conhecimento em determinada política pública e levantamento da necessidade de indicadores são sempre o ponto de partida, sendo que para essa finalidade, o modelo estruturado com base na metodologia MCDA deve ser considerado por todas as possibilidades que oferece.

Os decisores manifestaram entusiasmo com os resultados alcançados, podendo a presente pesquisa ser implementada com software e profissionais especializados em programação, ampliando ainda mais as possibilidades de análise das informações na área de saúde e levando para outras políticas públicas, caso seja de interesse da administração superior.

Importante mencionar as limitações enfrentadas, uma vez que as questões empregadas podem ter níveis de impacto diferentes para o conjunto de UBS dos municípios do estado de Santa Catarina. Da mesma forma, os municípios podem enfrentar realidades de demanda

distintas, de forma que se faz necessário um refinamento do questionário a ser assumido pelo TCE/SC, inclusive com a utilização de especialistas na área da saúde.

Outra limitação enfrentada foi a carência de informações estruturadas no TCE/SC para viabilizar o PVF Processos na sub dimensão Governança, na qual as bases de informações disponíveis no TCE/SC não permitiram maiores avanços. Nesse sentido foram apresentadas sugestões que podem ser incorporadas nos sistemas internos, que num futuro próximo pode trazer informações relevantes para o processo decisório.

Outra ação relevante é a realizando validações em uma amostra de municípios. Considerando as peculiaridades da demanda dos serviços, essa providência pode contribuir para refinamentos pontuais do modelo e, numa perspectiva de ampliação de outros atores da sociedade, o TCE/SC pode firmar convênio com instituições de ensino superior, iniciativa que poderia fomentar a produção acadêmica e o controle social dos resultados apresentados pela política pública da saúde ou outras em que se deseje atuar.

Por fim, fica o desejo de que o TCE/SC pautar cada vez mais sua atuação em sistemáticas de planejamento, as quais podem melhorar ainda mais os resultados alcançados para a sociedade catarinense, com significativo avanço ao avaliar o desempenho com base em atributos qualitativos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S. C. Origem E Evolução Dos Tribunais De Contas. 2013.
- ARAUJO, L. C. DE et al. Gestões Municipais no Brasil: Um Estudo a Partir do Índice de Efetividade das Gestões Municipais-IEGM. **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, v. 20, p. e3137, 2021.
- BAPTISTA, T. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: [s.n.], p. 61.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>
- BRASIL. **Lei 8080/1990**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>
- BRASIL. **Lei Complementar 141/2012**, 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>
- BRASIL, C. O. DA 8ª C. N. DE S. **Relatorio Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.
- BRASIL, M. DA S. **Portaria 1097**Portaria 1097, 2006.
- BRASIL, M. DA S. **Portaria 1654**, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>
- BRASIL, M. DA S. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf>
- BRASIL, M. DA S. Portaria 1645. **Portaria 1645**, 2015.
- BRASIL, M. DA S. **Portaria de Consolidação nº 6**, 2017a.
- BRASIL, M. DA S. **Portaria de Consolidação nº 2**, 2017b. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>>
- BRASIL, M. DA S. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes da Atenção Básica (PMAQ-AB)**, 2018.
- BRASIL, M. DA S. **Portaria 2979**, 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>
- BRASIL, M. DA S. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>.
- BRASIL, M. DA S. Nota Técnica Nº 3 / 2020-Desf / Saps / Ms. p. 2019–2020, 2020b.

BRASIL, M. DA S. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016** Brasil, 2021a.

BRASIL, M. DA S. D. DE S. DA F. **CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS) MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL.** [s.l: s.n.].

BRASIL, M. DA S. S. DE A. À S. D. DE A. B. **Política Nacional de Atenção Básica.** [s.l: s.n.].

BRASIL, M. DA S. S. DE A. P. À S. D. DE S. DA F. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020. p. 237, 2020d.

BRASIL, M. DA S. S. DE A. P. À S. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 30 dez. 2021b.

BRASIL, M. DA S. S. DE A. P. À S. D. DE S. DA F. Nota Técnica Nº 5/2020-Desf/Saps/Ms. v. 07, p. 1–12, 2020e.

BRASIL, M. DA S. S. DE P. DE S. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf%0Ahttp://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>.

CATELLI, ARMANDO; SANTOS, E. S. Mensurando a criação de valor na gestão pública. **Revista Administração Pública**, 2004.

CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: Análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. 1–16, 2018.

COBAITO, F. C.; COBAITO, V. Q. Sus - Sistema Único de Saúde: A Gênese, contemporaneidade, e os desafios do amanhã. v. 5, n. 2, p. 16–35, 2019.

CONASS, C. N. DOS S. DE S. **Para entender a gestão do SUS.** [s.l: s.n.].

DE ALENCAR MOTA, R. R.; LEAL DAVID, H. M. S. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Questões a problematizar. **Revista Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 122–127, 2015.

DE CASTRO, D. M. et al. The impact of primary healthcare and the reduction of primary health care-sensitive hospital admissions. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 11, 2020.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Previne brasil program: The apex of threats to primary health care? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, p. 3781–3786, 2021.

DEMO, P. **Praticar Ciência: Metodologia do Conhecimento Científico - 1ª edição.** 1ª Edição ed. [s.l: s.n.].

DONABEDIAN, A. Commentary on some studies of the care quality of care. **Heath CAre Financing**, 1987.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115–1118, 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 44

(1966), p. 691–729, 2005.

ENSSLIN, LEONARDO; MONTIBELLER, GILBERTO; NORONHA, S. M. **Apoio à Decisão - Metodologias para Estruturação de Problemas e Avaliação Multicritério de Alternativas**. Florianópolis: Editora Insular, 2001.

ENSSLIN, L. et al. Avaliação multicritério de desempenho: o caso de um Tribunal de Justiça. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 22, n. 71, p. 57–82, 2017.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821–829, 2016.

FERENHOF, HELIO; FERNANDES, R. DESMISTIFICANDO A REVISÃO DE LITERATURA COMO BASE PARA REDAÇÃO CIENTÍFICA: MÉTODO SSF. **Revista ACB**, v. 21, n. 3, p. 550–563, 2016.

FILHO, P. F.; OLIVEIRA, P. J. DE. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, p. 139–162, 1990.

FIOCRUZ, F. O. C. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS**. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>>.

FLÔRES, G. M. DA S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 237–247, 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. DE; MACHADO, P. M. DE O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64–80, 2016.

FORTES, P. A. DE C. **SUS, um Sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios**, 2011. Disponível em: <<https://www.vidapastoral.com.br/artigos/temas-pastorais/sus-um-sistema-fundado-na-solidariedade-e-na-equidade-e-seus-desafios/>>

FRAZÃO, T. D. C. et al. **Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: A systematic review of the main characteristics and methodological steps** *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2018.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165–181, 2001.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; DE ALMEIDA, P. F. National primary health care policy: Where are we headed to? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020.

GRAY, D. E. **Pesquisa no Mundo Real: Série Métodos de Pesquisa**. 2ª Edição ed. São Paulo: Artmed Editora S.A, 2012.

HAMMOND, A. et al. **Environmental indicators: a systematic approach to measuring and reporting on environmental policy performance in the context of sustainable development**. [s.l: s.n.].

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: Bases of the Primary Health. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, 2020.

HUDZINSKI, A. A.; WITT, C.; SENFF, C. O. A dependência do Fundo de Participação dos

Municípios e a qualidade dos gastos e das políticas públicas: um estudo aplicado aos municípios do estado de Santa Catarina. **Revista Controle - Doutrina e Artigos**, v. 17, n. 1, p. 114–142, 2019.

IBR. **NBASP 9020**, [s.d.].

IRB, I. R. B. **Índice de Efetividade da Gestão Municipl (IEG-M)**. Disponível em: <<https://irbcontas.org.br/iegm/>>. Acesso em: 30 dez. 2021.

JANUZZI, P. DE M. **Indicadores Sociais no Brasil: Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações**. [s.l: s.n.].

LEÃO, H. M.; CALDEIRA, A. P. Accessibility and care pathways for children admitted to hospital for ambulatory care sensitive conditions. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3301, 2021.

LINO, A. F.; DE AQUINO, A. C. B. A diversidade dos Tribunais de Contas regionais na auditoria de governos. **Revista Contabilidade e Financas**, v. 29, n. 76, p. 26–40, 2018.

LUZ, M. T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” - Anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. I, 1991.

MARANHÃO, J. **Origem dos Tribunais de Contas - Evolução do Tribunal de Contas no Brasil** Brasília Revista Inf. Legislativa, , 1992.

MARCELINO, G. F.; WASSALY, L. P. M. P.; SILVA, R. M. P. DA. Controle Financeiro Governamental: uma pesquisa sobre os arranjos jurídico- institucionais e a relação político-administrativa em 18 países de diferentes continentes. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 12, n. 2, p. 3–14, 2009.

MASSUDA, A. Primary health care financing changes in the Brazilian healtssystem: Advance ou setback? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020.

MCQUEEN, D.; NOACK, H. Health promotion indicators: Current status, issues and problems. **Health Promotion International**, v. 3, n. 1, p. 117–125, 1988.

MENDES, E. V. **Organização de redes de atenção à saúde**. VII Encontro Nacional Para o Controle do Câncer de Colo do Útero E de Mama - Inca. **Anais...** Rio de Janeiro: 2011

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Brasília: CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde –, 2015.

MIRANDA, A. S. DE. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, p. 1214–1230, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; DE FARIA BAPTISTA, T. W. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare? **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, 2020.

NAGEL, J. O Controle Externo, a Estrutura e o Funcionamento do TCU. **Revista do TCU**, v. 83, 2000.

NOVAES, H. M. D. Evaluation of health programs, services and technologies. **Revista de**

Saude Publica, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

OLIVEIRA, A. L. DE. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, n. 27, p. 31–42, 2012.

OLIVEIRA, I. V. DE et al. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 47–57, 2020.

PAGNO, M. **Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/desempenho-da-atencao-primaria-a-saude-no-brasil-e-alvo-de-pesquisa-inedita>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

PASSOS, G. O.; AMORIM, A. DE C. A Construção do Índice de Efetividade da Gestão Municipal (Iegm). **Revista FSA**, v. 15, n. 6, p. 241–259, 2018.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 358–372, 2014.

PINTO, L. F.; HARTZ, Z. M. DE A. Primary care experiences in 25 years of journal ciência & saúde coletiva: A review of the scientific literature. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4917–4932, 2020.

PORTUGAL, S. N. DE S. **História do Serviço Nacional de Saúde**. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>>. Acesso em: 30 dez. 2021.

ROCHA, C. A. A. O Modelo de Controle Externo Exercido pelos Tribunais de Contas e as Proposições Legislativas sobre o Tema. p. 1–45, 2002.

ROY, B. Paradigms and Challenges. In: Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys. International. **Multiple Criteria Decision Analysis State of the Art Surveys**, v. 78, p. 4–24, 2005.

ROY, B.; VANDERPOOTEN, D. An overview on “The European school of MCDA: Emergence, basic features and current works”. **European Journal of Operational Research**, v. 99, n. 1, p. 26–27, 1997.

SANTA CATARINA. **Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989**, 1989. Disponível em: <[http://www.alesc.sc.gov.br/sites/default/files/CESC 82 e 83 PREVIDENCIA E MAGISTÉRIO.pdf](http://www.alesc.sc.gov.br/sites/default/files/CESC%20e%2083%20PREVIDENCIA%20E%20MAGISTERIO.pdf)>

SANTA CATARINA. **Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina**, 2000. Disponível em: <<https://www.tcsc.tc.br/sites/default/files/LEI-ORGANICA-CONSOLIDADA.pdf>>

SANTA CATARINA. **Regimento Interno do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina**, 2001. Disponível em: <https://www.tcsc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/REGIMENTO-INTERNO-CONSOLIDADO.pdf>

SANTA CATARINA. **Decisão Normativa n. TC-06/2008**, 2008. Disponível em: <https://www.tcsc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/decisao_normativa_n_06-

2008_consolidada.pdf>

SANTA CATARINA. **Instrução Normativa In TC-20/2015**, 2015. Disponível em:
<[https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/INSTRUÇÃO NORMATIVA N 20-2015 CONSOLIDADA.pdf](https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/INSTRUÇÃO_NORMATIVA_N_20-2015_CONSOLIDADA.pdf)>

SANTA CATARINA, S. DE E. DA S. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. p. 1–336, 2019a.

SANTA CATARINA, T. **Resolução n. TC-0149/2019**, 2019b. Disponível em:
<[https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/RESOLUÇÃO N. TC 0149-2019 CONSOLIDADA.pdf](https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/RESOLUÇÃO_N_TC_0149-2019_CONSOLIDADA.pdf)>

SANTA CATARINA, T. **Portaria n. 337/2019**, 2019c. Disponível em:
<[https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/PORTARIA N.TC 0337-2019 CONSOLIDADA.pdf](https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/PORTARIA_N_TC_0337-2019_CONSOLIDADA.pdf)>

SANTA CATARINA, T. DE C. DO E. **Relatório de Atividades do TCE/SC**. Disponível em:
<https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/RA_200_DIAS_FINAL.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2021.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161–175, 2001.

SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80–91, 1994.

SOUSA, P. A. F. DE. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Medica Portuguesa**, v. 22, n. 1, p. 15–20, 2009.

SPECK, B. W. **Inovação e rotina no Tribunal de Contas da União**. [s.l: s.n.].

TCE/SP, T. DE C. DO E. DE S. P. **Índice de Efetividade da Gestão Municipipl - Manual de 2017**São Paulo, 2017. Disponível em:
<https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/publicacoes/manual_iegm_exercicio_2016_-_apuracao_2017.pdf>

UCHÔA, S. A. DA C. et al. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 100–113, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Resultados da Busca Sistemática – artigos selecionados

Ano	Título	Autores/Periódico/Ano
Palavra-chave (principal): IEG-M		
2019	A dependência do Fundo de Participação dos Municípios e a qualidade dos gastos e das políticas públicas: um estudo aplicado aos municípios do estado de Santa Catarina	Hudzinski, A. A., Witt, C., & Senff, C. O. (2019). A dependência do Fundo de Participação dos Municípios e a qualidade dos gastos e das políticas públicas: um estudo aplicado aos municípios do estado de Santa Catarina. <i>Revista Controle - Doutrina E Artigos</i> , 17(1), 114-142. https://doi.org/10.32586/rcda.v17i1.523
2021	Análise do Índice de Efetividade de Gestão Municipal (IEGM) dos municípios do Estado de Rondônia no período de 2015-2016	Carvalho Costa, Otacílio Moreira de Souza, Kamyla Maria De Araújo Carvalho, Erasmo Moreira de Siena, Osmar
2021	Gestões Municipais no Brasil: Um estudo a partir do Índice de Efetividade das Gestões Municipais - IEGM	Araujo, L. C. de, Bezerra Filho, J. E., Teixeira, A., & Motoki, F. (2021). Gestões Municipais no Brasil: um estudo a partir do Índice de Efetividade das Gestões Municipais - IEGM. <i>Revista Catarinense Da Ciência Contábil</i> , 20, e3137. https://doi.org/10.16930/2237-766220213137
2018	A Construção do Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEGM)	Passos, Guiomar Oliveira; Amorim, André de Carvalho DOAJ Directory of Open Access Journals - Not for CDI Discovery <i>Revista FSA</i> , 2018-11-01, Vol.15 (6), p.241-259
Palavra-chave (principal): Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica		
2020	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Visão de Enfermeiros	Isabel Cristine Oliveira, Teresinha Heck Weiller, Rafael Marcelo Soder, José Luís Guedes dos Santos, Caroline Cechinel Peiter
2016	Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)	Telles, R., Weigelt, L. D., Rezende, M. S., Krug, S. B. F., Ferreira, R., Kessler, A. L., Barros, L. P. de, Jühlich, A. C., & Flores, G. M. da S. (2016). Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). <i>Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção</i> , 1(1), 1-10. https://doi.org/10.17058/reci.v1i1.7978
2017	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um instrumento gerencial de saúde	da Silva, R. M., & de Oliveira Júnior, L. B. (2017). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um instrumento gerencial de saúde. <i>Cadernos De Ciências Sociais Aplicadas</i> , 14(23), 1-13. https://doi.org/10.22481/cssa.v14i23.2300

2018	Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Uchôa, Severina Alice da Costa; Martiniano, Claudia Santos; Queiroz, Ana Angélica Rêgo de; Bay Júnior, Osvaldo de Goes; Nascimento, Wezila Gonçalves do; Diniz, Ítalo Vinícius Albuquerque; Hartz, Zulmira Maria de Araújo. Saúde em Debate, 2018-09-01, Vol.42 (spe1), p.100-113
2016	Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Feitosa, Rúbia Mara Maia; Paulino, Ayslon Ayron; Lima Júnior, José Oscar de Souza; Oliveira, Kallyane Kelly Duarte de; Freitas, Rodrigo Jacob Moreira de; Silva, Wanderley Fernandes da. Saúde e sociedade, 2016-09-01, Vol.25 (3), p.821-829
2014	O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora	Pinto, Hêider Aurélio; Sousa, Allan Nuno Alves de; Ferla, Alcindo Antônio. Saúde em Debate, 2014-10-01, Vol.38 (spe), p.358-372
2020	Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo	Oliveira, Israel Victor de; Santos, Joacira Mota Matos; Almeida, Fernanda Campos Sousa de; Oliveira, Rogério Nogueira de. Saúde em Debate, 2020-03-01, Vol.44 (124), p.47-57
2014	Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB	Miclos, Paula Vitali; Calvo, Maria Cristina Marino; Colussi, Claudia Flemming. Saúde em Debate, 2014-10-01, Vol.38 (spe), p.358-372
2018	Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB	Lima, Juliana Gagno; Giovanella, Ligia; Fausto, Márcia Cristina Rodrigues; Bousquat, Aylene; Silva, Edcarlos Vasconcelos da
2021	Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Gomes, Maria Alice Vaz; de Oliveira Pinto, Vinicius; da Cunha Cassuce, Francisco Carlos. Ciência & saúde coletiva, 2021-04-01, Vol.26 (4), p.1311-1322
2020	Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis	Dayanna Mary de Castro; Veneza Berenice de Oliveira; Amanda Cristina de Souza Andrade; Mariângela Leal Cherchiglia; Alaneir de Fátima dos Santos/ Cadernos de saúde pública, 2020-11-01, Vol.36 (11)
2016	O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão	Fontana, Karine Cardoso; Lacerda, Josimari Telino de; Machado, Patrícia Maria de Oliveira. Saúde em Debate, 2016-09-01, Vol.40 (110), p.64-80
Palavra-chave (principal): Previnde Brasil		
2021	Programa Previnde Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?	Marismay Horsth De Seta; Carlos Octávio Ocké-Reis; André Luis Paes Ramo. Ciência & saúde coletiva, 2021-08-01, Vol.26 (suppl 2), p.3781-3786
2020	“Previnde Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde	Harzheim, Erno. Ciência & saúde coletiva, 2020-03, Vol.25 (4), p.1189
2020	Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?	Morosini, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; Fonseca, Angelica Ferreira; Baptista, Tatiana Wargas de Faria. Cadernos de saúde pública, 2020-01, Vol.36 (9)
2020	Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?	Massuda, Adriano. Ciência & saúde coletiva, 2020-04-01, Vol.25 (4), p.1181-1188
2021	A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo	Miranda, Alcides Silva. Saúde em Debate, 2021-03-01, Vol.44 (127), p.1214-1230
2020	Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?	Giovanella, Ligia; Franco, Cassiano Mendes; Almeida, Patty Fidelis de. Ciência & saúde coletiva, 2020-03, Vol.25 (4), p.1475-1482

2020	Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil	Harzheim, Erno; D'Avila, Otávio Pereira; Ribeiro, Daniela de Carvalho; Ramos, Larissa Gabrielle; Silva, Lariça Emiliano da; Santos, Caroline Martins José Dos; Costa, Luis Gustavo Mello; Cunha, Carlo Roberto Hackmann da; Pedebos, Lucas Alexandre. <i>Ciência & saúde coletiva</i> , 2020-03, Vol.25 (4), p.1361-1374
2021	Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019	Giovanella, Ligia; Bousquat, Aylene; Schenkman, Simone; de Almeida, Patty Fidelis; Sardinha, Luciana Monteiro Vasconcelos; Vieira, Maria Lúcia França Pontes. <i>Ciência & saúde coletiva</i> , 2021-06-15, Vol.26 (1), p.2543-2556
Palavra-chave (principal): PCA-Tool		
2021	Acessibilidade e trajetórias de cuidado para crianças com internações por condições sensíveis à atenção primária	Leão, Harley Medawar; Caldeira, Antônio Prates. <i>Ciência & saúde coletiva</i> , 2021-08-01, Vol.26 (8), p.3301-3310
2015	Atributos da atenção primária prestada às crianças/adolescentes com e sem deficiência	Quaresma, Fernando Rodrigues Peixoto; Stein, Airton Tetelbom. <i>Ciência & saúde coletiva</i> , 2015-08, Vol.20 (8), p.2461-2468
2020	Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> : uma revisão de literatura	Pinto, Luiz Felipe; Hartz, Zulmira Maria de Araujo. <i>Ciência & saúde coletiva</i> , 2020-12-01, Vol.25 (12), p.4917-4932
2020	Measuring the quality of primary care in national health surveys: Lessons from Brazil	Harzheim, Erno; Pinto, Luiz Felipe; D'Avila, Otavio P.; Hauser, Lisiane. <i>African Journal of Primary Health Care & Family Medicine</i> (Vol. 12, Issue 1)
Palavra-chave (principal): "Primary Health Care" / "multiple decision analysis"		
2009	Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres	Encarnação, Carla Alexandra da; Amado, Filipe, dos Santos, Sérgio Pereira
2018	Análise multicritério de decisão (MCDA) em saúde: uma revisão sistemática das principais características e etapas metodológicas	Talita DC Frazão, Deyse GG Camilo e outros. <i>BMC Informática Médica e Tomada de Decisão</i>
2001	Um método construtivista para a avaliação em saúde	Juarez Pereira Furtado. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
2000	Avaliação em saúde: limites e perspectivas	Ligia Maria V. da Silva; Vera Lúcia A. Formigli. <i>Cadernos de Saúde Pública</i>
2014	Eficiência da aplicação de recursos no atendimento do sistema único de saúde (SUS) nas cidades de Santa Catarina	Leandro Politelo, Vitor Paulo Rigo, Nelson Hein. <i>Revista de Gestão em Sistemas de Saúde</i>

APÊNDICE B - Entrevista aplicada com os diretores da DGCE do TCE/SC

Roteiro da entrevista semiestruturada

Questionário destinado ao conhecimento da perspectiva interna do TCE/SC em relação: (1) ao que se deseja; (2) como evoluir a partir da forma de atuação atual em relação ao processo decisório no contexto de avaliação de desempenho:

Questão	1) Atualmente como o TCE/SC pauta a sua atuação no tocante a políticas públicas? Detalhe a sua percepção 1.a) O TCE/SC possui alguma norma estabelecendo a necessidade de produção de avaliações de políticas públicas pelos jurisdicionados? Caso positivo qual norma e caso negativo como poderia ser estabelecida este fornecimento? 1.b) Como são captadas no TCE/SC as informações referentes às políticas públicas? Existe tratamento específico das informações?
Objetivos	- O termo “política pública” está sendo empregado no sentido de “resultado das ações governamentais em determinada área, refletindo na percepção dos serviços ofertados para a sociedade” - Definir o estado da arte do ponto de vista dos atores do TCE/SC; - Identificar a existência de norma que estabeleça regras de produção de informações sobre avaliação de desempenho de políticas públicas pelos jurisdicionados ou internamente; - Verificar se existe um modelo que facilite a busca de informações sobre avaliação de desempenho de políticas públicas.

Questão	2) Existe um procedimento (sistematizado ou não) utilizado no apoio à decisão em relação a escolha da unidade jurisdicionada e objeto de atuação? Se positivo como funciona?
Objetivos	Verificar a existência de procedimento estruturado em relação às definições de atuação, planejamento e organização dos atores envolvidos

Questão	3) Atualmente quais procedimentos são envidados na atuação com foco em políticas públicas? (seria possível compor um quadro de referências exemplificativas para agregar ao trabalho?) 3.a) Existem indicadores de desempenho para as respectivas áreas? Caso positivo, quais?
Objetivos	Entender "como" o TCE/SC atua (auditorias operacionais, capacitações) Entender se são adotados indicadores de desempenho em relação as políticas públicas. Quais são eles e como foram elaborados?

Questão	4) Existe anseio em relação a atuação de forma diferenciada em relação a fiscalização de políticas públicas? Seria possível descrever os pressupostos de como seria (nas contas de governo, contas de gestão, auditorias operacionais, painéis informativos, capacitações ou outros meios)
Objetivos	Obter a opinião dos decisores para pautar a formulação de modelos de atuação consensuais e duradouros que possam ser aprimorados e não substituídos

Questão	5) Quais diretorias técnicas são ou deveriam ser envolvidas numa atuação orientada para os resultados das políticas públicas? (Favor descrever os aspectos intrínsecos à atuação de cada diretoria que deveria participar)
Objetivos	Entender quais diretorias devem ser mobilizadas para a atuação orientada para políticas públicas e como devem participar

Questão	6) Em relação as atividades necessárias para viabilizar uma atuação orientada para políticas públicas se vislumbra um quantitativo ideal de profissionais ou estrutura para a condução das atividades intrínsecas?
Objetivos	Entender a compatibilidade estrutural da organização para trabalhos dessa natureza
Questão	7) A partir da escolha da política pública, quais pressupostos deveriam definir a escolha da unidade jurisdicionada e forma de atuação?
Objetivos	Entender quais pressupostos atuais para a definição de escolhas
Questão	8) Existem pontos críticos para uma atuação com foco em políticas públicas? Quais seriam os principais?
Objetivos	O objetivo da questão é entender as dificuldades do ponto de vista interno em relação a trabalhos orientados para políticas públicas
Questão	9) Na sua opinião quais os pressupostos deveriam ser levados em consideração para a elaboração de um modelo decisório para atuação em políticas públicas?
Objetivos	O objetivo é tentar verificar se os gestores apresentam alguma noção intuitiva do paradigma construtivista ou se têm outros valores mais relevantes para um modelo
Questão	10) A análise das contas prestadas pelo governador e prefeitos deverão abranger análises das políticas públicas? De que forma?
Objetivos	O objetivo é identificar como os gestores analisam as políticas públicas no contexto das contas públicas.

APÊNDICE C - Questionário encaminhado aos conselheiros do TCE/SC

Questões propostas

Questionário destinado ao conhecimento da perspectiva interna do TCE/SC em relação: (1) ao que se deseja; (2) como evoluir a partir da forma de atuação atual em relação ao processo decisório no contexto de avaliação de desempenho de políticas públicas:

Questão	1) Na percepção do Conselheiro qual a importância do TCE/SC atuar incrementando o foco na avaliação de desempenho de políticas públicas? 1.a) Os trabalhos atuais atendem uma atuação com foco a avaliação de desempenho de políticas públicas? Por que? 1.b) Na sua avaliação o que deveria ser feito ou melhorado nos trabalhos com esse objetivo?
Objetivos	- O termo “políticas públicas” está sendo empregado no sentido de atuação com foco no atingimento dos resultados finalísticos da atuação governamental; - Compreender se os conselheiros entendem que já existe um trabalho em desenvolvimento e o nível de adequação às expectativas ou quais aspectos deveriam ser levados em consideração no desenvolvimento de um projeto dessa natureza
Questão	2) Quais diretorias deveriam ser envolvidas num trabalho com foco na avaliação de desempenho de políticas públicas? 2.a) Seria possível descrever o papel de cada uma das diretorias que teriam esta atribuição?
Objetivos	- Compreender dentro das atribuições das diretorias técnicas, quais deveriam ser envolvidas em uma atuação com foco na avaliação de desempenho de políticas públicas
Questão	3) Na percepção do Conselheiro como deveria ser o processo decisório em relação à definição da atuação com foco no desempenho de políticas públicas? 3.a) Quem seriam os principais decisores em processos de atuação direcionados para avaliação de desempenho de políticas públicas? 3.b) Considerando a limitação de recursos humanos, as inúmeras políticas públicas e jurisdicionados, como deveria ocorrer o processo de escolha do objeto de atuação?
Objetivos	- Compreender aspectos desejados na visão dos conselheiros em relação ao processo decisório do objeto de atuação.
Questão	4) Na opinião do conselheiro, seria importante a participação de outros atores da sociedade na formatação de modelos decisórios para atuação com foco na avaliação de desempenho de políticas públicas? Como poderia ser essa participação?
Objetivos	- Compreender a necessidade de inclusão de outros atores da sociedade na formação do processo decisório
Questão	5) Qual impacto se pretende nos julgamentos ou pareceres prévios a partir de uma atuação com maior foco na análise de desempenho de políticas públicas?
Objetivos	- Compreender como uma atuação direcionada para o desempenho de políticas públicas impactaria os julgamentos

**APÊNDICE D - Agrupamento dos Elementos Primários de Avaliação em áreas de
preocupação - Dimensão Estrutura**

Áreas de Preocupação (agrupamento de EPAs)	Quantidade de EPAs
1 - ESTRUTURA	377
1.1 - INSTALAÇÕES FÍSICAS	66
1.1.1 - Acesso e Acessibilidade (I.4)	26
1.1.1.1 - Sinalização (I.4.1)	4
<i>Totem externo conforme recomendação do MS (I.4.1.1)</i> <i>Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (I.4.1.2)</i> <i>Faixa na parede da entrada da unidade de saúde (I.4.1.3)</i> <i>Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde (I.4.1.4)</i>	
1.1.1.2 - Mobilidade (I.4.2)	7
<i>Entrada externa adaptada para cadeira de rodas (I.4.2.1)</i> <i>Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc.) (I.4.2.2)</i> <i>Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas (I.4.2.3)</i> <i>Piso tátil para acesso as dependências da unidade (I.4.2.4)</i> <i>Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas (I.4.2.5)</i> <i>Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário (I.4.2.6)</i> <i>Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro) (I.4.2.7)</i>	
1.1.1.3 - Informações para os Usuários (I.4.3)	5
<i>O horário de funcionamento da unidade de saúde (I.4.3.1)</i> <i>A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (I.4.3.2)</i> <i>A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho (I.4.3.3)</i> <i>O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde (I.4.3.4)</i> <i>Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco). (I.4.3.5)</i>	
1.1.1.4 - Período de Atendimento aos Usuários	10
1.1.1.4.1 - Atendimento Semanal	6
1.1.1.4.1.1 - Segunda a sexta	5
Segunda (I.4.5.1) Terça (I.4.5.2) Quarta (I.4.5.3) Quinta (I.4.5.4) Sexta (I.4.5.5)	
1.1.1.4.1.2 - Carga horária de Atendimento (40h semanais)	1
Obtido a partir da diferença das informações dos horários de abertura e fechamento dos indicadores I.4.5.1, I.4.5.2, I.4.5.3, I.4.5.4 e I.4.5.5	
1.1.1.4.2 - Finais de semana	2
Sábado (I.4.5.6) Domingo (I.4.5.7)	
1.1.1.4.3 - Atendimento no horário do almoço (I.4.6)	1
Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço? (I.4.6)	

1.1.1.4.4 - Atendimento em horário ampliado - entre 18h e 22h00 (I.4.5.X)	1
Obtido a partir da diferença das informações dos horários de fechamento contidos nos indicadores I.4.5.1, I.4.5.2, I.4.5.3, I.4.5.4 e I.4.5.5 (Fechamento posterior às 18h00)	
1.1.2 - Infraestrutura e Ambiência (I.6)	37
1.1.2.1 - Espaços Físicos Disponíveis (I.6.X)	29
<i>Sanitário para os usuários (I.6.1.1)</i> <i>Sanitário para pessoa com deficiência (I.6.1.2)</i> <i>Banheiro para funcionários (I.6.1.3)</i> <i>Vestiário para funcionários (I.6.1.4)</i> <i>Sala exclusiva para recepção/espera (I.6.1.5)</i> <i>Sala exclusiva de vacina (I.6.1.6)</i> <i>Consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador (I.6.3.1)</i> <i>Consultórios clínicos com computador sem internet (I.6.3.2)</i> <i>Consultórios clínicos com computador conectados à internet (I.6.3.3)</i> <i>Consultórios clínicos com sanitário anexo (I.6.3.4)</i> <i>Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva (I.6.3.5)</i> <i>Sala exclusiva para coleta de material para exames (I.6.3.6)</i> <i>Sala exclusiva para curativo (I.6.3.7)</i> <i>Sala exclusiva para procedimentos (I.6.3.8)</i> <i>Sala exclusiva para observação (curta duração) (I.6.3.9)</i> <i>Banheiro na sala de observação (I.6.3.1)</i> <i>Sala exclusiva para administração e gerência (I.6.3.1)</i> <i>Sala exclusiva para atividades coletivas (I.6.3.1)</i> <i>Sala exclusiva para os ACS (I.6.3.1)</i> <i>Local exclusivo para almoxarifado (I.6.3.1)</i> <i>Local exclusivo para copa (I.6.3.1)</i> <i>Local exclusivo para expurgo (I.6.3.1)</i> <i>Sala exclusiva para esterilização/estocagem de material esterilizado (I.6.3.1)</i> <i>Local exclusivo para depósito de material de limpeza (DML) (I.6.3.1)</i> <i>Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos (I.6.3.1)</i> <i>Local exclusivo para depósito de resíduos comuns (I.6.3.2)</i> <i>Local exclusivo para depósito de resíduos contaminados (I.6.3.2)</i> <i>Local exclusivo para depósito de resíduos recicláveis (I.6.3.2)</i> <i>Área externa para embarque e desembarque de ambulância (I.6.3.2)</i>	
1.1.2.2 - Salubridade (I.6.4)	8
<i>Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização (I.6.4.1)</i> <i>Os ambientes são bem iluminados (I.6.4.2)</i> <i>Os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis (I.6.4.3)</i> <i>A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno (I.6.4.4)</i> <i>Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário (I.6.4.5)</i> <i>Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza (I.6.4.6)</i> <i>A sala de espera está em boas condições de limpeza (I.6.4.7)</i> <i>A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem (I.6.4.8)</i>	
1.1.3 - Reforma e Ampliação (I.5)	3
Esta unidade está funcionando em local provisório? (I.5.1) A UBS está em reforma? (I.5.2) A UBS está em ampliação? (I.5.3)	

1.2 – EQUIPAMENTOS	55
1.2.1 - Equipamentos de T.I. e Telessaúde (I.7)	13
Quantos computadores em condições de uso em toda UBS? (I.7.1) Quantas câmeras (web cam) em condições de uso? (I.7.2) Quantas caixas de som em condições de uso? (I.7.3) Quantos microfones para computador em condições de uso? (I.7.4) Quantas impressoras em condições de uso? (I.7.5) Quantas televisões em condições de uso? (I.7.6) Quantos datashow em condições de uso? (I.7.7) Quantos equipamentos de teleconferência em condições de uso? (I.7.8) Existe acesso à internet nesta unidade? (I.7.9) Quantos computadores com acesso a internet em toda UBS? (I.7.9.1) A conexão de internet disponível é suficiente para a realização das atividades? (I.7.9.2) Existe telefone funcionando na UBS? (I.7.10) Existe tablet disponível para utilização dos profissionais da equipe? (I.7.11)	
1.2.2 - Equipamentos Clínicos (I.8)	42
Quantos microscópios em condições de uso? (I.8.1) Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso? (I.8.2) Quantos aparelhos de pressão adulto com braçadeira para obeso em condições de uso? (I.8.3) Quantos aparelhos de pressão infantil em condições de uso? (I.8.4) Quantos estetoscópios adulto em condições de uso? (I.8.5) Quantos estetoscópios infantil em condições de uso? (I.8.6) Quantos aparelhos de nebulização em condições de uso? (I.8.7) Quantas saídas de ar comprimido em condições de uso? (I.8.8) Quantas balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso? (I.8.9) Quantas balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso? (I.8.10) Quantas balanças infantis em condições de uso? (I.8.11) Quantas réguas antropométricas adulto em condições de uso? (I.8.12) Quantas réguas antropométricas infantil em condições de uso? (I.8.13) Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso? (I.8.14) Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso? (I.8.15) Quantas macas/mesa para exame clínico em condições de uso? (I.8.16) Quantos sonares/detector fetal em condições de uso? (I.8.17) Quantos pinards em condições de uso? (I.8.18) Quantas câmaras refrigeradas exclusivas para vacina em condições de uso? (I.8.19) Quantas geladeiras exclusivas para vacina em condições de uso? (I.8.20) Quantos termômetros de cabo extensor em condições de uso? (I.8.21) Quantas geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso? (I.8.22) Quantos suportes de soro em condições de uso? (I.8.23) Quantos aparelhos de eletrocardiograma em condições de uso? (I.8.24) Quantas autoclaves em condições de uso? (I.8.25) Quantos glicosímetros em condições de uso? (I.8.26) Quantos termômetros clínicos em condições de uso? (I.8.27) Quantas lanternas Clínicas em condições de uso? (I.8.28) Quantos otoscópios em condições de uso? (I.8.29) Quantos oftalmoscópios em condições de uso? (I.8.30)	

Quanto kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso? (I.8.31) Quanto kits para teste de Snellen (triagem oftalmológica) em condições de uso? (I.8.32) Quanto goniômetros (para medir amplitude de movimento) em condições de uso? (I.8.33) Quanto faixas elásticas (para exercícios físicos) em condições de uso? (I.8.34) Quanto martelos de reflexos em condições de uso? (I.8.35) Quanto trenas/fitas antropométricas (maleáveis) em condições de uso? (I.8.36) Quanto rolos de posicionamento (para exercícios/fisioterapia) em condições de uso? (I.8.37) Quanto tornoeleiras em condições de uso? (I.8.38) Quanto halteres em condições de uso? (I.8.39) Quanto colchonetes (para exercícios físicos) em condições de uso? (I.8.40) Quanto TENS/FES (para fisioterapia) em condições de uso? (I.8.41) Quanto ultrassom (para fisioterapia) em condições de uso? (I.8.42)	
1.3 - MATERIAIS	241
1.3.1 - Material Impresso/Cadernetas (I.9)	5
Caderneta de Saúde da Criança sempre disponível (I.9.1) Caderneta da Gestante sempre disponível (I.9.2) Caderneta do Adolescente sempre disponível (I.9.3) Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível (I.9.4) Cartão/comprovante de vacinação sempre disponível (I.9.5)	
1.3.2 - Imunobiológicos/Vacinas (I.10)	19
Esta unidade oferta/faz vacinação? (I.10.0) Esta unidade oferta regularmente vacinação (ex: todos os dias da semana ou quase todos os dias)? (I.10.1) BCG-ID sempre disponível (I.10.2) Dupla tipo adulto - dT sempre disponível (I.10.3) dTpa sempre disponível (I.10.4) Febre amarela sempre disponível (I.10.5) Influenza sazonal (I.10.6) Hepatite B sempre disponível (I.10.7) Hepatite A sempre disponível (I.10.8) HPV sempre disponível (I.10.9) Meningocócica C sempre disponível (I.10.10) Poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) (VOP) sempre disponível (I.10.11) Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP) sempre disponível (I.10.12) Pneumocócica 10 sempre disponível (I.10.13) Tríplice viral sempre disponível (I.10.14) Tríplice bacteriana sempre disponível (I.10.15) Tetra Viral sempre disponível (I.10.16) Pentavalente sempre disponível (I.10.17) Vacina oral de rotavírus humano sempre disponível (I.10.18)	
1.3.3 - Testes e Diagnósticos (I.11)	7
Teste rápido de sífilis sempre disponível (I.11.1) Teste rápido de gravidez sempre disponível (I.11.2) Teste rápido de HIV sempre disponível (I.11.3) Teste rápido de hepatite B sempre disponível (I.11.4) Teste rápido de hepatite C sempre disponível (I.11.5) Teste rápido de malária sempre disponível (I.11.6)	

Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa) sempre disponível (I.11.7)	
1.3.4 - Insumos	88
1.3.4.1 - Gerais (I.12)	23
Seringas descartáveis com agulha acoplada sempre disponível (I.12.3) Seringas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível (I.12.4) Agulhas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível (I.12.5) Tiras reagentes de medida de glicemia capilar sempre disponível (I.12.6) Recipientes duros para descarte de perfurocortantes sempre disponível (I.12.7) Equipo de soro macrogotas sempre disponível (I.12.8) Equipo de soro microgotas sempre disponível (I.12.9) Gaze sempre disponível (I.12.10) Ataduras sempre disponível (I.12.11) Esparadrapo/fita micropore sempre disponível (I.12.12) Dispositivo Intra-Uterino - DIU sempre disponível (I.12.13) Fita métrica sempre disponível (I.12.14) Espéculo descartável sempre disponível (I.12.15) Espátula de Ayres sempre disponível (I.12.16) Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível (I.12.17) Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível (I.12.18) Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível (I.12.19) Abaixador de língua sempre disponível (I.12.20) Escovinha endocervical sempre disponível (I.12.21) Caixas térmicas para vacinas sempre disponível (I.12.22) Preservativo masculino (camisinha) sempre disponível (I.12.23) Preservativo feminino sempre disponível (I.12.24) Cateter para punção periférica tipo Scalp sempre disponível (I.12.25)	
1.3.4.2 - Práticas Integrativas (I.13)	6
A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa? (I.13.1) Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis (I.13.2) Copos de ventosa sempre disponíveis (I.13.3) Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis (I.13.4) Moxa (carvão e/ou artemísia) sempre disponíveis (I.13.5) Sementes ou cristais para auriculoterapia sempre disponíveis (I.13.6)	
1.3.4.3 - Urgência e Emergência (I.14)	59
A unidade possui insumos para atendimento de urgência? (I.14.0) Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)? (I.14.0.1) Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml (I.14.1) Equipos para soro simples (I.14.2) Conexões de duas vias (I.14.3) Garrote (I.14.4) Rolo de esparadrapo comum (I.14.5) Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g (I.14.6) Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g (I.14.7) Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g (I.14.8) Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g (I.14.9) Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g (I.14.10) Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g (I.14.11) Seringas de 10 ml sem agulha (I.14.12)	

Agulhas 40 x 12 (I.14.13)
Seringas de 5 ml sem agulha (I.14.14)
Ampolas de água destilada de 10 ml (I.14.15)
Pacotes de gases estéreis (I.14.16)
Torpedo/cilindro de oxigênio de 1 m³, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone (I.14.17)
Maleta ou mala ou equivalente para armazenar os insumos de urgência (I.14.18)
Caixa organizadora para armazenar os insumos de urgência (I.14.19)
Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal (I.14.20)
Oxímetro de pulso (I.14.21)
Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU) (I.14.22)
Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU) (I.14.23)
Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU) (I.14.24)
Máscaras de nebulização adulta (I.14.25)
Máscaras de nebulização pediátrica (I.14.26)
Cateteres para oxigênio tipo óculos (I.14.27)
Aparelho para nebulização (I.14.28)
Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis (I.14.29)
Colar cervical adulto (I.14.30)
Colar cervical infantil (I.14.31)
Ampolas de adrenalina/epinefrina (I.14.32)
Ampolas de atropina (I.14.33)
Frasco de hidrocortisona de 100 mg (I.14.34)
Frasco de hidrocortisona de 500 mg (I.14.35)
Ampolas de glicose 50% (I.14.36)
Ampolas de soro fisiológico 0,9% (I.14.37)
Frascos de soro fisiológico 0,9% (I.14.38)
Frascos de soro glicosado 5% (I.14.39)
Frascos/ampolas de prometazina (I.14.40)
Ampolas de diazepam (I.14.41)
Ampola de haloperidol (I.14.42)
Frasco de ipratrópio (I.14.43)
Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual ou injetável (I.14.44)
Cartela de ácido acetilsalicílico (I.14.45)
Comprimidos de tiamina (I.14.46)
Medicamentos anti-hipertensivos (I.14.47)
Medicamentos hipoglicemiantes (I.14.48)
Medicamentos insulina (I.14.49)
Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria unidade nos casos de pneumonia em crianças) (I.14.50)
Analgésicos (enteral e/ou parenteral) (I.14.51)
Antitêrmicos (enteral e/ou parenteral) (I.14.52)
Furosemida injetável (I.14.53)
Máscaras descartáveis (I.14.54)
Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis (I.14.55)
Óculos de proteção (I.14.56)
Avental (I.14.57)

1.3.5 - Medicamentos Farmácia Básica (I.15)	122
<i>1.3.5.1 - A dispensação de medicamentos é realizada na unidade? (I.15.1)</i>	1
<i>1.3.5.2 - Estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos</i>	6
Área para dispensação de medicamentos (I.6.2.1) Área para fracionamento (I.6.2.2) Área para seguimento farmacoterapêutico (I.6.2.3) Área para estocagem de medicamentos (I.6.2.4) Os medicamentos estão armazenados e acondicionados de forma adequada (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)? (I.6.2.6) Existem quantos computadores, em condição de uso, na Farmácia? (I.6.2.7)	
<i>1.3.5.3 - Disponibilidade de Medicamentos</i>	115
1.3.5.3.1 - Possui Sais para Reidratação Oral em quantidade suficiente? (I.15.2)	1
1.3.5.3.2 - Medicamentos antiparasitários (I.15.3)	6
1.3.5.3.3 - Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais (I.15.4)	5
1.3.5.3.4 - Medicamentos antiasmáticos (I.15.5)	6
1.3.5.3.5 - Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais (I.15.6)	7
1.3.5.3.6 - Medicamentos anti-hipertensivos, medicamentos de ação cardiovascular e deslipidêmicos (I.15.7)	19
1.3.5.3.7 - Medicamentos antidiabéticos (I.15.8)	4
1.3.5.3.8 - Medicamentos antibióticos e antifúngicos (I.15.9)	21
1.3.5.3.9 - Medicamentos analgésicos/antipiréticos (I.15.10)	3
1.3.5.3.10 - Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção de osteoporose (I.15.11)	2
1.3.5.3.11 - Medicamentos antiácidos/antieméticos/antissecretores (I.15.12)	4
1.3.5.3.12 - Medicamentos antiparkinsoniano (I.15.13)	2
1.3.5.3.13 - Medicamentos tireodiano (I.15.14)	1
1.3.5.3.14 - Medicamentos glaucomatosos (I.15.15)	1
1.3.5.3.15 - Medicamentos fitoterápicos (I.15.16)	5
1.3.5.3.16 - Sobre Medicamento Fitoterápico Industrializado (I.15.17)	12
1.3.5.3.17 - Medicamentos Homeopáticos (I.15.18)	1
1.3.5.3.18 - Medicamentos anticonvulsivantes/antidepressivos /antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos (I.15.19)	15
1.4 - RECURSOS HUMANOS	15
1.4.1 – Adequação Quantitativa das Equipes AB	2
1.4.1.1 - Inexistência de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe (II.6.3)	1
1.4.1.2 - Existência de diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor equipes multidisciplinares (antigo NASF) (IV.3.5)	1
1.4.2 – Gerência da UBS	3
1.4.2.1 – Existência de pessoa responsável pela gerência da unidade (I.3.3)	1
1.4.2.2 - Profissional com dedicação exclusiva para gerência (I.3.4)	1
1.4.2.3 - Profissional responsável pela gerência com graduação na área da saúde (I.3.5)	1

1.4.3 – Capacitação	10
<i>1.4.3.1 - Promoção de programas de educação permanente com participação das equipes</i>	5
Programas de educação permanente promovidas pela gestão municipal (II.4.1.1) Programas de educação permanente promovidas pela gestão estadual (II.4.1.2) Programas de educação permanente promovidas pela própria equipe ou Unidade de Saúde (II.4.1.3) Programas de educação permanente promovidas por outra equipe ou Unidade de Saúde (II.4.1.4) Programas de educação permanente promovidas por universidades (II.4.1.5)	
<i>1.4.3.2 - As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe (II.4.4)</i>	1
<i>1.4.3.3 - Equipes multidisciplinares (antigo NASF)</i>	4
<i>1.4.3.3.1 - A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais multidisciplinares para atuarem na Atenção Básica (IV.4.4)</i>	1
<i>1.4.3.3.2 - Profissionais participam da escolha do tema de educação permanente</i>	3
Profissionais da Equipe de Atenção Básica (IV.4.3.1) Profissionais do NASF (IV.4.3.2) Gestão municipal (IV.4.3.3)	

**APÊNDICE E - Agrupamento dos Elementos Primários de Avaliação em áreas de
preocupação - Dimensão Processos**

Áreas de Preocupação (agrupamento de EPAs)	Quantidade de EPAs
2 - PROCESSOS	289
2.1 - ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	25
2.1.1 - Territorialização e Planejamento das Equipes	8
Existe definição da área de abrangência da equipe (II.6.1) A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade) (II.6.2) A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe (II.6.6) A sua equipe realiza reunião de equipe (II.8.1) A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações (II.8.3) A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde (II.8.5) 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 (II.8.9) A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência (II.8.11)	
2.1.2 - Atendimento por Agendamento	10
Presencialmente na unidade (II.9.1.1) Por telefone (II.9.1.2) Por redes sociais (Facebook, whatsapp, etc) (II.9.1.3) Por site ou aplicativo específico para agendamento de consulta (II.9.1.4) A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior. (II.9.2.1) A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário (II.9.2.2) A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente) (II.9.2.3) É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio) (II.9.2.4) No dia da consulta NÃO É PRECISO FICAR NA FILA e pegar senha para o atendimento (II.9.2.5) O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia? (II.9.3)	
2.1.3 - Atendimento da Demanda Espontânea	7
A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses (II.9.4) A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade (II.10.1) A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade (II.10.4.3) A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento (II.10.6) Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários (II.10.7) O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário (II.10.8) A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário (II.10.10)	

2.2 - PRONTUÁRIOS / INTEGRAÇÃO E COMUNICAÇÃO	19
2.2.1 - Organização dos Prontuários	6
Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares (II.7.1) Fichas em papel (II.7.2.1) Prontuário eletrônico (II.7.2.2) Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP) (II.7.4) Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico (II.7.5) Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida (II.7.6)	
2.2.2 - Comunicação entre os profissionais da saúde ou com outras áreas	9
A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos (II.3.1) Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada (II.12.3) Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados (II.12.4) Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica (II.12.5) A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar) (II.16.7) 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 (II.17.9) A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção (II.17.10) A equipe identifica famílias elegíveis e encaminha para cadastramento no Programa Bolsa Família (II.30.1) A equipe registra os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (II.30.2)	
2.2.3 - Atuação da Central de Regulação	4
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção (II.12.7) Marcação de consulta especializada (II.12.8.1) Marcação de exames (II.12.8.2) Marcação de leitos (II.12.8.3)	
2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	238
2.3.1 – Utilização do Telessaúde	6
A sua equipe utiliza o Telessaúde (II.5.1) Segunda opinião formativa (II.5.3.1) Telediagnóstico (II.5.3.2) Teleconsultoria (II.5.3.3) Tele-educação (II.5.3.4) Essas ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe (II.5.4)	
2.3.2 – Exames	75
A equipe coleta exames na unidade (II.11.1) Exames de sangue (II.11.2.1) Urina (II.11.2.2)	

Fezes (II.11.2.3)
 Eletrocardiograma (II.11.2.4)
 ABO RH (II.12.1.1)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
 (II.12.1.1.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.1.1/1)
 Coombs indireto (II.12.1.2)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?
 (II.12.1.2.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.2.1/1)
 Dosagem de hemoglobina e hematócrito (II.12.1.3)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.3.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.3.1/1)
 Glicemia de jejum (II.12.1.4)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.4.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.4.1/1)
 Tolerância à glicose (teste oral) (II.12.1.5)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.5.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.5.1/1)
 Sorologia para HIV (II.12.1.6)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.6.1)
 (respostas contadas quando a oferta ocorre no município)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.6.1/1)
 Sorologia para sífilis (VDRL) (II.12.1.7)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.7.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.7.1/1)
 Sorologia para hepatite B (II.12.1.8)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.8.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.8.1/1)
 Sorológico para toxoplasmose (II.12.1.9)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.1.9.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.9.1/1)
 Exame de ultrassonografia obstétrica (II.12.1.10)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde
 (II.12.1.10.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.10.1/1)
 Sumário de urina (urina tipo I) (II.12.1.11)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde
 (II.12.1.11.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.11.1/1)
 Urocultura (II.12.1.12)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde
 (II.12.1.12.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.1.12.1/1)
 Nenhuma das anteriores (II.12.1.13)
 Baciloscopia para tuberculose (II.12.2.1)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.1.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.1.1/1)
 Baciloscopia para hanseníase (II.12.2.2)
 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.2.1)
 O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.2.1/1)
 Glicemia de jejum (II.12.2.3)

Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.3.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.3.1/1) Creatinina (II.12.2.4) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.4.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.4.1/1) Ecocardiograma (II.12.2.5) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.5.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.5.1/1) Eletrocardiograma (II.12.2.6) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.6.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.6.1/1) Hemoglobina glicosilada (II.12.2.7) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.7.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.7.1/1) Mamografia (II.12.2.8) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.8.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.8.1/1) Perfil lipídico (II.12.2.9) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.9.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.9.1/1) Radiografia de tórax (tuberculose) (II.12.2.10) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.10.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.10.1/1) Teste de Sensibilidade (Antibiograma) (II.12.2.11) Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde (II.12.2.11.1) O acesso ao exame é satisfatório (II.12.2.11.1/1)	
2.3.3 – Procedimentos de Atenção Básica	13
Drenagem de abscesso (II.11.3.1) Sutura de ferimentos (II.11.3.2) Retirada de pontos (II.11.3.3) Lavagem de ouvido (II.11.3.4) Extração de unha (II.11.3.5) Nebulização/inalação (II.11.3.6) Curativos (II.11.3.7) Medicações injetáveis intramusculares (II.11.3.8) Medicações injetáveis endovenosas (II.11.3.9) Inserção de DIU (II.11.3.10) A equipe inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS? (II.22.10) A equipe realiza a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na unidade, quando necessário? (II.22.11) A equipe solicita o hemograma com contagem de plaquetas para o paciente com suspeita de Dengue, de acordo com o protocolo de manejo clínico? (II.22.12)	
2.3.4 – Atenção à Saúde	140
2.3.4.1 – Da Mulher	6
<i>A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde (II.14.1)</i> <i>A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados (II.14.3)</i> <i>A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado (II.14.4)</i>	

<i>A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada (II.14.7)</i> <i>A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico (II.14.8)</i> <i>A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde (II.14.9)</i>	
2.3.4.2 – Da Gestante e puérpera	18
<i>A equipe realiza consulta de pré-natal (II.15.1)</i> <i>A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias (II.15.2)</i> <i>A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes (II.15.3)</i> <i>A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (II.15.4)</i> <i>A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território (II.15.5)</i> <i>A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco (II.15.6)</i> <i>A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes (II.15.7)</i> <i>Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade (II.15.8)</i> <i>Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante (II.15.9.1)</i> <i>Consulta odontológica da gestante (II.15.9.2)</i> <i>Vacinação em dia da gestante (II.15.9.3)</i> <i>Coleta de exame citopatológico realizada na gestante (II.15.9.4)</i> <i>A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano (II.15.10)</i> <i>É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe (II.15.11)</i> <i>Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher (II.15.12.1)</i> <i>Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde (II.15.12.2)</i> <i>Consulta em horário especial em qualquer dia da semana (II.15.12.3)</i> <i>É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde (II.15.13)</i>	
2.3.4.3 – Das Crianças	18
<i>A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento) (II.16.1)</i> <i>A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos (II.16.2)</i> <i>A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território (II.16.3)</i> <i>A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento (II.16.4)</i> <i>Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade (II.16.5)</i> <i>Acompanhamento da Vacinação em dia (II.16.6.1)</i> <i>Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento (II.16.6.2)</i> <i>Acompanhamento do Estado nutricional (II.16.6.3)</i> <i>Acompanhamento do Teste do pezinho (II.16.6.4)</i> <i>Acompanhamento de Violência familiar (II.16.6.5)</i> <i>Acompanhamento de Acidentes (II.16.6.6)</i> <i>Busca ativa de crianças Prematuras (II.16.8.1)</i> <i>Busca ativa de crianças com baixo peso (II.16.8.2)</i> <i>Busca ativa de crianças com consulta de puericultura atrasada (II.16.8.3)</i>	

<i>Busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado (II.16.8.4)</i> <i>A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses (II.16.9)</i> <i>A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança (II.16.10)</i> <i>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) (II.16.11)</i>	
2.3.4.4 – Detecção e Acompanhamento de Comorbidades	25
<i>A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão? (II.17.1)</i> <i>A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão? (II.17.3)</i> <i>A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos? (II.17.4)</i> <i>A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica? (II.17.5)</i> <i>A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca? (II.17.6)</i> <i>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? (II.17.7)</i> <i>A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade? (II.17.8)</i> <i>A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes? (II.18.1)</i> <i>A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes? (II.18.3)</i> <i>A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade? (II.18.4)</i> <i>A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus? (II.18.5)</i> <i>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? (II.18.6)</i> <i>A equipe possui o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção? (II.18.7)</i> <i>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 (II.18.8)</i> <i>A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários? (II.18.9)</i> <i>A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente? (II.18.10)</i> <i>A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos (II.19.1)</i> <i>Após a identificação de usuário com obesidade (IMC $\geq$ 30 kg/m²), a equipe realiza alguma ação? (II.19.2)</i> <i>Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS (II.19.3.1)</i> <i>Oferta ações voltadas à atividade física (II.19.3.2)</i> <i>Oferta ações voltadas à alimentação saudável (II.19.3.3)</i> <i>Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS (II.19.3.4)</i> <i>Encaminha para serviço especializado (II.19.3.5)</i> <i>Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso (II.19.3.6)</i>	

<i>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 (II.22.9)</i>	
2.3.4.5 – Dos Dependentes Químicos e sofrimento psíquico	6
<i>Consultas para Usuários em sofrimento psíquico (II.23.1.1)</i> <i>Consultas para Usuários de crack, álcool e outras drogas (II.23.1.2)</i> <i>Consultas para Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor (II.23.1.3)</i> <i>Possui registros de Usuários em sofrimento psíquico (II.23.2.1)</i> <i>Possui registros de Usuários de crack, álcool e outras drogas (II.23.2.2)</i> <i>Possui registros de Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor (II.23.2.3)</i>	
2.3.5 – Vigilância em Saúde	4
A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários de tuberculose (II.20.1) A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase (II.21.1) No último ano foi realizada alguma ação para combate ao Aedes aegypti no território (II.22.1) A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território?(II.22.7)	
2.4 - GOVERNANÇA	7
2.4.1 – Gestão de Pessoas	6
2.4.1.1 – Incentivo à carreira	5
Existência de plano de carreira (II.2.0.6) Previsão de progressão por antiguidade (II.2.0.7) Previsão de progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito) (II.2.0.8) Previsão de progressão por titulação e formação profissional (II.2.0.9) Previsão de incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho (II.2.0.10)	
2.4.1.2 – Vínculo de longo prazo	1
Qual o seu tipo de vínculo? - SERVIDOR ESTATUTÁRIO (II.2.0.3)	
2.4.2 – Gestão de Compras e Contratos	I.N.D
Percentual de despesas por Processo Licitatório (Modalidades tomadas de preços e concorrências) Percentual de despesas por pregão (presencial ou eletrônico) Percentual de despesas por Processo Licitatório (Modalidade convite) Percentual de despesas por dispensa ou inexigibilidade de licitação	
2.4.3 – Gestão Orçamentária e Financeira	1
Alocação de recursos (gasto per capita) Segregação de funções entre contabilidade e tesouraria (I.N.D) Realização de procedimento de auditoria interna na saúde para verificação do pagamento de todas as despesas liquidadas (I.N.D) Realização de procedimento de auditoria interna na saúde para verificação da aderência dos registros contábeis com as movimentações bancárias (I.N.D) Realização de procedimento de auditoria interna na saúde para verificação da consistência da folha de pagamento comparativamente ao quadro funcional (I.N.D) Realização de procedimento de auditoria interna na saúde para verificação da existência de registro de ponto e cumprimento de jornada laboral (I.N.D)	
2.4.4 – Atuação dos Conselhos de Saúde	I.N.D
Quantidade de reuniões realizadas no ano analisado Existência de atas das reuniões	

Composição do conselho com profissionais com experiência profissional na saúde Membros do conselho com conhecimentos de gestão orçamentária e financeira Quantidade de procedimentos in loco realizados pelos membros do conselho para avaliação das unidades
--

I.N.D = Informações Não Disponíveis no momento para construção de indicadores (algumas possibilidades estão apresentadas para fomentar discussões no TCE/SC)

APÊNDICE F - Agrupamento dos Elementos Primários de Avaliação em áreas de preocupação - Dimensão Resultados

Áreas de Preocupação (agrupamento de EPAs)	Quantidade de EPAs
3 - RESULTADOS	38
3.1 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	26
3.1.1 - Acesso aos serviços	5
O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)? (III.4.5) A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS? (III.6.2) Como o(a) senhor(a) avalia a forma de marcação de consulta? (III.6.3) - bom ou Muito Bom Tempo médio de espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o médico nesta unidade - MÁXIMO 7 DIAS (III.6.6) Tempo médio de espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o enfermeiro nesta unidade - MÁXIMO DE 7 DIAS (III.6.7)	
3.1.2 - Qualidade das Consultas	20
Tempo espera nas consultas entre a chegada na unidade e o atendimento (Tempo menor que 30 minutos) Examinam seu corpo (ex: perna, barriga, garganta, etc)? (III.8.2.1) São claros em suas orientações e explicações? (III.8.2.2) Demonstram atenção enquanto o(a) senhor(a) fala? (III.8.2.3) Respeitam o(a) senhor(a) (III.8.2.4) Além da sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (por exemplo: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)? (III.8.3) Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar? (III.8.4) Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes? (III.8.5) Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou tirar dúvidas com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu? (III.8.6) Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou buscar ou mostrar resultados de exames com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu? (III.8.7) Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento? (III.8.8) Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas? (III.8.9) Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas? (III.8.10) Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) cirurgião-dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas? (III.8.11) Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) médico(a)? (III.8.12) Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) enfermeiro(a)? (III.8.13) Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) cirurgião(ã)-dentista? (III.8.14) Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? (III.8.15) As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades? (III.8.16) O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião? (III.8.17)	
3.1.3 - Visita Domiciliar	1
O(A) senhor(a) recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua casa? (III.10.1)	
3.2 - INDICADORES DE DESEMPENHO (PREVINE BRASIL) FONTE SISAB	7
3.2.1 - Pré-Natal	3

<i>Proporção de Gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação</i>	
<i>Proporção de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV</i>	
<i>Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado</i>	
3.2.2 - Saúde da Mulher	1
<i>Cobertura Citopatológico (%)</i>	
3.2.3 - Saúde da Criança	1
<i>Cobertura Polio e Penta (%)</i>	
3.2.4 - Doenças Crônicas	2
<i>Hipertensão (PA Aferida) (%)</i>	
<i>Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)</i>	
3.3 - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA / PLANO ESTADUAL (https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-das-deliberacoes-2019/15603-anexo-deliberacao-120-2019-indicadores-metas-2019)	5
3.3.1 - Saúde da Mulher	3
3.3.1.1 - % Óbitos M.I.F. (Mulheres em idade fértil) investigados (Ind. 2)	
3.3.1.2 - Razão mamografias (Ind. 12)	
3.3.1.3. - % Parto Normal (Ind. 13)	
3.3.2 - Cobertura	
3.3.2.1 - Cob. Pop. equip. SF-AB - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (Ind. 17)	1
3.3.2.2 - Cob Acompanhamento Bolsa Família Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (Ind. 18)	1

APÊNDICE G – Desenvolvimento dos Conceitos

PVF/PVE	EPAs	Polo Presente	Polo Oposto
I.4.1 - Sinalização			
	I.4.1.1 Totem externo conforme recomendação do MS	Possuir uma programação visual padronizada das UBS/USF em atendimento à PRT 2.838/2011 e Portaria Consolidação nº 1 do SUS	Prejuízo na padronização visual repercutindo na percepção de qualidade e confusão nos potenciais usuários
	I.4.1.2 Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização		
	I.4.1.3 Faixa na parede da entrada da unidade de saúde		
	I.4.1.4 Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde		
I.4.2 - Mobilidade			
	I.4.2.1 Entrada externa adaptada para cadeira de rodas	Atender as normas gerais e critérios para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e o Estatuto do Idoso (Cumprindo a Lei 10.098/2000; do Decreto 5.296/2004; Lei 10.741/2003)	O descumprimento dos requisitos de mobilidade prejudica o acesso aos serviços de usuários com limitação motora (ferindo princípio da equidade)
	I.4.2.2 Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc.)		
	I.4.2.3 Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas		
	I.4.2.4 Piso tátil para acesso as dependências da unidade		
	I.4.2.5 Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas		
	I.4.2.6 Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário		
	I.4.2.7 Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro)		
I.4.3 - Informações para os Usuários			
	I.4.3.1 O horário de funcionamento da unidade de saúde	Cumprimento da PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, §3º (Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. § 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população: I - nome do responsável pelo serviço; II - nomes dos profissionais; III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e IV - ações e procedimentos disponíveis)	Prejuízo na organização dos serviços e atendimento não humanizado, dificultando a compreensão dos usuários sobre os serviços ofertados e profissionais que estão prestando assistência
	I.4.3.2 A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe		
	I.4.3.3 A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho		
	I.4.3.4 O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde		
	I.4.3.5 Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco).		
I.4.5.X - Funcionamento			

	I.4.5.1 Segunda	Atendimento a PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1 (Portaria de Consolidação nº 2) - 3.3 - Funcionamento: Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. Horários ampliados (noturno) ampliam o acesso aos usuários	A limitação dos horários de atendimento prejudica o acesso de usuários (e potenciais usuários) aos serviços
	I.4.5.1.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.1.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.5.2 Terça		
	I.4.5.2.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.2.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.5.3 Quarta		
	I.4.5.3.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.3.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.5.4 Quinta		
	I.4.5.4.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.4.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.5.5 Sexta	Atendimento aos finais de semana ampliando o acesso aos serviços (conforme estudo de avaliação de demanda), podendo ser considerada um política inclusiva, pois muitas pessoas podem ter limitações em decorrência da jornada semanal de trabalho	Limitação de mecanismos inclusivos de acesso, podendo excluir pessoas interessadas nos serviços sem disponibilidade de tempo durante a semana
	I.4.5.5.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.5.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.5.6 Sábado		
	I.4.5.6.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.6.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.5.7 Domingo	Atendimento no horário de almoço ampliando o acesso aos serviços	Limitação do acesso em razão de alguns usuários não terem disponibilidade de tempo
	I.4.5.7.1 Em que horário abre ()		
	I.4.5.7.2 Em que horário fecha ()		
	I.4.6 Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?	Atendimento no horário de almoço ampliando o acesso aos serviços	Limitação do acesso em razão de alguns usuários não terem disponibilidade de tempo
1.1.2 - Infraestrutura e Ambiência (I.6)			
	I.6.1.1 Sanitário para os usuários	Estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem levar	Inadequação da infraestrutura acarreta prejuízo ao trabalho dos profissionais atuantes e o atendimento às diferentes necessidades dos usuários que o
	I.6.1.2 Sanitário para pessoa com deficiência		
	I.6.1.3 Banheiro para funcionários		
	I.6.1.4 Vestiário para funcionários		
	I.6.1.5 Sala exclusiva para recepção/espera		
	I.6.1.6 Sala exclusiva de vacina		

	I.6.3.1 Consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador	em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados, e ainda atender as normas sanitárias para o tipo de estabelecimento (PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 3.1)	estabelecimento objetiva atender
	I.6.3.2 Consultórios clínicos com computador sem internet		
	I.6.3.3 Consultórios clínicos com computador conectados à internet		
	I.6.3.4 Consultórios clínicos com sanitário anexo		
	I.6.3.5 Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva		
	I.6.3.6 Sala exclusiva para coleta de material para exames		
	I.6.3.7 Sala exclusiva para curativo		
	I.6.3.8 Sala exclusiva para procedimentos		
	I.6.3.9 Sala exclusiva para observação (curta duração)		
	I.6.3.10 Banheiro na sala de observação		
	I.6.3.11 Sala exclusiva para administração e gerência		
	I.6.3.12 Sala exclusiva para atividades coletivas		
	I.6.3.13 Sala exclusiva para os ACS		
	I.6.3.14 Local exclusivo para almoxarifado		
	I.6.3.15 Local exclusivo para copa		
	I.6.3.16 Local exclusivo para expurgo		
	I.6.3.17 Sala exclusiva para esterilização/estocagem de material esterilizado		
	I.6.3.18 Local exclusivo para depósito de material de limpeza (DML)		
	I.6.3.19 Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos		
	I.6.3.20 Local exclusivo para depósito de resíduos comuns		
	I.6.3.21 Local exclusivo para depósito de resíduos contaminados		
	I.6.3.22 Local exclusivo para depósito de resíduos recicláveis		
	I.6.3.23 Área externa para embarque e desembarque de ambulância		
1.1.2.2 - Salubridade (I.6.4)			
	I.6.4.1 Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização	Cumprimento da PRT MS/GM 1820/2009 (Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos)	Ambientes insalubres comprometem os serviços afastando usuários ou agravando quadros de doenças pré-existentes
	I.6.4.2 Os ambientes são bem iluminados		
	I.6.4.3 Os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis		
	I.6.4.4 A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno		
	I.6.4.5 Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário		
	I.6.4.6 Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza		
	I.6.4.7 A sala de espera está em boas condições de limpeza		
	I.6.4.8 A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem		
1.1.3 - Reforma e Ampliação (I.5) – REDUTORA			

	I.5.1 Esta unidade está funcionando em local provisório?	O atendimento em lugar provisório, ou obras de reforma e ampliação indicam em diferentes graus a necessidade de correções na infraestrutura física	A inexistência de obras de reforma e ampliação indicam que a infraestrutura física está totalmente adequada às necessidades
	I.5.2 A UBS está em reforma ?		
	I.5.3 A UBS está em ampliação ?		
1.2.1 - Equipamentos de T.I. e Telessaúde (I.7)			
	I.7.1 Quantos computadores em condições de uso em toda UBS?	Atendimento aos critérios de conectividade, interação com os usuários, prontuários eletrônicos, produção de informações, conhecimento, transparência e governança sobre os serviços (Portaria Consolidação nº 2, Anexo XLII - PRT GM/MS nº 1.768/2021) Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)	A falta de recursos e equipamentos prejudica a integração com os usuários e a modernização do atendimento (conhecimento do histórico, estratégias de prevenção e acompanhamento de doenças crônicas - Hipertensão, diabetes)
	I.7.2 Quantas câmeras (web cam) em condições de uso?		
	I.7.3 Quantas caixas de som em condições de uso?		
	I.7.4 Quantos microfones para computador em condições de uso?		
	I.7.5 Quantas impressoras em condições de uso?		
	I.7.6 Quantas televisões em condições de uso?		
	I.7.7 Quantos datashow em condições de uso?		
	I.7.8 Quantos equipamentos de teleconferência em condições de uso?		
	I.7.9 Existe acesso à internet nesta unidade?		
	I.7.9.1 Quantos computadores com acesso a internet em toda UBS?		
	I.7.9.2 A conexão de internet disponível é suficiente para a realização das atividades?		
	I.7.10 Existe telefone funcionando na UBS?		
	I.7.11 Existe tablet disponível para utilização dos profissionais da equipe?		
1.2.2 - Equipamentos Clínicos (I.8)			
	I.8.1 Quantos microscópios em condições de uso?	Disponibilidade de equipamentos e materiais que propiciem o atendimento de forma plena aos serviços de competência da atenção primária (PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV) e PNAB (PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, 3.1). Para atendimento do critério, no modelo foi considerado a existência de pelo menos 1 item de cada equipamento/material para cada unidade de saúde	A falta de equipamentos e materiais pode comprometer o serviço ofertado, prejudicando diagnósticos ou procedimentos necessários típicos do nível de atenção primária
	I.8.2 Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?		
	I.8.3 Quantos aparelhos de pressão adulto com braçadeira para obeso em condições de uso?		
	I.8.4 Quantos aparelhos de pressão infantil em condições de uso?		
	I.8.5 Quantos estetoscópios adulto em condições de uso?		
	I.8.6 Quantos estetoscópios infantil em condições de uso?		
	I.8.7 Quantos aparelhos de nebulização em condições de uso?		
	I.8.8 Quantas saídas de ar comprimido em condições de uso?		
	I.8.9 Quantas balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?		
	I.8.10 Quantas balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso?		

I.8.11	Quantas balanças infantis em condições de uso?		
I.8.12	Quantas réguas antropométricas adulto em condições de uso?		
I.8.13	Quantas réguas antropométricas infantil em condições de uso?		
I.8.14	Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?		
I.8.15	Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?		
I.8.16	Quantas macas/mesa para exame clínico em condições de uso?		
I.8.17	Quantos sonares/detector fetal em condições de uso?		
I.8.18	Quantos pinards em condições de uso?		
I.8.19	Quantas câmaras refrigeradas exclusivas para vacina em condições de uso?		
I.8.20	Quantas geladeiras exclusivas para vacina em condições de uso?		
I.8.21	Quantos termômetros de cabo extensor em condições de uso?		
I.8.22	Quantas geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso?		
I.8.23	Quantos suportes de soro em condições de uso?		
I.8.24	Quantos aparelhos de eletrocardiograma em condições de uso?		
I.8.25	Quantas autoclaves em condições de uso?		
I.8.26	Quantos glicosímetros em condições de uso?		
I.8.27	Quantos termômetros clínicos em condições de uso?		
I.8.28	Quantas lanternas Clínicas em condições de uso?		
I.8.29	Quantos otoscópios em condições de uso?		
I.8.30	Quantos oftalmoscópios em condições de uso?		
I.8.31	Quantos kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso?		
I.8.32	Quantos kits para teste de Snellen (triagem oftalmológica) em condições de uso?		
I.8.33	Quantos goniômetros (para medir amplitude de movimento) em condições de uso?		
I.8.34	Quantas faixas elásticas (para exercícios físicos) em condições de uso?		
I.8.35	Quantos martelos de reflexos em condições de uso?		
I.8.36	Quantas trenas/fitas antropométricas (maleáveis) em condições de uso?		
I.8.37	Quantos rolos de posicionamento (para exercícios/fisioterapia) em condições de uso?		

	I.8.38 Quantas tornozeleiras em condições de uso?		
	I.8.39 Quantos halteres em condições de uso?		
	I.8.40 Quantos colchonetes (para exercícios físicos) em condições de uso?		
	I.8.41 Quantos TENS/FES (para fisioterapia) em condições de uso?		
	I.8.42 Quantos ultrassom (para fisioterapia) em condições de uso?		
1.3.1 - Material Impresso/Cadernetas (I.9)			
	I.9.1 Caderneta de Saúde da Criança sempre disponível	As cadernetas fornecem informações fundamentais para o cuidado com a saúde nas diferentes fases da vida (Atendimento a PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII, Título IV; PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)	A falta de cardernetas prejudica o controle e o fornecimento de informações fundamentais para a saúde das pessoas em diferentes etapas da vida
	I.9.2 Caderneta da Gestante sempre disponível		
	I.9.3 Caderneta do Adolescente sempre disponível		
	I.9.4 Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível		
	I.9.5 Cartão/comprovante de vacinação sempre disponível		
1.3.2 - Imunobiológicos/Vacinas (I.10)			
	I.10.0 Esta unidade oferta/faz vacinação ?	A adequada oferta de vacinas e imunobiológicos evita a propagação de doenças e melhora as condições de vida das pessoas (Cumprimento da Lei 6.259/1975 e Decreto 78.231/1976 - Programa Nacional de Imunizações)	A falta de vacinas acarreta propagação de doenças com maiores custos de tratamento e piora geral das condições d vida da população
	I.10.1 Esta unidade oferta regularmente vacinação (ex: todos os dias da semana ou quase todos os dias)?		
	I.10.2 BCG-ID sempre disponível		
	I.10.3 Dupla tipo adulto - dT sempre disponível		
	I.10.4 dTpa sempre disponível		
	I.10.5 Febre amarela sempre disponível		
	I.10.6 Influenza sazonal		
	I.10.7 Hepatite B sempre disponível		
	I.10.8 Hepatite A sempre disponível		
	I.10.9 HPV sempre disponível		
	I.10.10 Meningocócica C sempre disponível		
	I.10.11 Poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) (VOP) sempre disponível		
	I.10.12 Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP) sempre disponível		
	I.10.13 Pneumocócica 10 sempre disponível		
	I.10.14 Tríplice viral sempre disponível		
	I.10.15 Tríplice bacteriana sempre disponível		
	I.10.16 Tetra Viral sempre disponível		
	I.10.17 Pentavalente sempre disponível		
	I.10.18 Vacina oral de rotavírus humano sempre disponível		

1.3.3 - Testes e Diagnósticos (I.11)					
	I.11.1 Teste rápido de sífilis sempre disponível	Diagnósticos precoces contribuem para adequado acompanhamento da situação (doença ou gravidez) evitando agravos ou transmissão de doenças, bem como encaminhamento para o pré-natal	Falta de testes e diagnósticos podem acarretar o agravamento de doenças e propagação entre pessoas, além de prejudicar o encaminhamento para ações de pré-natal (no caso de gravidez)		
	I.11.2 Teste rápido de gravidez sempre disponível				
	I.11.3 Teste rápido de HIV sempre disponível				
	I.11.4 Teste rápido de hepatite B sempre disponível				
	I.11.5 Teste rápido de hepatite C sempre disponível				
	I.11.6 Teste rápido de malária sempre disponível				
	I.11.7 Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa) sempre disponível				
1.3.4.1 - Gerais (I.12)					
	I.12.3 Seringas descartáveis com agulha acoplada sempre disponível	A disponibilidade de insumos condizentes com os serviços previstos na atenção primária é essencial para sua efetividade, além de alguns estarem vinculados a métodos contraceptivos e prevenção da Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)	A falta de insumos prejudica a realização dos serviços previstos na Atenção Primária e políticas públicas específicas de evitar gravidez indesejada e DSTs		
	I.12.4 Seringas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível				
	I.12.5 Agulhas descartáveis de diversos tamanhos sempre disponível				
	I.12.6 Tiras reagentes de medida de glicemia capilar sempre disponível				
	I.12.7 Recipientes duros para descarte de perfurocortantes sempre disponível				
	I.12.8 Equipo de soro macrogotas sempre disponível				
	I.12.9 Equipo de soro microgotas sempre disponível				
	I.12.10 Gaze sempre disponível				
	I.12.11 Ataduras sempre disponível				
	I.12.12 Espadrado/fita micropore sempre disponível				
	I.12.13 Dispositivo Intra-Uterino - DIU sempre disponível				
	I.12.14 Fita métrica sempre disponível				
	I.12.15 Espéculo descartável sempre disponível				
	I.12.16 Espátula de Ayres sempre disponível				
	I.12.17 Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível				
	I.12.18 Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível				
	I.12.19 Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível				
	I.12.20 Abaixador de língua sempre disponível				
	I.12.21 Escovinha endocervical sempre disponível				
	I.12.22 Caixas térmicas para vacinas sempre disponível				
	I.12.23 Preservativo masculino (camisinha) sempre disponível				
	I.12.24 Preservativo feminino sempre disponível				
	I.12.25 Cateter para punção periférica tipo Scalp sempre disponível				
1.3.4.2 - Práticas Integrativas (I.13)					

	I.13.1 A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa?	Disponibilidade de insumos necessários para práticas integrativas, as quais contribuem para a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, conforme Política Nacional de Práticas Integrativas	Ausência de insumos para viabilizar ações e práticas integrativas, com prejuízo de ações integradas e acolhedoras com reflexo no bem estar e prevenção de doenças
	I.13.2 Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis		
	I.13.3 Copos de ventosa sempre disponíveis		
	I.13.4 Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis		
	I.13.5 Moxa (carvão e/ou artemísia) sempre disponíveis		
	I.13.6 Sementes ou cristais para auriculoterapia sempre disponíveis		
1.3.4.3 - Urgência e Emergência (I.14)			
	I.14.0 A unidade possui insumos para atendimento de urgência?	Disponibilidade de insumos necessários ao atendimento de urgências e emergências permitindo a execução de serviços desta natureza previstos na carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde	Falta de insumos necessários ao atendimento de urgências e emergências prejudicando a execução de serviços desta natureza previstos na carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde
	I.14.0.1 Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?		
	I.14.1 Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml		
	I.14.2 Equipos para soro simples		
	I.14.3 Conexões de duas vias		
	I.14.4 Garrote		
	I.14.5 Rolo de esparadrapo comum		
	I.14.6 Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g		
	I.14.7 Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g		
	I.14.8 Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g		
	I.14.9 Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g		
	I.14.10 Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g		
	I.14.11 Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g		
	I.14.12 Seringas de 10 ml sem agulha		
	I.14.13 Agulhas 40 x 12		
	I.14.14 Seringas de 5 ml sem agulha		
	I.14.15 Ampolas de água destilada de 10 ml		
	I.14.16 Pacotes de gazes estéreis		
	I.14.17 Torpedo/cilindro de oxigênio de 1 m3, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone		

I.14.18 Maleta ou mala ou equivalente para armazenar os insumos de urgência		
I.14.19 Caixa organizadora para armazenar os insumos de urgência		
I.14.20 Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal		
I.14.21 Oxímetro de pulso		
I.14.22 Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)		
I.14.23 Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)		
I.14.24 Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU)		
I.14.25 Máscaras de nebulização adulta		
I.14.26 Máscaras de nebulização pediátrica		
I.14.27 Cateteres para oxigênio tipo óculos		
I.14.28 Aparelho para nebulização		
I.14.29 Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis		
I.14.30 Colar cervical adulto		
I.14.31 Colar cervical infantil		
I.14.32 Ampolas de adrenalina/epinefrina		
I.14.33 Ampolas de atropina		
I.14.34 Frasco de hidrocortisona de 100 mg		
I.14.35 Frasco de hidrocortisona de 500 mg		
I.14.36 Ampolas de glicose 50%		
I.14.37 Ampolas de soro fisiológico 0,9%		
I.14.38 Frascos de soro fisiológico 0,9%		
I.14.39 Frascos de soro glicosado 5%		
I.14.40 Frascos/ampolas de prometazina		
I.14.41 Ampolas de diazepam		
I.14.42 Ampola de haloperidol		
I.14.43 Frasco de ipratrópio		
I.14.44 Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual ou injetável		
I.14.45 Cartela de ácido acetilsalicílico		
I.14.46 Comprimidos de tiamina		
I.14.47 Medicamentos anti-hipertensivos		

	I.14.48 Medicamentos hipoglicemiantes		
	I.14.49 Medicamentos insulina		
	I.14.50 Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria unidade nos casos de pneumonia em crianças)		
	I.14.51 Analgésicos (enteral e/ou parenteral)		
	I.14.52 Antitérmicos (enteral e/ou parenteral)		
	I.14.53 Furosemida injetável		
	I.14.54 Máscaras descartáveis		
	I.14.55 Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis		
	I.14.56 Óculos de proteção		
	I.14.57 Avental		
1.3.5.1 - A dispensação de medicamentos é realizada na unidade? (I.15.1)			
	I.15.1 A dispensação de medicamentos é realizada na unidade?	A dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde de referência nos espaços territoriais mais próximos evita deslocamentos para pessoas que podem estar com situação de saúde já comprometida	A falta da dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde de referência nos espaços territoriais mais próximos ocasiona deslocamentos para pessoas que podem estar com situação de saúde já comprometida
1.3.5.2 - Estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos			
	I.6.2.1 Área para dispensação de medicamentos	A existência de infraestrutura de manipulação e distribuição de medicamento viabiliza esse procedimento dentro respeitando as normas específicas	A inexistência de infraestrutura de manipulação e distribuição de medicamento prejudica ou inviabiliza o procedimentos de distribuição de medicamentos
	I.6.2.2 Área para fracionamento		
	I.6.2.3 Área para seguimento farmacoterapêutico		
	I.6.2.4 Área para estocagem de medicamentos		
	I.6.2.6 Os medicamentos estão armazenados e acondicionados de forma adequada (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)?		
	I.6.2.7 Existem quantos computadores, em condição de uso, na Farmácia?		
1.3.5.3 - Disponibilidade de Medicamentos			
	I.15.2 Possui Sais para Reidratação Oral em quantidade suficiente?	Atendimento a Política Nacional de Medicamentos (PRT MS/GM 3916/1998) e Relação Nacional de	Descumprimentos das políticas de distribuição de medicamentos, podendo
	I.15.3.1 Albendazol em quantidade suficiente?		
	I.15.3.2 Metronidazol em quantidade suficiente?		

I.15.3.3 Teclozana em quantidade suficiente?	Medicamentos Esseciais - RENAME, componentes básicos (PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I) contribuindo para o tratamento de doenças e evitando agravos em quadros existentes	acarretar o agravo de doenças, prejudicando a integralidade do atendimento na APS
I.15.3.4 Permetrina em quantidade suficiente?		
I.15.3.5 Ivermectina em quantidade suficiente?		
I.15.3.6 Espiramicina em quantidade suficiente?		
I.15.4.1 Sulfato ferroso em quantidade suficiente?		
I.15.4.2 Ácido fólico em quantidade suficiente?		
I.15.4.3 Palmitato de retinol em quantidade suficiente?		
I.15.4.4 Cloridrato de piridoxina em quantidade suficiente?		
I.15.4.5 Tiamina em quantidade suficiente?		
I.15.5.1 Sulfato de salbutamol em quantidade suficiente?		
I.15.5.2 Brometo de ipratrópio em quantidade suficiente?		
I.15.5.3 Dipropionato de beclometasona em quantidade suficiente?		
I.15.5.4 Budesonida em quantidade suficiente?		
I.15.5.5 Fosfato sódico prednisolona em quantidade suficiente?		
I.15.5.6 Prednisona em quantidade suficiente?		
I.15.6.1 Enantato de noretisterona + valerato de estradiol em quantidade suficiente?		
I.15.6.2 Etinilestradiol + levonorgestrel em quantidade suficiente?		
I.15.6.3 Noretisterona em quantidade suficiente?		
I.15.6.4 Acetato de medroxiprogesterona em quantidade suficiente?		
I.15.6.5 Levonorgestrel em quantidade suficiente?		
I.15.6.6 Estriol creme vaginal em quantidade suficiente?		
I.15.6.7 Estrogênios conjugados em quantidade suficiente?		
I.15.7.1 Captopril em quantidade suficiente?		
I.15.7.2 Maleato de enalapril em quantidade suficiente?		
I.15.7.3 Cloridrato de propranolol em quantidade suficiente?		
I.15.7.4 Atenolol em quantidade suficiente?		
I.15.7.5 Carvedilol em quantidade suficiente?		
I.15.7.6 Succinato de metoprolol em quantidade suficiente?		
I.15.7.7 Metildopa em quantidade suficiente?		
I.15.7.8 Hidroclorotiazida em quantidade suficiente?		
I.15.7.9 Losartana potássica em quantidade suficiente?		
I.15.7.10 Cloridrato de verapamil em quantidade suficiente?		

I.15.7.11 Sinvastatina em quantidade suficiente?		
I.15.7.12 Besilato de anlodipino em quantidade suficiente?		
I.15.7.13 Cloridrato de hidralazina em quantidade suficiente?		
I.15.7.14 Espironolactona em quantidade suficiente?		
I.15.7.15 Furosemida em quantidade suficiente?		
I.15.7.16 Cloridrato de amiodarona em quantidade suficiente?		
I.15.7.17 Cloridrato de propafenona em quantidade suficiente?		
I.15.7.18 Ácido acetilsalicílico em quantidade suficiente?		
I.15.7.19 Digoxina em quantidade suficiente?		
I.15.8.1 Glibenclamida em quantidade suficiente?		
I.15.8.2 Cloridrato de Metformina em quantidade suficiente?		
I.15.8.3 Insulina NPH em quantidade suficiente?		
I.15.8.4 Insulina regular em quantidade suficiente?		
I.15.9.1 Amoxicilina em quantidade suficiente?		
I.15.9.2 Cloridrato de ciprofloxacino em quantidade suficiente?		
I.15.9.3 Benzilpenicilina benzatina em quantidade suficiente?		
I.15.9.4 Benzilpenicilina procaina + benzilpenicilina potássica em quantidade suficiente?		
I.15.9.5 Cefalexina (sódica ou cloridrato) em quantidade suficiente?		
I.15.9.6 Amoxicilina + clavulanato de potássio em quantidade suficiente?		
I.15.9.7 Cetoconazol em quantidade suficiente?		
I.15.9.8 Claritromicina em quantidade suficiente?		
I.15.9.9 Cloranfenicol em quantidade suficiente?		
I.15.9.10 Cloridrato de clindamicina em quantidade suficiente?		
I.15.9.11 Estearato de eritromicina em quantidade suficiente?		
I.15.9.12 Sulfato de gentamicina m quantidade suficiente?		
I.15.9.13 Nitrofurantoína em quantidade suficiente?		
I.15.9.14 Sulfametoxazol + trimetoprima em quantidade suficiente?		
I.15.9.15 Sulfadiazina comprimido em quantidade suficiente?		
I.15.9.16 Cloridrato de tetraciclina em quantidade suficiente?		
I.15.9.17 Fluconazol em quantidade suficiente?		
I.15.9.18 Itraconazol em quantidade suficiente?		
I.15.9.19 Nitrato de miconazol em quantidade suficiente?		

I.15.9.20 Nistatina em quantidade suficiente?		
I.15.9.21 Azitromicina em quantidade suficiente?		
I.15.10.1 Dipirona sódica em quantidade suficiente?		
I.15.10.2 Ibuprofeno em quantidade suficiente?		
I.15.10.3 Paracetamol em quantidade suficiente?		
I.15.11.1 Alendronato de sódio em quantidade suficiente?		
I.15.11.2 Carbonato de cálcio + colecalciferol em quantidade suficiente?		
I.15.12.1 Hidróxido de alumínio em quantidade suficiente?		
I.15.12.2 Cloridrato de metoclopramida em quantidade suficiente?		
I.15.12.3 Cloridrato de ranitidina em quantidade suficiente?		
I.15.12.4 Omeprazol em quantidade suficiente?		
I.15.13.1 Carbidopa + levodopa em quantidade suficiente?		
I.15.13.2 Cloridrato de benserazida + levodopa em quantidade suficiente?		
I.15.14.1 Levotiroxina sódica em quantidade suficiente?		
I.15.15.1 Maleato de timolol em quantidade suficiente?		
I.15.16.1 A unidade disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?		
I.15.16.2 Planta "in natura" em quantidade suficiente?		
I.15.16.3 Droga Vegetal (Planta seca) em quantidade suficiente?		
I.15.16.4 Medicamento Fitoterápico manipulado em quantidade suficiente?		
I.15.16.5 Medicamento Fitoterápico Industrializado em quantidade suficiente?		
I.15.17.1 Espinheira-santa em quantidade suficiente?		
I.15.17.2 Guaco em quantidade suficiente?		
I.15.17.3 Hortelã em quantidade suficiente?		
I.15.17.4 Salgueiro em quantidade suficiente?		
I.15.17.5 Babosa em quantidade suficiente?		
I.15.17.6 Plantago em quantidade suficiente?		
I.15.17.7 Alcachofra em quantidade suficiente?		
I.15.17.8 Cáscara-sagrada em quantidade suficiente?		
I.15.17.9 Aroeira em quantidade suficiente?		
I.15.17.10 Garra-do-diabo em quantidade suficiente?		
I.15.17.11 Isoflavona de soja em quantidade suficiente?		
I.15.17.12 Unha-de-gato em quantidade suficiente?		

	I.15.18.1 A unidade dispensa medicamentos homeopáticos?		
	I.15.19.1 Os medicamentos controlados são dispensados na unidade?		
	I.15.19.2 Cloridrato de biperideno em quantidade suficiente?		
	I.15.19.3 Haloperidol em quantidade suficiente?		
	I.15.19.4 Diazepam em quantidade suficiente?		
	I.15.19.5 Cloridrato de fluoxetina em quantidade suficiente?		
	I.15.19.6 Carbonato de lítio em quantidade suficiente?		
	I.15.19.7 Fenobarbital em quantidade suficiente?		
	I.15.19.8 Valproato de sódio ou ácido valproíco em quantidade suficiente?		
	I.15.19.9 Cloridrato de nortriptilina em quantidade suficiente?		
	I.15.19.10 Fenitoína sódica em quantidade suficiente?		
	I.15.19.11 Carbamazepina em quantidade suficiente?		
	I.15.19.12 Cloridrato de clorpromazina em quantidade suficiente?		
	I.15.19.13 Cloridrato de clomipramina em quantidade suficiente?		
	I.15.19.14 Cloridrato de amitriptilina em quantidade suficiente?		
	I.15.19.15 Clonazepam em quantidade suficiente?		
1.4.1.1 - Inexistência de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe? (II.6.3)			
	II.6.3 Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe? (Foi utilizada a resposta "2 - Não")	Inexistência de população descoberta pelas equipes de saúde indicando a suficiência quantitativa de profissionais	Existência de população descoberta, denotando deficiência no quantitativo de profissionais, acarretando prejuízo nos serviços
1.4.1.2 - Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor equipes multidisciplinares (antigo NASF)? (IV.3.5)			
	IV.3.5 Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor a equipes multidisciplinares (antigo NASF)?	Composição adequada das equipes multiprofissionais contribuindo para ações integradas e ampliadas com resultados positivos na atenção integral às pessoas	Falta de diagnóstico prejudicando a identificação da necessidade de compor equipe multiprofissional e um atendimento integral às necessidades dos usuários
1.4.2.1 - Existe pessoa responsável pela gerência da unidade? (I.3.3)			
	I.3.3 Existe pessoa responsável pela gerência da unidade?	Atendimento à Política Nacional de Saúde (PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 4.2.5) contribuindo para o	Ausência de gerência da Unidade de Saúde prejudicando

		aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde	ações de controle e aprimoramento dos serviços
1.4.2.2 - Este profissional apresenta dedicação exclusiva? (I.3.4)			
	I.3.4 Este profissional organiza (apresenta dedicação exclusiva)?	Dedicação exclusiva do profissional à gerência da unidade contribuindo para focar a atenção no aprimoramento e qualificação dos serviços	Profissional dividindo sua atenção entre a gerência da unidade e outras atribuições prejudicando o foco no acompanhamento dos serviços e medidas de aprimoramento e qualificação
1.4.2.3 - Graduação do profissional responsável pela gerência na área da saúde (I.3.5)			
	I.3.5 O profissional possui formação (graduação) na área de saúde?	Profissionais com formação na área de saúde terão melhores conhecimentos em relação às especificidades dos serviços e ações para seu gerenciamento	Profissionais sem formação na área de saúde podem apresentar uma gestão deficiente na gestão dos serviços por não conhecer as especificidades
1.4.3.1 - Promoção de programas de educação permanente com participação das equipes			
	II.4.1.1 Programas de educação permanente promovidas pela gestão municipal	Os membros da equipe participam de programas de educação permanente aprimorando seus conhecimentos e refletindo na qualificação dos serviços conforme Política Nacional de Saúde (PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 5, XIX)	Participam de programas de educação permanente ausente ou inexistente acarretando defasagens e falta de aprimoramento, refletindo na qualificação dos serviços
	II.4.1.2 Programas de educação permanente promovidas pela gestão estadual		
	II.4.1.3 Programas de educação permanente promovidas pela própria equipe ou Unidade de Saúde		
	II.4.1.4 Programas de educação permanente promovidas por outra equipe ou Unidade de Saúde		
	II.4.1.5 Programas de educação permanente promovidas por universidades		
1.4.3.2 - As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? (II.4.4)			
	II.4.4 As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Ações de educação permanente estão alinhadas com as demandas e necessidades da equipe favorecendo o aprimoramento	Ações de educação permanente incompatíveis com as demandas e necessidades da equipe favorecendo o aprimoramento
1.4.3.3.1 - A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais multidisciplinares para atuarem na Atenção Básica? (IV.4.4)			
	IV.4.4 A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais multidisciplinares (NASF) para atuarem na Atenção Básica?	Oferta de cursos condizentes com as necessidades das equipes multidisciplinares	Oferta de cursos não condizentes com as necessidades e que pouco

			contribuem para a qualificação dos profissionais e serços
1.4.3.3.2 - Profissionais participam da escolha do tema de educação permanente			
	IV.4.3.1 Profissionais da Equipe de Atenção Básica	Processo participativo de definição de capacitações, levando em conta avaliação de prioridades	A falta de avaliação das necessidades dos profissionais acarreta capacitações pouco ou não condizentes com as necessidades
	IV.4.3.2 Profissionais do NASF		
	IV.4.3.3 Gestão municipal		
2.1.1 - Territorialização e Planejamento das Equipes			
	II.6.1 Existe definição da área de abrangência da equipe?	Atuação com base em territórios (PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II) reconhecendo contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade	Falta de estudos e organização de territórios, prejudicando as especificidades da população local e o pressuposto da equidade
	II.6.2 A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?		
	II.6.6 A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		
	II.8.1 A sua equipe realiza reunião de equipe?		
	II.8.3 A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?		
	II.8.5 A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?		
	II.8.9 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?		
	II.8.11 A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?		
2.1.2 - Atendimento por Agendamento			
	II.9.1.1 Presencialmente na unidade	Existência de sistemáticas de agendamento dos atendimentos, organizando o serviço e ampliando o acesso aos usuários (Política Nacional de Saúde, PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 5, V)	Falta de organização, acarretando tempo de espera desnecessário para os usuários e prejudicando o atendimento
	II.9.1.2 Por telefone		
	II.9.1.3 Por redes sociais (Facebook, whatsapp, etc)		
	II.9.1.4 Por site ou aplicativo específico para agendamento de consulta		
	II.9.2.1 A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior.		
	II.9.2.2 A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário		
	II.9.2.3 A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)		

	II.9.2.4 É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio)		
	II.9.2.5 No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento		
	II.9.3 O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?		
2.1.3 - Atendimento da Demanda Espontânea			
	II.9.4 A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?	Existência de sistemáticas de atendimento à demanda espontânea de acordo com a gravidade e estratificação de risco (Política Nacional de Saúde, PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 4.1, V e Item 5, VI)	Falta de organização no atendimento da demanda espontânea, podendo acarretar inclusive agravamento da enfermidade
	II.10.1 A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?		
	II.10.4.3 A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade		
	II.10.6 A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?		
	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?		
	II.10.8 O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?		
	II.10.10 A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?		
2.2.1 - Organização dos Prontuários			
	II.7.1 Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares?	Os prontuários são preenchidos e organizados de forma a controlar o acompanhamento dos usuários, podendo se privilegiar o prontuário eletrônico como tendência (PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX; PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV)	Inexistência de prontuários, comprometendo o acompanhamento os usuários e seu histórico, prejudicando a integralidade dos cuidados
	II.7.2.1 Fichas em papel		
	II.7.2.2 Prontuário eletrônico		
	II.7.4 Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?		
	II.7.5 Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?		
	II.7.6 Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida?		
2.2.2 - Comunicação entre os profissionais da saúde ou com outras áreas			

	II.3.1 A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Existência de comunicação entre profissionais, acompanhando cada etapa dos cuidados, inclusive dos profissionais especializados, ocorrendo também integração com outros programas governamentais	Falta de comunicação entre profissionais prejudicando a integralidade dos cuidados e integração entre outras políticas governamentais
	II.12.3 Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?		
	II.12.4 Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?		
	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?		
	II.16.7 A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		
	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?		
	II.17.10 A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		
	II.30.1 A equipe identifica famílias elegíveis e encaminha para cadastramento no Programa Bolsa Família?		
	II.30.2 A equipe registra os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família?		
2.2.3 - Atuação da Central de Regulação			
	II.12.7 Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	Existência de Central de Regulação (PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I), regulando o acesso a consultas e exames e todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais	Inexistência de central de regulação, prejudicando o acesso aos procedimentos
	II.12.8.1 Marcação de consulta especializada		
	II.12.8.2 Marcação de exames		
	II.12.8.3 Marcação de leitos		
2.3.1 – Utilização do Telessaúde			
	II.5.1 A sua equipe utiliza o Telessaúde?	Utilização do Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando	Falta de utilização do telessaúde, inviabilizando práticas mais ágeis de atendimento ao usuário
	II.5.3.1 Segunda opinião formativa		
	II.5.3.2 Telediagnóstico		
	II.5.3.3 Teleconsultoria		
	II.5.3.4 Tele-educação		

	II.5.4 Essas ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe?	o desenho regional (PRT MS/GM 837/2014, Art. 14)	
2.3.2 – Exames			
	II.11.1 A equipe coleta exames na unidade?	Pronta disponibilidade do conjunto de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção Primária à Saúde	Falta de um ou mais tipos de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção Primária à Saúde, prejudicando os atendimentos
	II.11.2.1 Exames de sangue		
	II.11.2.2 Urina		
	II.11.2.3 Fezes		
	II.11.2.4 Eletrocardiograma		
	II.12.1.1 ABO RH		
	II.12.1.1.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.1.1.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
	II.12.1.2 Coombs indireto		
	II.12.1.2.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.1.2.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
	II.12.1.3 Dosagem de hemoglobina e hematócrito		
	II.12.1.3.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.1.3.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
	II.12.1.4 Glicemia de jejum		
	II.12.1.4.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.1.4.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
	II.12.1.5 Tolerância à glicose (teste oral)		
	II.12.1.5.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.1.5.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
	II.12.1.6 Sorologia para HIV		
	II.12.1.6.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.1.6.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
	II.12.1.7 Sorologia para sífilis (VDRL)		

II.12.1.7.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.7.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.1.8 Sorologia para hepatite B		
II.12.1.8.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.8.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.1.9 Sorológico para toxoplasmose		
II.12.1.9.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.9.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.1.10 Exame de ultrassonografia obstétrica		
II.12.1.10.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.10.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.1.11 Sumário de urina (urina tipo I)		
II.12.1.11.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.11.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.1.12 Urocultura		
II.12.1.12.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.12.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.1.13 Nenhuma das anteriores		
II.12.2.1 Baciloscopia para tuberculose		
II.12.2.1.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.1.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.2 Baciloscopia para hanseníase		
II.12.2.2.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.2.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.3 Glicemia de jejum		

II.12.2.3.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.3.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.4 Creatinina		
II.12.2.4.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.4.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.5 Ecocardiograma		
II.12.2.5.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.5.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.6 Eletrocardiograma		
II.12.2.6.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.6.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.7 Hemoglobina glicosilada		
II.12.2.7.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.7.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.8 Mamografia		
II.12.2.8.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.8.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.9 Perfil lipídico		
II.12.2.9.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.9.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.10 Radiografia de tórax (tuberculose)		
II.12.2.10.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
II.12.2.10.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
II.12.2.11 Teste de Sensibilidade (Antibiograma)		

	II.12.2.11.1 Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde?		
	II.12.2.11.1/1 O acesso ao exame é satisfatório?		
2.3.3 – Procedimentos de Atenção Básica			
	II.11.3.1 Drenagem de abscesso	Pronta disponibilidade do conjunto de procedimentos necessários para os cuidados típicos da Atenção Primária à Saúde conforme previsto na carteira de serviços	Falta de um ou mais tipos de procedimentos necessários para os cuidados típicos da Atenção Primária à Saúde
	II.11.3.2 Sutura de ferimentos		
	II.11.3.3 Retirada de pontos		
	II.11.3.4 Lavagem de ouvido		
	II.11.3.5 Extração de unha		
	II.11.3.6 Nebulização/inalação		
	II.11.3.7 Curativos		
	II.11.3.8 Medicações injetáveis intramusculares		
	II.11.3.9 Medicações injetáveis endovenosas		
	II.11.3.10 Inserção de DIU		
	II.22.10 A equipe inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS ?		
	II.22.11 A equipe realiza a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na unidade, quando necessário?		
	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?		
2.3.4.1 – Atenção à Saúde (Da Mulher)			
	II.14.1 A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Realização de campanhas de divulgação e pronta disponibilidade do conjunto de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção à Saúde da Mulher	Ausência de campanhas de divulgação e indisponibilidade de um ou mais exames necessários para os cuidados típicos da Atenção à Saúde da Mulher
	II.14.3 A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?		
	II.14.4 A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?		
	II.14.7 A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?		
	II.14.8 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?		
	II.14.9 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?		

2.3.4.2 – Atenção à Saúde (Da Gestante e puerpera)			
	II.15.1 A equipe realiza consulta de pré-natal?	Pronta disponibilidade do conjunto de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção à Saúde da Gestante e Puérpera e acompanhamento de todas as etapas gestacionais e pós-parto	Ausência da disponibilidade do conjunto de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção à Saúde da Gestante e Puérpera e deficiência no acompanhamento de todas as etapas gestacionais e pós-parto
	II.15.2 A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?		
	II.15.3 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?		
	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?		
	II.15.5 A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?		
	II.15.6 A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?		
	II.15.7 A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?		
	II.15.8 Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		
	II.15.9.1 Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante		
	II.15.9.2 Consulta odontológica da gestante		
	II.15.9.3 Vacinação em dia da gestante		
	II.15.9.4 Coleta de exame citopatológico realizada na gestante		
	II.15.10 A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?		
	II.15.11 É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe?		
	II.15.12.1 Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher		
	II.15.12.2 Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde		
	II.15.12.3 Consulta em horário especial em qualquer dia da semana		
	II.15.13 É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?		
2.3.4.1 – Atenção à Saúde (Da Criança)			
	II.16.1 A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Acompanhamentos da saúde e fatores de risco para crianças nas diferentes etapas do desenvolvimento e pronta disponibilidade dos exames necessários	Acompanhamentos inexistente ou deficiente das crianças
	II.16.2 A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?		

II.16.3 A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?		
II.16.4 A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?		
II.16.5 Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		
II.16.6.1 Acompanhamento da Vacinação em dia		
II.16.6.2 Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento		
II.16.6.3 Acompanhamento do Estado nutricional		
II.16.6.4 Acompanhamento do Teste do pezinho		
II.16.6.5 Acompanhamento de Violência familiar		
II.16.6.6 Acompanhamento de Acidentes		
II.16.8.1 Busca ativa de crianças Prematuras		
II.16.8.2 Busca ativa de crianças Com baixo peso		
II.16.8.3 Busca ativa de crianças Com consulta de puericultura atrasada		
II.16.8.4 Busca ativa de crianças Com calendário vacinal atrasado		
II.16.9 A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?		
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?		
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)		
2.3.4.4 – Atenção à saúde (Detecção e Acompanhamento de Comorbidades)		
II.17.1 A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão?	Acompanhamento das pessoas objetivando detecção e posterior monitoramento e ações preventivas para evitar o agravamento de doenças crônicas	Acompanhamento deficiente ou inexistente das pessoas objetivando a detecção de doenças crônicas e posteriores ações preventivas de monitoramento
II.17.3 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		
II.17.4 A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?		
II.17.5 A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?		
II.17.6 A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?		

	II.17.7 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?		
	II.17.8 A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		
	II.18.1 A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes?		
	II.18.3 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?		
	II.18.4 A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?		
	II.18.5 A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?		
	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?		
	II.18.7' A equipe possui o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		
	II.18.8 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?		
	II.18.9 A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?		
	II.18.10 A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?		
	II.19.1 A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?		
	II.19.2 Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?		
	II.19.3.1 Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS		
	II.19.3.2 Oferta ações voltadas à atividade física		
	II.19.3.3 Oferta ações voltadas à alimentação saudável		
	II.19.3.4 Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		
	II.19.3.5 Encaminha para serviço especializado		
	II.19.3.6 Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		

	II.22.9 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?		
2.3.4.5 – Atenção à Saúde (Dos Dependentes Químicos e sofrimento psíquico)			
	II.23.1.1 Consultas para Usuários em sofrimento psíquico	Controle dos dependentes químicos ou pessoas com sofrimento psíquico e realização de consultas	Falta de controle dos dependentes químicos ou pessoas com sofrimento psíquico e ausência da realização de consultas
	II.23.1.2 Consultas para Usuários de crack, álcool e outras drogas		
	II.23.1.3 Consultas para Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor		
	II.23.2.1 Possui registros de Usuários em sofrimento psíquico		
	II.23.2.2 Possui registros de Usuários de crack, álcool e outras drogas		
	II.23.2.3 Possui registros de Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor		
2.3.5 – Vigilância em Saúde			
	II.20.1 A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários de tuberculose?	Atuação da equipe com indicadores que subsidiem prioridades de atuação, estabelecendo processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (Política Nacional da Atenção Básica PRT MS/GM 2436/2017, Art. 5º)	Falta de atuação, acarretando desconhecimento de fatores de risco e prejudicando a coordenação das atividades
	II.21.1 A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?		
	II.22.1 No último ano foi realizada alguma ação para combate ao Aedes aegypti no território?		
	II.22.7 A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território?		
2.4.1.1 – Incentivo à carreira			
	II.2.0.6 Existência de plano de carreira	Organização da carreira e incentivos para a continuidade, contribuindo para a melhoria dos serviços	Falta de organização e incentivos para permanência na carreira, acarretando trocas constantes de servidores e prejudicando continuidade de processos e melhoria dos serviços
	II.2.0.7 Previsão de progressão por antiguidade		
	II.2.0.8 Previsão de progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)		
	II.2.0.9 Previsão de progressão por titulação e formação profissional		
	II.2.0.10 Previsão de incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho		
2.4.1.2 – Vínculo longo prazo			
	II.2.0.3 Qual o seu tipo de vínculo? - SERVIDOR ESTATUTÁRIO	Predomínio de servidores estatutários contribuí para a manutenção de vínculos de longo prazo refletindo no aperfeiçoamento dos serviços	Prevalência de servidores com outros tipos de vínculos que ficam menor tempo na atividade, o que prejudica a

			continuidade e aperfeiçoamento dos serviços
2.4.3 – Gestão Orçamentária e Financeira			
	2.4.3.1 – Alocação de recursos (gasto per capita)	Maior alocação de recursos por habitante refletindo na melhoria estrutural dos serviços	Baixa alocação de recursos por habitante inviabilizando a melhoria estrutural dos serviços
3.1.1 - Acesso aos serviços			
	III.4.5 O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)? (Consideradas apenas respostas SIM)	Percepção dos usuários de disponibilidade e agilidade no atendimento	Percepção dos usuários de dificuldade no acesso aos serviços e falta de agilidade no atendimento
	III.6.2 A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS? (Consideradas apenas respostas SIM)		
	III.6.3 Como o(a) senhor(a) avalia essa forma de marcação de consulta? (Consideradas apenas respostas BOM e MUITO BOM)		
	III.6.6 Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o médico nesta unidade? (Consideradas apenas respostas NO MÁXIMO 7 DIAS)		
	III.6.7 Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o enfermeiro nesta unidade? (Consideradas apenas respostas NO MÁXIMO 7 DIAS)		
3.1.2 - Qualidade das Consultas			
	III.8.1 Tempo espera nas consultas entre a chegada na unidade e o atendimento (Tempo menor que 30 minutos)	Percepção dos usuários de preocupação dos profissionais com as condições de saúde, acompanhamento e encaminhamentos adequados de acordo com a situação	Percepção dos usuários de falta de preocupação dos profissionais com as condições de saúde, deficiência no acompanhamento e encaminhamentos adequados de acordo com a situação
	III.8.2.1 Examinam seu corpo (ex: perna, barriga, garganta, etc)?		
	III.8.2.2 São claros em suas orientações e explicações?		
	III.8.2.3 Demostram atenção enquanto o(a) senhor(a) fala?		
	III.8.2.4 Respeitam o(a) senhor(a)		
	III.8.3 Além da sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (por exemplo: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?		
	III.8.4 Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?		
	III.8.5 Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?		

	III.8.6 Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou tirar dúvidas com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?		
	III.8.7 Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou buscar ou mostrar resultados de exames com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?		
	III.8.8 Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		
	III.8.9 Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		
	III.8.10 Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		
	III.8.11 Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) cirurgião-dentista deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		
	III.8.12 Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) médico(a)?		
	III.8.13 Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) enfermeiro(a)?		
	III.8.14 Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) cirurgião(ã)-dentista?		
	III.8.15 Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?		
	III.8.16 As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?		
	III.8.17 O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		
3.1.3 - Visita Domiciliar			
	III.10.1 O(A) senhor(a) recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na sua casa?	Atuação dos ACS por meio de visitas que proporcionam o conhecimento da realidade do território e proporcionando ações específicas de saúde	Ausência de visita dos ACS, comprometendo o pleno conhecimento da realidade do território e prejudicando ações específicas de saúde

3.2.1 - Pré-Natal			
	Proporção de Gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	Acompanhamento das gestantes realizando as consultas recomendadas de acordo com a evolução da gestação	Acompanhamento insuficiente das gestantes e precariedade nas consultas recomendadas nas diferentes fases da gestação
	Proporção de Gestantes com realização de exames de sífilis e HIV		
	Proporção de Gestantes com atendimento odontológico realizado		
3.2.2 - Saúde da Mulher			
	Cobertura Citopatológico (%)	Realização do exame preventivo nas mulheres na maior proporção possível de mulheres de acordo com a faixa etária	Baixa cobertura nos exames preventivos nas mulheres de acordo com a faixa etária
3.2.3 - Saúde da Criança			
	Cobertura Polio e Penta (%)	Vacinação do maior percentual possível de crianças de acordo com a indicação das organizações de saúde	Baixa cobertura vacinal de crianças de acordo com a indicação
3.2.4 - Doenças Crônicas			
	Hipertensão (PA Aferida) (%)	Realização dos exames preventivos para diagnóstico e monitoramento de pessoas com doenças crônicas	Deficiência na realização dos exames preventivos para diagnóstico e monitoramento de pessoas com doenças crônicas
	Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)		
3.3.1 - Saúde da Mulher (Meta Estadual)			
	3.3.1.1 - % Óbitos M.I.F. (Mulheres em idade fértil) investigados (Ind. 2)	Atingimento das metas estaduais para a saúde da mulher	Não atingimento das metas estaduais para os indicadores de saúde da mulher
	3.3.1.2 - Razão mamografias (Ind. 12)		
	3.3.1.3. - % Parto Normal (Ind. 13)		
3.3.2 - Cobertura			
	3.3.2.1 - Cob. Pop. equip. SF-AB - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (Ind. 17)	Atingimento das metas estaduais de cobertura dos serviços de saúde	Não atingimento das metas estaduais para os indicadores de cobertura
	3.3.2.2 - Cob Acompanhamento Bolsa Família Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (Ind. 18)		

APÊNDICE H - Desenvolvimento dos Descritores

1.1.1.1 - Sinalização: Verificar se as UBS possuem programação visual padronizada conforme a PRT 2.838/2011		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	As UBS do município cumprem acima 80% dos critério de sinalização
N4	Muito Bom	As UBS do município cumprem entre 70% e 79% do conjunto de critérios de sinalização
N3	Bom	As UBS do município cumprem entre 60% e 69% do conjunto de critérios de sinalização
N2	Regular	As UBS do município cumprem entre 40% e 59% do conjunto de critérios de sinalização
N1	Ruim	As UBS do município cumprem menos 40% dos critério de sinalização

1.1.1.2 - Mobilidade: Verificar se as UBS atendem as normas da acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e o Estatuto do Idoso (Cumprindo a Lei 10.098/2000; do Decreto 5.296/2004; Lei 10.741/2003)		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	As UBS do município cumprem acima 80% dos critério de mobilidade
N4	Muito Bom	As UBS do município cumprem entre 70% e 79% do conjunto de critérios de mobilidade
N3	Bom	As UBS do município cumprem entre 60% e 69% do conjunto de critérios de mobilidade
N2	Regular	As UBS do município cumprem entre 40% e 59% do conjunto de critérios de mobilidade
N1	Ruim	As UBS do município cumprem menos 40% dos critério de mobilidade

1.1.1.3 - Informações para os Usuários: Verificar o cumprimento da PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, §3º em relação aos serviços ofertados, horários de funcionamento e profissionais atuantes conforme função e escala de atendimento		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	As UBS do município cumprem acima 80% dos critério de informações para os usuários
N4	Muito Bom	As UBS do município cumprem entre 70% e 79% do conjunto de critérios de informações para os usuários
N3	Bom	As UBS do município cumprem entre 60% e 69% do conjunto de critérios de informações para os usuários
N2	Regular	As UBS do município cumprem entre 40% e 59% do conjunto de critérios de informações para os usuários
N1	Ruim	As UBS do município cumprem menos 40% dos critério de informações para os usuários

1.1.1.4.1.1 - Funcionamento de Segunda a sexta: Verificar o atendimento à PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1 (PRT Consolidação nº 2), item 3.3

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	100% das UBS atendem de segunda a sexta-feira
N4	Muito Bom	Entre 90% e 99% das UBS atendem de segunda a sexta-feira
N3	Bom	Entre 80% e 89% das UBS atendem de segunda a sexta-feira
N2	Regular	Entre 60% e 79% das UBS atendem de segunda a sexta-feira
N1	Ruim	Menos de 60% das UBS atendem de segunda a sexta-feira

1.1.1.4.1.2 - Carga horária de Atendimento (40h semanais) - Verificar o atendimento à PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1 (PRT Consolidação nº 2), item 3.3

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	100% das UBS atendem o mínimo de 40 h semanais
N4	Muito Bom	Entre 90% e 99% das UBS atendem o mínimo de 40 h semanais
N3	Bom	Entre 80% e 89% das UBS atendem o mínimo de 40 h semanais
N2	Regular	Entre 60% e 79% das UBS atendem o mínimo de 40 h semanais
N1	Ruim	Menos de 60% das UBS atendem o mínimo de 40 h semanais

1.1.1.4.2 - Funcionamento nos Finais de semana: Verificar se o município apresenta análise de demanda com os usuários e desenvolve estratégia de funcionamento nos finais de semana, ampliando possibilidades de acesso aos serviços

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 50% das UBS atendem nos finais de semana
N4	Muito Bom	Entre 40% e 49% das UBS atendem nos finais de semana
N3	Bom	Entre 25% e 39% das UBS atendem nos finais de semana
N2	Regular	Entre 10% e 24% das UBS atendem nos finais de semana
N1	Ruim	Menos de 10% das UBS atendem nos finais de semana

1.1.1.4.3 - Atendimento no horário do almoço: Verificar se o município apresenta análise de demanda com os usuários e desenvolve estratégia de funcionamento no horário de almoço, ampliando possibilidades de acesso aos serviços

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 50% das UBS atendem no horário de almoço
N4	Muito Bom	Entre 40% e 49% das UBS atendem no horário de almoço
N3	Bom	Entre 25% e 39% das UBS atendem no horário de almoço
N2	Regular	Entre 10% e 24% das UBS atendem no horário de almoço
N1	Ruim	Menos de 10% das UBS atendem no horário de almoço

1.1.1.4.4 - Atendimento em horário ampliado - entre 18h e 22h00: Verificar se o município apresenta análise de demanda com os usuários e desenvolve estratégia de funcionamento noturno, ampliando possibilidades de acesso aos serviços

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 50% das UBS atendem com horário ampliado (noite)
N4	Muito Bom	Entre 40% e 49% das UBS atendem com horário ampliado (noite)
N3	Bom	Entre 25% e 39% das UBS atendem com horário ampliado (noite)
N2	Regular	Entre 10% e 24% das UBS atendem com horário ampliado (noite)
N1	Ruim	Menos de 10% das UBS atendem com horário ampliado (noite)

1.1.2.1 - Disponibilidade de Espaços Físicos específicos adequados: Verificar o cumprimento da PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 3.1

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem do conjunto de espaços físicos avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem do conjunto de espaços físicos avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem do conjunto de espaços físicos avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem do conjunto de espaços físicos avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem do conjunto de espaços físicos avaliados

1.1.2.2 - Salubridade: Verificar se a UBS dispõe dos requisitos de salubridade em cumprimento da PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem do conjunto de requisitos de salubridade avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem do conjunto de requisitos de salubridade avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem do conjunto de requisitos de salubridade avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem do conjunto de requisitos de salubridade avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem do conjunto de requisitos de salubridade avaliados

1.1.3 - Reforma e Ampliação: Indicador REDUTOR (quanto menor a necessidade intervenções melhor) revela a necessidade de adequações na estrutura		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Menos de 20% das UBS funciona em local provisório ou em processo de reforma ou ampliação
N4	Muito Bom	Entre 20% e 29% das UBS funciona em local provisório ou em processo de reforma ou ampliação
N3	Bom	Entre 30% e 49% das UBS funciona em local provisório ou em processo de reforma ou ampliação
N2	Regular	Entre 50% e 79% das UBS funciona em local provisório ou em processo de reforma ou ampliação
N1	Ruim	Acima de 80% das UBS funciona em local provisório ou em processo de reforma ou ampliação

1.2.1 - Equipamentos de T.I. e Telessaúde: Verificar o cumprimento Atendimento aos critérios de conectividade, interação com os usuários, prontuários eletrônicos, produção de informações, conhecimento, transparência e governança sobre os serviços (PRT Consolidação nº 2, Anexo XLII - PRT GM/MS nº 1.768/2021)		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem do conjunto de recursos tecnológicos avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem do conjunto de recursos tecnológicos avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem do conjunto de recursos tecnológicos avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem do conjunto de recursos tecnológicos avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem do conjunto de recursos tecnológicos avaliados

1.2.2 - Equipamentos Clínicos: Verificar a disponibilidade de equipamentos e materiais que propiciem o atendimento de forma plena aos serviços de competência da atenção primária (PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV) e PNAB (PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, 3.1)		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem de pelo menos 1 um item de cada do conjunto previsto
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem de pelo menos 1 um item de cada do conjunto previsto
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem de pelo menos 1 um item de cada do conjunto previsto
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem de pelo menos 1 um item de cada do conjunto previsto
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem de pelo menos 1 um item de cada do conjunto previsto

1.3.1 - Material Impresso/Cadernetas: Verificar o cumprimento da PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII, Título IV; PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem dos materiais impressos avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem dos materiais impressos avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem dos materiais impressos avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem dos materiais impressos avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem dos materiais impressos avaliados

1.3.2 - Imunobiológicos/Vacinas: Verificar o cumprimento da Lei 6.259/1975 e Decreto 78.231/1976 - Programa Nacional de Imunizações		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem dos imunobiológicos/vacinas avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem dos imunobiológicos/vacinas avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem dos imunobiológicos/vacinas avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem dos imunobiológicos/vacinas avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem dos imunobiológicos/vacinas avaliados

1.3.3 - Testes e Diagnósticos: Verificar a disponibilidade do conjunto de testes e diagnósticos previstos na PRT MS/GM nº 77/2012		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem dos testes e diagnósticos avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem dos testes e diagnósticos avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem dos testes e diagnósticos avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem dos testes e diagnósticos avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem dos testes e diagnósticos avaliados

1.3.4.1 - Insumos Gerais: Verificar a disponibilidade dos insumos essenciais para a AB, conforme competência definida no Anexo I da PRT MS nº 2.488/2011		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem da totalidade dos insumos gerais avaliados
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem da totalidade dos insumos gerais avaliados
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem da totalidade dos insumos gerais avaliados
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem da totalidade dos insumos gerais avaliados
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem da totalidade dos insumos gerais avaliados

1.3.4.2 - Insumos para Práticas Integrativas: Verificar a disponibilidade dos insumos necessários para o cumprimento da PRT MS nº 971/2006		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem do conjunto de insumos para práticas integrativas
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem do conjunto de insumos para práticas integrativas
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem do conjunto de insumos para práticas integrativas
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem do conjunto de insumos para práticas integrativas
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem do conjunto de insumos para práticas integrativas

1.3.4.3 - Insumos para atendimento de Urgência e Emergência: Verificar a disponibilidade de insumos para atendimentos de urgências conforme competência definida no Anexo I da PRT MS nº 2.488/2011		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS dispõem do conjunto de insumos para urgências e emergências avaliado
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS dispõem do conjunto de insumos para urgências e emergências avaliado
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS dispõem do conjunto de insumos para urgências e emergências avaliado
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS dispõem do conjunto de insumos para urgências e emergências avaliado
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS dispõem do conjunto de insumos para urgências e emergências avaliado

1.3.5.1 - Dispensação de medicamentos na UBS: Verificar as unidades que fazem dispensação de medicamentos (maior número de unidades denota que os usuários precisam se deslocar menos)

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS fazem a dispensação de medicamentos
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS fazem a dispensação de medicamentos
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS fazem a dispensação de medicamentos
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS fazem a dispensação de medicamentos
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS fazem a dispensação de medicamentos

1.3.5.2 - Estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos: Verificar se as unidades estão aptas para manipulação e distribuição de medicamentos (maior número de unidades denota que os usuários precisam se deslocar menos)

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS apresentam estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS apresentam estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS apresentam estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS apresentam estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS apresentam estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos

1.3.5.3 - Disponibilidade de Medicamentos: Verificar o atendimento a Política Nacional de Medicamentos (PRT MS/GM 3916/1998) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, componentes básicos (PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I)

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS apresentam a disponibilidade do conjunto de medicamentos previstos
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS apresentam a disponibilidade do conjunto de medicamentos previstos
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS apresentam a disponibilidade do conjunto de medicamentos previstos
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS apresentam a disponibilidade do conjunto de medicamentos previstos
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS apresentam a disponibilidade do conjunto de medicamentos previstos

1.4.1.1 - Inexistência de população descoberta: Verificar a suficiência quantitativa de profissionais (percentuais baixos podem indicar falta de profissionais)

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das equipes declararam a inexistência de população descoberta pela AB no território de abrangência
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES declararam a inexistência de população descoberta pela AB no território de abrangência
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES declararam a inexistência de população descoberta pela AB no território de abrangência
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES declararam a inexistência de população descoberta pela AB no território de abrangência
N1	Ruim	Menos de 40% das equipes declararam a inexistência de população descoberta pela AB no território de abrangência

1.4.1.2 - Diagnóstico da necessidade de profissionais multisetoriais: Verificar a existência de diagnóstico da necessidade de profissionais para compor equipes multiprofissionais

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos NASFs possuem diagnóstico da necessidade de profissionais para compor a equipe
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos NASFs possuem diagnóstico da necessidade de profissionais para compor a equipe
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos NASFs possuem diagnóstico da necessidade de profissionais para compor a equipe
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos NASFs possuem diagnóstico da necessidade de profissionais para compor a equipe
N1	Ruim	Menos de 40% dos NASFs possuem diagnóstico da necessidade de profissionais para compor a equipe

1.4.2.1 - Existe de gerência da unidade: Verificar o atendimento da Política Nacional de Saúde (PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 4.2.5)

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS possuem pessoa responsável pela gerência
N4	Muito Bom	Entre 70% e 80% das UBS possuem pessoa responsável pela gerência
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS possuem pessoa responsável pela gerência
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS possuem pessoa responsável pela gerência
N1	Ruim	Menos de 40% das UBS possuem pessoa responsável pela gerência

1.4.2.2 - Gerente com dedicação exclusiva: Verificar se a unidade apresenta profissional dedicado exclusivamente para a gerência		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS possuem profissional responsável pela gerência possui dedicação exclusiva
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS possuem profissional responsável pela gerência possui dedicação exclusiva
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS possuem profissional responsável pela gerência possui dedicação exclusiva
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS possuem profissional responsável pela gerência possui dedicação exclusiva
N1	Ruim	Em menos de 40% das UBS o profissional responsável pela gerência possui dedicação exclusiva

1.4.2.3 - Gerente com formação na área da saúde: Verificar se o profissional tem formação (graduação) na área da saúde		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das UBS possuem profissional responsável pela gerência com formação na área de saúde
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das UBS possuem profissional responsável pela gerência com formação na área de saúde
N3	Bom	Entre 60% e 69% das UBS possuem profissional responsável pela gerência com formação na área de saúde
N2	Regular	Entre 40% e 59% das UBS possuem profissional responsável pela gerência com formação na área de saúde
N1	Ruim	Em menos de 40% das UBS o profissional responsável pela gerência com formação na área de saúde

1.4.3.1 - Promoção de programas de educação permanente com participação das equipes: Verificar o cumprimento da PRT MS/GM 2436/2017, Anexo, Item 5, XIX		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES participaram de programas de educação permanente
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES participaram de programas de educação permanente
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES participaram de programas de educação permanente
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES participaram de programas de educação permanente
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES participaram de programas de educação permanente

1.4.3.2 - Ações de educação permanente de acordo com demandas e necessidades da equipe: Verificar se os cursos estão alinhados com as demandas e necessidades da equipe favorecendo o aprimoramento		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES consideram as ações condizentes com as demandas e necessidades
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES consideram as ações condizentes com as demandas e necessidades
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES consideram as ações condizentes com as demandas e necessidades
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES consideram as ações condizentes com as demandas e necessidades
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES consideram as ações condizentes com as demandas e necessidades

1.4.3.3.1 - Oferta de cursos adequados à necessidade dos profissionais: Verificar se os cursos são condizentes com as necessidades das equipes multidisciplinares		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos NASF consideram ter capacitação adequada para atuar na AB
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos NASF consideram ter capacitação adequada para atuar na AB
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos NASF consideram ter capacitação adequada para atuar na AB
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos NASF consideram ter capacitação adequada para atuar na AB
N1	Ruim	Menos de 40% dos NASF consideram ter capacitação adequada para atuar na AB

1.4.3.3.2 - Profissionais participam da escolha do tema de educação permanente: Verificar se existe processo participativo de definição de capacitações, levando em conta avaliação de prioridades		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos NASF os profissionais participam da escolha do tema de educação permanente
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos NASF os profissionais participam da escolha do tema de educação permanente
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos NASF os profissionais participam da escolha do tema de educação permanente
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos NASF os profissionais participam da escolha do tema de educação permanente
N1	Ruim	Em menos de 40% dos NASF os profissionais participam da escolha do tema de educação permanente

2.1.1 - Territorialização e Planejamento das Equipes: Verificar o cumprimento da Política Nacional de Saúde, PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES apresentaram organização e planejamento de atuação territorial
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES apresentaram organização e planejamento de atuação territorial
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES apresentaram organização e planejamento de atuação territorial
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES apresentaram organização e planejamento de atuação territorial
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES apresentaram organização e planejamento de atuação territorial

2.1.2 - Atendimento por Agendamento: Verificar o cumprimento da Política Nacional de Saúde, PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 5, V

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização do atendimento por agendamentos
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização do atendimento por agendamentos
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização do atendimento por agendamentos
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização do atendimento por agendamentos
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização do atendimento por agendamentos

2.1.3 - Atendimento da Demanda Espontânea: Verificar o atendimento da Política Nacional de Saúde, PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1, Item 4.1, V e Item 5, VI)

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos atendimentos das demanda espontâneas
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos atendimentos das demanda espontâneas
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos atendimentos das demanda espontâneas
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos atendimentos das demanda espontâneas
N1	Ruim	Menos de 50% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos atendimentos das demanda espontâneas

2.2.1 - Organização dos Prontuários: Verificar o atendimento da PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX; PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos prontuários
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos prontuários
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos prontuários
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos prontuários
N1	Ruim	Menos de 50% das EQUIPES cumprem os requisitos de organização dos prontuários

2.2.2 - Comunicação entre os profissionais da saúde ou com outras áreas: Verificar a existência de procedimentos formalizados (fluxos e condições) e o nível de comunicação entre os profissionais da saúde

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES cumprem os requisitos de comunicação entre profissionais
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES cumprem os requisitos de comunicação entre profissionais
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES cumprem os requisitos de comunicação entre profissionais
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES cumprem os requisitos de comunicação entre profissionais
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES cumprem os requisitos de comunicação entre profissionais

2.2.3 - Atuação da Central de Regulação: Verificar o nível de cumprimento da PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES cumprem os requisitos de funcionamento da central de regulação
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES cumprem os requisitos de funcionamento da central de regulação
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES cumprem os requisitos de funcionamento da central de regulação
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES cumprem os requisitos de funcionamento da central de regulação
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES cumprem os requisitos de funcionamento da central de regulação

2.3.1 – Utilização do Telessaúde: Verificar o cumprimento da PRT MS/GM 837/2014, Art. 14

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a utilização de todas as funcionalidades do Telessaúde de acordo com suas necessidades
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a utilização de todas as funcionalidades do Telessaúde de acordo com suas necessidades
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a utilização de todas as funcionalidades do Telessaúde de acordo com suas necessidades
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a utilização de todas as funcionalidades do Telessaúde de acordo com suas necessidades
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a utilização de todas as funcionalidades do Telessaúde de acordo com suas necessidades

2.3.2 – Exames: Verificar a pronta disponibilidade do conjunto de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção Primária à Saúde conforme PRT 2.588/2011, Anexo I, III

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de exames
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de exames
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de exames
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de exames
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de exames

2.3.3 – Procedimentos de Atenção Básica: Verificar a pronta disponibilidade do conjunto de exames necessários para os cuidados típicos da Atenção Primária à Saúde conforme PRT 2.588/2011, Anexo I, III

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção básica
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção básica
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção básica
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção básica
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção básica

2.3.4.1 – Atenção à saúde da Mulher: Verificar a disponibilidade dos exames previstos no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da mulher
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da mulher
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da mulher
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da mulher
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da mulher

2.3.4.2 – Atenção à saúde da Gestante e Puérpera: Verificar a disponibilidade dos exames previstos no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da gestante e puérpera
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da gestante e puérpera
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da gestante e puérpera
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da gestante e puérpera
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde da gestante e puérpera

2.3.4.3 – Atenção à saúde das Crianças: Verificar o cumprimento dos pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/1990, art. 4º		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde das crianças
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde das crianças
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde das crianças
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde das crianças
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização do conjunto de procedimentos de atenção à saúde das crianças

2.3.4.4 – Detecção e Acompanhamento de Comorbidades: Verificar os arranjos preventivos e organizacionais para detecção e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas - PRT MS 4.279/2010, Anexo		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de detecção e acompanhamento de comorbidades
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de detecção e acompanhamento de comorbidades
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de detecção e acompanhamento de comorbidades
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de detecção e acompanhamento de comorbidades
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de detecção e acompanhamento de comorbidades

2.3.4.5 – Dos Dependentes Químicos e sofrimento psíquico: Verificar o cumprimento da PRT MS 1.028/2005 - educação de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de atenção à saúde dos dependentes químicos e com sofrimento psíquico
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de atenção à saúde dos dependentes químicos e com sofrimento psíquico
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de atenção à saúde dos dependentes químicos e com sofrimento psíquico
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de atenção à saúde dos dependentes químicos e com sofrimento psíquico
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de atenção à saúde dos dependentes químicos e com sofrimento psíquico

2.3.5 – Vigilância em Saúde: Verificar o cumprimento das diretrizes e ações da vigilância sanitária, conforme PRT MS nº 1.378/2013		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de vigilância em saúde
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de vigilância em saúde
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de vigilância em saúde
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de vigilância em saúde
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a realização de procedimentos de vigilância em saúde

2.4.1.1 – Incentivo à carreira: Verificar a existência de plano de carreira para os servidores da saúde do município e os requisitos de progressão nele contidos		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% das EQUIPES manifestaram a existência do conjunto de critérios de incentivo à carreira
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% das EQUIPES manifestaram a existência do conjunto de critérios de incentivo à carreira
N3	Bom	Entre 60% e 69% das EQUIPES manifestaram a existência do conjunto de critérios de incentivo à carreira
N2	Regular	Entre 40% e 59% das EQUIPES manifestaram a existência do conjunto de critérios de incentivo à carreira
N1	Ruim	Menos de 40% das EQUIPES manifestaram a existência do conjunto de critérios de incentivo à carreira

2.4.1.2 – Vínculo de longo prazo. Verificar se os servidores são efetivos, ACT ou outros vínculos regulares, destacar eventuais formas alternativas e possíveis irregularidades (terceirizações)		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos representantes de EQUIPES manifestaram ser servidores estatutários
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos representantes de EQUIPES manifestaram ser servidores estatutários
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos representantes de EQUIPES manifestaram ser servidores estatutários
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos representantes de EQUIPES manifestaram ser servidores estatutários
N1	Ruim	Menos de 40% dos representantes de EQUIPES manifestaram ser servidores estatutários

2.4.3.1 – Alocação de recursos (gasto per capita): Verificar alocação de recursos e outras informações que possibilitem verificar coerência com os diversos aspectos constatados		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Gastos per capita 10% superiores ao quarto quartil dos municípios SC
N4	Muito Bom	Gastos per capita no quarto quartil dos municípios SC
N3	Bom	Gastos per capita no terceiro quartil dos municípios SC
N2	Regular	Gastos per capita no segundo quartil dos municípios SC
N1	Ruim	Gastos per capita no primeiro quartil dos municípios SC

3.1.1 - Percepção dos usuários do acesso aos serviços: Verificar a percepção dos usuários em relação aos serviços conforme requisitos definidos

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de acesso aos serviços
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de acesso aos serviços
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de acesso aos serviços
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de acesso aos serviços
N1	Ruim	Menos de 40% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de acesso aos serviços

3.1.2 - Percepção dos usuários em relação a qualidade das consultas: Verificar se ocorre um atendimento humanizado e abrangente

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de qualidade das consultas
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de qualidade das consultas
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de qualidade das consultas
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de qualidade das consultas
N1	Ruim	Menos de 40% dos USUÁRIOS entrevistados manifestaram percepção positiva em relação aos critérios de qualidade das consultas

3.1.3 - Visita Domiciliar: Verificar se ocorre a busca ativa de usuários de forma efetiva pelos ACS

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% dos USUÁRIOS entrevistados receberam visita domiciliar de um Agente Comunitário de Saúde
N4	Muito Bom	Entre 70% e 79% dos USUÁRIOS entrevistados receberam visita domiciliar de um Agente Comunitário de Saúde
N3	Bom	Entre 60% e 69% dos USUÁRIOS entrevistados receberam visita domiciliar de um Agente Comunitário de Saúde
N2	Regular	Entre 40% e 59% dos USUÁRIOS entrevistados receberam visita domiciliar de um Agente Comunitário de Saúde
N1	Ruim	Menos de 40% dos USUÁRIOS entrevistados receberam visita domiciliar de um Agente Comunitário de Saúde

3.2.1 - Pré-Natal: Verificar o cumprimento das metas definidas pelo Programa Previne Brasil		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% da meta definida para o indicadores (faixas definidas no SISAB) de pré-natal
N4	Muito Bom	Entre 60% a 79% da meta definida para o indicadores (faixas definidas no SISAB) de pré-natal
N3	Bom	Entre 42% a 59% da meta definida para o indicadores (faixas definidas no SISAB) de pré-natal
N2	Regular	Entre 24% a 41% da meta definida para o indicadores (faixas definidas no SISAB) de pré-natal
N1	Ruim	Abaixo de 24% da meta definida para os indicadores de pré-natal

3.2.2 - Saúde da Mulher: Verificar o cumprimento das metas definidas pelo Programa Previne Brasil		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 80% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da mulher
N4	Muito Bom	Entre 40% a 79% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da mulher
N3	Bom	Entre 28% a 39% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da mulher
N2	Regular	Entre 16% a 27% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da mulher
N1	Ruim	Abaixo de 16% da meta definida para o indicador de saúde da mulher

3.2.3 - Saúde da Criança: Verificar o cumprimento das metas definidas pelo Programa Previne Brasil		
Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	100% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da criança
N4	Muito Bom	Entre 95% a 100% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da criança
N3	Bom	Entre 67% a 94% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da criança
N2	Regular	Entre 38% a 66% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de saúde da criança
N1	Ruim	Abaixo de 38% da meta definida para o indicador de saúde da criança

3.2.4 - Doenças Crônicas: Verificar o cumprimento das metas definidas pelo Programa Previne Brasil

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	Acima de 90% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de doenças crônicas
N4	Muito Bom	Entre 50% a 89% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de doenças crônicas
N3	Bom	Entre 35% a 49% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de doenças crônicas
N2	Regular	Entre 20% a 34% da meta definida para o indicador (faixas definidas no SISAB) de doenças crônicas
N1	Ruim	Abaixo de 20% da meta definida para o indicador de doenças crônicas

3.3.1 - Saúde da Mulher (Meta Estadual): Verificar o cumprimento da meta estadual

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	100% da meta definida para os indicadores de saúde da mulher
N4	Muito Bom	Entre 90% a 99% da meta definida para os indicadores de saúde da mulher
N3	Bom	Entre 80% a 89% da meta definida para os indicadores de saúde da mulher
N2	Regular	Entre 60% a 79% da meta definida para os indicadores de saúde da mulher
N1	Ruim	Abaixo de 59% da meta definida para os indicadores de saúde da mulher

3.3.2 - Cobertura (Meta Estadual): Verificar o cumprimento da meta estadual

Níveis de Impacto	Níveis de Referência	Descrição
N5	Ótimo	100% da meta definida para os indicadores de cobertura
N4	Muito Bom	Entre 90% a 99% da meta definida para os indicadores de cobertura
N3	Bom	Entre 80% a 89% da meta definida para os indicadores de cobertura
N2	Regular	Entre 60% a 79% da meta definida para os indicadores de cobertura
N1	Ruim	Abaixo de 59% da meta definida para os indicadores de cobertura

APÊNDICE I - Análise das Taxas de Substituição

	Linear	AFCE	Decisores	MACBETH
1 - ESTRUTURA	33%	40%	50%	
1.1 - INSTALAÇÕES FÍSICAS	25%	25%	20%	
1.1.1 - Acesso e Acessibilidade (I.4)	50%	50%	50%	
1.1.1.1 - Sinalização (I.4.1)	25%	15%	10%	0%
1.1.1.2 - Mobilidade (I.4.2)	25%	15%	10%	8%
1.1.1.3 - Informações para os Usuários (I.4.3)	25%	30%	10%	9%
1.1.1.4 - Período de Atendimento aos Usuários	25%	40%	70%	
1.1.1.4.1 - Atendimento Semanal	25%	50%	40%	
1.1.1.4.1.1 - Segunda a sexta	50%	50%	50%	22%
1.1.1.4.1.2 - Carga horária de Atendimento (40h semanais)	50%	50%	50%	19%
1.1.1.4.2 - Finais de semana	25%	25%	30%	14%
1.1.1.4.3 - Atendimento no horário do almoço (I.4.6)	25%	10%	15%	15%
1.1.1.4.4 - Atendimento em horário ampliado - entre 18h e 22h00 (I.4.5.X)	25%	15%	15%	13%
1.1.2 - Infraestrutura e Ambiência (I.6)	50%	50%	50%	
1.1.2.1 - Espaços Físicos Disponíveis (I.6.X)	50%	50%	50%	17%
1.1.2.2 - Salubridade (I.6.4)	50%	50%	50%	83%
1.1.3 - Reforma e Ampliação (I.5)	-10%	-10%	-10%	
1.2 - EQUIPAMENTOS	25%	25%	20%	
1.2.1 - Equipamentos de T.I. e Telessaúde (I.7)	50%	40%	40%	20%
1.2.2 - Equipamentos Clínicos (I.8)	50%	60%	60%	80%
1.3 - MATERIAIS	25%	25%	20%	
1.3.1 - Material Impresso/Cadernetas (I.9)	20%	5%	5%	8%
1.3.2 - Imunobiológicos/Vacinas (I.10)	20%	30%	30%	20%
1.3.3 - Testes e Diagnósticos (I.11)	20%	20%	15%	23%
1.3.4 - Insumos	20%	30%	20%	
1.3.4.1 - Gerais (I.12)	33%	30%	40%	18%
1.3.4.2 - Práticas Integrativas (I.13)	33%	20%	10%	0%
1.3.4.3 - Urgência e Emergência (I.14)	33%	50%	50%	16%
1.3.5 - Medicamentos Farmácia Básica (I.15)	20%	15%	30%	15%
1.3.5.1 - Dispensação de medicamentos realizada na unidade (I.15.1)	33%	25%	25%	
1.3.5.2 - Estrutura para manipulação e distribuição de medicamentos	33%	25%	25%	
1.3.5.3 - Disponibilidade de Medicamentos	33%	50%	50%	
1.4 - RECURSOS HUMANOS	25%	25%	40%	
1.4.1 - Adequação Quantitativa das Equipes AB	33%	33%	40%	
1.4.1.1 - Inexistência de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe? (II.6.3)	50%	70%	50%	18%

1.4.1.2 - Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor equipes multidisciplinares (antigo NASF)? (IV.3.5)	50%	30%	50%	17%
1.4.2 – Gerência da UBS	33%	33%	30%	0%
1.4.2.1 - Existe pessoa responsável pela gerência da unidade? (I.3.3)	33%	60%	30%	13%
1.4.2.2 - Este profissional apresenta dedicação exclusiva? (I.3.4)	33%	20%	30%	6%
1.4.2.3 - Graduação do profissional responsável pela gerência na área da saúde (I.3.5)	33%	20%	40%	9%
1.4.3 – Capacitação	33%	33%	30%	
1.4.3.1 - Promoção de programas de educação permanente com participação das equipes	33%	40%	40%	17%
1.4.3.2 - As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? (II.4.4)	33%	40%	20%	16%
1.4.3.3 - Equipes multidisciplinares (antigo NASF)	33%	20%	40%	0%
1.4.3.3.1 - A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais multidisciplinares para atuarem na Atenção Básica? (IV.4.4)	50%	50%	50%	3%
1.4.3.3.2 - Profissionais participam da escolha do tema de educação permanente	50%	50%	50%	0%

	Linear	AFCE	Decisores	MACBETH
2 - PROCESSOS	33%	30%	30%	
2.1 - ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	25%	25%	30%	
2.1.1 - Territorialização e Planejamento das Equipes	33%	30%	40%	9%
2.1.2 - Atendimento por Agendamento	33%	40%	40%	8%
2.1.3 - Atendimento da Demanda Espontânea	33%	30%	20%	7%
2.2 - PRONTUÁRIOS / INTEGRAÇÃO E COMUNICAÇÃO	25%	25%	20%	
2.2.1 - Organização dos Prontuários	33%	20%	20%	5%
2.2.2 - Comunicação entre os profissionais da saúde ou com outras áreas	33%	30%	30%	4%
2.2.3 - Atuação da Central de Regulação	33%	50%	50%	3%
2.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	25%	25%	40%	
2.3.1 – Utilização do Telessaúde	20%	20%	10%	14%
2.3.2 – Exames	20%	20%	20%	13%
2.3.3 – Procedimentos de Atenção Básica	20%	20%	20%	12%
2.3.4 – Atenção à Saúde	20%	20%	20%	11%
2.3.4.1 – Da Mulher	20%	20%	20%	
2.3.4.2 – Da Gestante e puérpera	20%	20%	20%	
2.3.4.3 – Das Crianças	20%	20%	20%	
2.3.4.4 – Detecção e Acompanhamento de Comorbidades	20%	20%	20%	

2.3.4.5 – Dos Dependentes Químicos e sofrimento psíquico	20%	20%	20%
2.3.5 – Vigilância em Saúde	20%	20%	30%
2.4 - GOVERNANÇA	25%	25%	10%
2.4.1 – Gestão de Pessoas	50%	50%	50%
2.4.1.1 – Incentivo à carreira	50%	50%	50%
2.4.1.2 – Vínculo de longo prazo	50%	50%	50%
2.4.3 – Gestão Orçamentária e Financeira	50%	50%	50%

11%
2%
0%

	Linear	AFCE	Decisores
3 - RESULTADOS	33%	30%	20%
3.1 - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	33%	33%	20%
3.1.1 - Acesso aos serviços	33%	40%	50%
3.1.2 - Qualidade das Consultas	33%	40%	30%
3.1.3 - Visita Domiciliar	33%	20%	20%
3.2 - INDICADORES DE DESEMPENHO (PREVINE BRASIL) FONTE SISAB	33%	33%	40%
3.2.1 - Pré-Natal	25%	25%	25%
3.2.2 - Saúde da Mulher	25%	25%	25%
3.2.3 - Saúde da Criança	25%	25%	25%
3.2.4 - Doenças Crônicas	25%	25%	25%
3.3 - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA / PLANO ESTADUAL	33%	33%	40%
3.3.1 - Saúde da Mulher	50%	50%	50%
3.3.2 – Cobertura	50%	50%	50%

MACBETH
7%
4%
1%
16%
16%
15%
15%
14%
14%

APÊNDICE J - Análise das Taxas de Substituição (simulação empregando MACBETH)

PVF 1.1.1 – Acesso e Acessibilidade

Mais relevantes → Menos relevantes

	[1.1.1.4.1.1]	[1.1.1.4.1.2]	[1.1.1.4.3]	[1.1.1.4.2]	[1.1.1.4.4]	[1.1.1.3]	[1.1.1.2]	[1.1.1.1]	[tudo inf.]	Escala atual	
[1.1.1.4.1.1]	nula	forte	forte	forte	forte	fort-mfort	fort-mfort	extrema	positiva	22.11	extrema
[1.1.1.4.1.2]		nula	forte	forte	forte	fort-mfort	fort-mfort	extrema	positiva	18.75	mt. forte
[1.1.1.4.3]			nula	moderada	moderada	fort-mfort	fort-mfort	extrema	positiva	15.38	forte
[1.1.1.4.2]				nula	moderada	mod-fort	forte	mt. forte	positiva	13.94	moderada
[1.1.1.4.4]					nula	forte	forte	mfort-extr	positiva	12.50	fraca
[1.1.1.3]						nula	moderada	fort-mfort	positiva	9.14	mt. fraca
[1.1.1.2]							nula	forte	positiva	7.69	nula
[1.1.1.1]								nula	positiva	0.49	
[tudo inf.]									nula	0.00	

Julgamentos consistentes

Descritores (PVF 1.1.1 – Acesso e Acessibilidade)

Nome abreviado	Nome
1.1.1.1	Sinalização
1.1.1.2	Mobilidade
1.1.1.3	Informação para Usuário
1.1.1.4.1.2	Carga horária
1.1.1.4.1.1	Dias Úteis
1.1.1.4.2	Finais de Semana
1.1.1.4.3	Atendimento no almoço
1.1.1.4.4	Atendimento Noturno

PVF 1.1.2 - Infraestrutura

Ponderação (Infraestrutura e Ambiente)

	[1.1.2.2]	[1.1.2.1]	[tudo inf.]	Escala atual
[1.1.2.2]	nula	forte	positiva	83 . 33
[1.1.2.1]		nula	positiva	16 . 67
[tudo inf.]			nula	0 . 00

Julgamentos consistentes

extrema
mt. forte
forte
moderada
fraca
mt. fraca
nula

OK? [Icons]

Descritores PVF 1.1.2 - Infraestrutura

Critérios

Nome abreviado	Nome
1.1.2.1	Espaços Físicos Disponíveis
1.1.2.2	Salubridade

PVF 1.2 - Equipamentos

Ponderação (Equipamentos)

	[1.2.2]	[1.2.1]	[tudo inf.]	Escala atual
[1.2.2]	nula	mod-fort	positiva	80
[1.2.1]		nula	positiva	20
[tudo inf.]			nula	0

Julgamentos consistentes

extrema
mt. forte
forte
moderada
fraca
mt. fraca
nula

OK? [Icons]

Descritores PVF 1.2 - Equipamentos

Critérios

Nome abreviado	Nome
1.2.1	Equipamentos de T.I e Telessaúde
1.2.2	Equipamentos Clínicos

PVF 1.3 - Materiais

Árvore

Ponderação (Materiais)

	[1.3.3]	[1.3.2]	[1.3.4.1]	[1.3.4.3]	[1.3.5.3]	[1.3.1]	[1.3.3.2]	[tudo inf.]	Escala atual	
[1.3.3]	nula	forte	forte	forte	forte	fort-mfort	extrema	positiva	22.50	extrema
[1.3.2]		nula	forte	forte	forte	fort-mfort	extrema	positiva	20.00	mt. forte
[1.3.4.1]			nula	moderada	moderada	fort-mfort	extrema	positiva	17.50	forte
[1.3.4.3]				nula	moderada	fort-mfort	extrema	positiva	16.43	moderada
[1.3.5.3]					nula	mt. forte	extrema	positiva	15.35	fraca
[1.3.1]						nula	mt. forte	positiva	7.86	mt. fraca
[1.3.3.2]							nula	positiva	0.36	nula
[tudo inf.]								nula	0.00	

Julgamentos consistentes

OK?

Descritores PVF 1.3 - Materiais

Nome abreviado	Nome
1.3.1	Materia Impresso e Cadernetas
1.3.2	Imunobiológicos e Vacinas
1.3.3	Testes e Diagnósticos
1.3.4.1	Gerais
1.3.3.2	Práticas Integrativas
1.3.4.3	Urgências e Emergências
1.3.5.3	Disponibilidade

PVF 1.4 – Recursos Humanos

	[1.4.1.1]	[1.4.1.2]	[1.4.3.1]	[1.4.3.2]	[1.4.2.1]	[1.4.2.3]	[1.4.2.2]	[1.4.3.3.1]	[1.4.3.3.2]	[tudo inf.]	Escala atual	
[1.4.1.1]	nula	fraca	fraca	frac-mod	extrema	mfort-extr	extrema	mfort-extr	mfort-extr	positiva	10, 15	extrema
[1.4.1.2]		nula	fraca	frac-mod	extrema	extrema	mfort-extr	mfort-extr	extrema	positiva	17, 40	mt. forte
[1.4.3.1]			nula	frac-mod	extrema	extrema	mfort-extr	mfort-extr	extrema	positiva	16, 66	forte
[1.4.3.2]				nula	extrema	extrema	mfort-extr	mfort-extr	extrema	positiva	15, 92	moderada
[1.4.2.1]					nula	extrema	mfort-extr	mfort-extr	extrema	positiva	12, 59	fraca
[1.4.2.3]						nula	mfort-extr	mfort-extr	extrema	positiva	9, 26	mt. fraca
[1.4.2.2]							nula	mfort-extr	extrema	positiva	6, 30	nula
[1.4.3.3.1]								nula	mt. forte	positiva	3, 34	
[1.4.3.3.2]									nula	positiva	0, 38	
[tudo inf.]										nula	0, 00	

Julgamentos consistentes

Descritores PVF 1.4 – Recursos Humanos

Nome abreviado	Nome
1.4.1.1	Inexistência de População a Descoberto no Território
1.4.1.2	Existência de Diagnóstico sobre necessidade de profissionais
1.4.2.1	Existe profissional responsável pela gerência
1.4.2.2	Profissional responsável pela gerência com dedicação exclusiva
1.4.2.3	Profissional responsável pela gerência com formação em saúde
1.4.3.1	Promoção de programas de educação permanente com participação das equipes
1.4.3.2	Ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe
1.4.3.3.1	A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais multidisciplinares para atuarem na Atenção Básica
1.4.3.3.2	Profissionais participam da escolha do tema de educação permanente

PVF1 2-Processos

	[2.3.1]	[2.3.2]	[2.3.3]	[2.3.4]	[2.3.5]	[2.1.1]	[2.1.2]	[2.1.3]	[2.2.1]	[2.2.2]	[2.2.3]	[2.4.1]	[2.4.3]	[tudo inf.]	Escala atual	
[2.3.1]	nula	frac-mod	frac-mod	frac-mod	frac-mod	mod-fort	mod-fort	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	13.92	extrema
[2.3.2]		nula	frac-mod	frac-mod	frac-mod	mod-fort	mod-fort	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	13.08	mt. forte
[2.3.3]			nula	frac-mod	frac-mod	mod-fort	mod-fort	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	12.24	forte
[2.3.4]				nula	frac-mod	mod-fort	mod-fort	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	11.39	moderada
[2.3.5]					nula	mod-fort	mod-fort	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	10.55	frac
[2.1.1]						nula	mod-fort	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	9.28	mt. frac
[2.1.2]							nula	mod-fort	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	8.02	nula
[2.1.3]								nula	moderada	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	6.75	
[2.2.1]									nula	moderada	moderada	moderada	moderada	positiva	5.49	
[2.2.2]										nula	moderada	moderada	moderada	positiva	4.22	
[2.2.3]											nula	moderada	moderada	positiva	2.95	
[2.4.1]												nula	moderada	positiva	1.69	
[2.4.3]													nula	positiva	0.42	
[tudo inf.]														nula	0.00	

Julgamentos consistentes

PVF1 3-Resultado

	[3.2.1]	[3.2.2]	[3.2.3]	[3.2.4]	[3.3.1]	[3.3.2]	[3.1.1]	[3.1.2]	[3.1.3]	[tudo inf.]	Escala atual	
[3.2.1]	nula	nula	mt. frac	mt. frac	mt. frac	mt. frac	moderada	moderada	moderada	positiva	15.68	extrema
[3.2.2]		nula	mt. frac	mt. frac	mt. frac	mt. frac	moderada	moderada	moderada	positiva	15.68	mt. forte
[3.2.3]			nula	nula	mt. frac	mt. frac	moderada	moderada	moderada	positiva	14.70	forte
[3.2.4]				nula	mt. frac	mt. frac	moderada	moderada	moderada	positiva	14.70	moderada
[3.3.1]					nula	nula	moderada	moderada	moderada	positiva	13.73	frac
[3.3.2]						nula	moderada	moderada	moderada	positiva	13.73	mt. frac
[3.1.1]							nula	frac	frac	positiva	6.87	nula
[3.1.2]								nula	frac	positiva	3.93	
[3.1.3]									nula	positiva	0.98	
[tudo inf.]										nula	0.00	

Julgamentos consistentes

APÊNDICE K - Ranking dos municípios avaliados pelo modelo MCDA (base 2019)

Ordem	Municípios	Estrutura	Processos	Resultado	Total
1º	Nova Itaberaba	137,88	181,79	86,29	135,32
2º	Paial	142,67	155,25	93,69	130,54
3º	Jardinópolis	121,56	160,33	104,80	128,90
4º	Calmon	144,75	163,04	75,55	127,78
5º	Águas Mornas	119,72	136,58	124,80	127,03
6º	Bom Jesus do Oeste	151,94	175,33	52,03	126,43
7º	Nova Erechim	139,76	170,75	62,22	124,24
8º	Vargem	173,43	199,92	-1,67	123,89
9º	Sul Brasil	117,29	159,50	87,21	121,33
10º	Galvão	153,64	141,58	68,70	121,31
11º	Urupema	152,67	179,08	28,89	120,21
12º	Bombinhas	124,89	149,50	75,55	116,65
13º	Arvoredo	146,94	111,58	90,92	116,48
14º	Águas Frias	149,93	179,50	19,63	116,35
15º	Tigrinhos	146,11	189,50	13,15	116,25
16º	Macieira	126,60	176,08	45,55	116,08
17º	Formosa do Sul	141,42	154,83	49,25	115,17
18º	Vargeão	119,37	158,25	65,92	114,51
19º	Itaiópolis	105,59	152,21	84,44	114,08
20º	Flor do Sertão	138,30	185,33	15,92	113,18
21º	Santa Terezinha do Progresso	133,96	181,17	24,26	113,13
22º	Anchieta	109,37	174,50	49,25	111,04
23º	Rio Fortuna	137,64	136,17	57,59	110,46
24º	Petrolândia	130,83	127,00	72,77	110,20
25º	Ipira	116,07	170,75	42,77	109,87
26º	Papanduva	89,72	149,50	90,36	109,86
27º	José Boiteux	137,95	159,00	28,89	108,61
28º	Imbuia	101,39	162,67	61,66	108,57
29º	São Miguel da Boa Vista	150,87	154,50	15,92	107,10
30º	Santa Rosa de Lima	139,62	187,42	-6,30	106,91
31º	Jupia	133,12	168,67	18,70	106,83
32º	Salto Veloso	149,06	183,25	-11,85	106,82
33º	Riqueza	111,56	148,25	59,44	106,42
34º	Paraíso	115,00	136,37	67,77	106,38
35º	Caxambu do Sul	139,62	143,04	35,37	106,01
36º	São João do Itaperiú	151,14	105,33	60,55	105,67
37º	Barra Bonita	116,91	142,25	56,66	105,27
38º	Tunápolis	135,14	156,08	20,55	103,92
39º	Faxinal dos Guedes	94,61	149,08	65,92	103,20
40º	São Bernardino	132,67	166,08	10,37	103,04

41º	Vargem Bonita	156,63	172,83	-21,11	102,78
42º	Itá	158,78	164,50	-18,33	101,65
43º	Irani	123,89	130,33	42,77	99,00
44º	São Domingos	113,33	142,62	40,00	98,65
45º	Urussanga	132,15	97,83	65,92	98,63
46º	Dona Emma	135,52	134,50	23,33	97,78
47º	Rancho Queimado	130,87	173,87	-12,78	97,32
48º	União do Oeste	116,28	172,33	2,04	96,88
49º	Iporã do Oeste	98,23	120,37	71,47	96,69
50º	Witmarsum	147,64	140,54	-0,56	95,87
51º	Treviso	134,76	137,62	15,18	95,85
52º	Painel	95,35	155,54	36,66	95,85
53º	Antônio Carlos	99,62	147,33	37,77	94,91
54º	Novo Horizonte	122,81	170,75	-9,07	94,83
55º	Orleans	84,37	164,08	34,44	94,30
56º	Nova Veneza	101,70	135,75	42,77	93,41
57º	Brunópolis	106,67	160,50	12,22	93,13
58º	Princesa	126,25	167,00	-15,55	92,56
59º	Romelândia	138,12	116,17	23,33	92,54
60º	Celso Ramos	139,51	169,08	-31,29	92,43
61º	Mondaí	78,96	107,83	90,36	92,38
62º	Palma Sola	114,79	109,92	52,03	92,25
63º	Xaxim	77,67	164,50	34,44	92,20
64º	Cerro Negro	104,93	166,58	3,33	91,61
65º	Rio do Oeste	49,62	149,92	73,33	90,95
66º	Timbó Grande	121,49	110,67	40,00	90,72
67º	Capão Alto	82,01	137,54	50,55	90,03
68º	São Ludgero	85,66	137,42	46,11	89,73
69º	Serra Alta	112,85	192,62	-36,85	89,54
70º	Bocaina do Sul	95,45	131,17	41,11	89,24
71º	Balneário Piçarras	106,49	132,83	26,11	88,48
72º	Atalanta	115,38	152,04	-6,30	87,04
73º	Siderópolis	81,80	121,17	56,11	86,36
74º	Três Barras	114,93	108,67	34,44	86,01
75º	Palmeira	112,64	139,50	5,00	85,71
76º	Lajeado Grande	130,21	136,58	-10,00	85,60
77º	Matos Costa	138,61	160,96	-43,33	85,41
78º	Marema	131,46	161,17	-36,66	85,32
79º	Paulo Lopes	97,22	114,50	42,22	84,65
80º	Erval Velho	103,51	118,50	31,11	84,37
81º	Pouso Redondo	94,22	131,17	26,11	83,83
82º	Rio do Campo	114,03	119,50	17,78	83,77
83º	Barra Velha	77,08	137,00	37,22	83,77
84º	São José do Cedro	61,84	134,50	53,88	83,41
85º	Itapoá	119,30	164,50	-34,44	83,12
86º	Anita Garibaldi	115,42	115,33	17,78	82,84

87º	Cunhataí	111,87	141,92	-8,15	81,88
88º	Presidente Getúlio	109,86	117,83	17,78	81,82
89º	Praia Grande	93,78	160,33	-10,00	81,37
90º	Modelo	74,10	117,00	52,96	81,35
91º	Jaguaruna	105,35	101,17	37,22	81,24
92º	Braço do Trombudo	120,76	112,33	10,37	81,15
93º	Tangará	117,53	95,33	28,51	80,46
94º	Entre Rios	96,14	162,12	-17,41	80,29
95º	Agrolândia	95,22	141,42	1,11	79,25
96º	Bandeirante	142,98	165,58	-71,10	79,15
97º	Pinheiro Preto	109,48	137,42	-10,00	78,96
98º	Santa Helena	110,10	136,58	-10,00	78,90
99º	Campo Belo do Sul	72,17	104,50	59,99	78,89
100º	Lacerdópolis	132,64	158,25	-54,44	78,82
101º	Timbó	119,13	102,00	15,00	78,71
102º	Jaborá	109,34	114,21	12,22	78,59
103º	Braço do Norte	117,64	64,50	51,11	77,75
104º	Cunha Porã	90,38	148,87	-6,67	77,53
105º	Meleiro	89,23	143,25	0,00	77,49
106º	Ponte Alta do Norte	130,35	144,92	-43,33	77,31
107º	Navegantes	75,10	124,50	32,22	77,27
108º	Ermo	144,20	141,92	-54,44	77,22
109º	Bom Jesus	97,22	136,58	-2,41	77,13
110º	São João do Oeste	161,46	147,83	-78,88	76,80
111º	Ponte Alta	95,55	99,50	31,11	75,39
112º	Saltinho	90,76	124,83	8,52	74,70
113º	Otacílio Costa	91,77	34,33	97,77	74,62
114º	Santiago do Sul	114,62	121,92	-14,63	73,97
115º	Sombrio	89,31	128,04	4,44	73,93
116º	Luiz Alves	128,09	56,17	37,22	73,82
117º	Rio Rufino	61,25	112,42	47,77	73,81
118º	Santo Amaro da Imperatriz	86,21	106,21	28,89	73,77
119º	Criciúma	98,33	122,21	-1,11	73,14
120º	Apiúna	81,11	120,54	17,78	73,14
121º	Forquilha	100,14	76,17	42,77	73,03
122º	Garopaba	72,88	122,83	23,33	73,01
123º	Cocal do Sul	86,60	61,50	70,55	72,88
124º	Irati	90,45	121,79	3,89	72,04
125º	Mafra	116,07	53,67	46,11	71,95
126º	Ouro Verde	91,46	160,75	-36,85	71,79
127º	Ilhota	67,53	122,21	23,33	71,02
128º	Botuverá	101,98	86,17	24,26	70,80
129º	Alfredo Wagner	88,33	106,17	17,78	70,76
130º	Laurentino	87,22	85,33	38,70	70,42
131º	Mirim Doce	123,82	124,92	-37,77	70,32
132º	Brusque	102,98	97,83	10,00	70,27

133º	Iraceminha	97,15	131,71	-18,33	70,18
134º	Abelardo Luz	70,38	110,54	28,89	69,94
135º	Tubarão	103,51	110,54	-4,44	69,87
136º	Fraiburgo	107,50	85,33	16,48	69,77
137º	Rio Negrinho	91,18	107,83	10,00	69,67
138º	Xavantina	93,89	148,87	-35,00	69,25
139º	Planalto Alegre	107,92	111,37	-11,85	69,15
140º	Lages	90,73	89,71	26,66	69,03
141º	Aurora	113,33	87,83	4,44	68,54
142º	Chapecó	90,83	104,50	10,00	68,44
143º	Itapema	77,08	73,25	53,88	68,07
144º	Nova Trento	67,32	91,17	45,55	68,01
145º	Rodeio	101,98	92,00	10,00	67,99
146º	Ascurra	104,82	43,67	53,88	67,46
147º	Porto Belo	83,30	92,83	26,11	67,41
148º	Caibi	110,73	93,08	-1,67	67,38
149º	Luzerna	118,37	100,33	-18,70	66,67
150º	Vidal Ramos	129,65	99,50	-29,44	66,57
151º	Morro da Fumaça	71,56	36,17	90,55	66,09
152º	Bela Vista do Toldo	135,27	55,50	6,67	65,81
153º	Santa Rosa do Sul	104,30	97,00	-4,44	65,62
154º	Coronel Martins	91,84	142,75	-37,77	65,60
155º	Presidente Nereu	75,45	144,92	-23,89	65,49
156º	Maravilha	87,39	124,50	-15,55	65,45
157º	Ipuaçu	75,62	89,33	31,11	65,35
158º	Arroio Trinta	140,55	192,62	-137,21	65,32
159º	São Cristóvão do Sul	113,05	156,17	-73,33	65,30
160º	Capivari de Baixo	95,14	81,17	17,78	64,69
161º	Ponte Serrada	35,35	106,67	51,11	64,37
162º	Vitor Meireles	-18,26	157,42	53,88	64,35
163º	Santa Terezinha	60,07	103,50	23,33	62,30
164º	Pinhalzinho	73,99	80,33	29,81	61,38
165º	Bom Jardim da Serra	72,95	44,83	66,10	61,30
166º	São Bonifácio	119,48	129,92	-65,55	61,28
167º	Zortéa	128,96	108,25	-56,66	60,18
168º	Presidente Castello Branco	145,28	196,92	-162,21	59,99
169º	Pomerode	141,53	105,33	-67,77	59,70
170º	Içara	101,98	76,17	-1,11	59,01
171º	Irineópolis	55,71	79,33	41,48	58,84
172º	Passos Maia	53,33	110,75	12,22	58,77
173º	Iomerê	76,60	124,08	-26,66	58,00
174º	Peritiba	125,87	86,17	-40,55	57,16
175º	Canelinha	73,85	68,67	28,89	57,13
176º	Frei Rogério	62,92	137,75	-29,44	57,07
177º	Anitápolis	113,40	122,00	-65,55	56,62
178º	Ibirama	58,99	92,83	17,78	56,53

179º	Água Doce	65,45	147,42	-43,33	56,51
180º	Gaspar	119,72	72,00	-23,33	56,13
181º	Guarujá do Sul	95,62	46,33	26,11	56,02
182º	Herval d'Oeste	58,19	92,00	17,78	55,99
183º	Governador Celso Ramos	44,62	86,17	36,66	55,82
184º	São José do Cerrito	120,48	82,83	-36,85	55,49
185º	Doutor Pedrinho	125,28	145,75	-109,43	53,86
186º	Ipumirim	110,45	121,83	-71,10	53,73
187º	Campo Alegre	46,18	92,00	21,11	53,10
188º	Morro Grande	132,85	83,54	-57,22	53,06
189º	Joaçaba	73,16	67,83	17,78	52,92
190º	Passo de Torres	87,43	91,83	-21,11	52,72
191º	Itapiranga	99,20	49,00	9,44	52,55
192º	Benedito Novo	129,84	72,83	-45,55	52,37
193º	Belmonte	49,24	108,25	-0,74	52,25
194º	São Martinho	60,97	123,00	-28,33	51,88
195º	Lindóia do Sul	112,53	144,21	-101,10	51,88
196º	Arabutã	64,30	131,21	-40,55	51,65
197º	Xanxerê	71,98	156,17	-73,33	51,61
198º	Monte Carlo	81,67	86,17	-15,55	50,76
199º	Saudades	69,44	76,67	5,37	50,49
200º	São José	89,10	118,67	-56,66	50,37
201º	Itajaí	115,55	97,00	-62,22	50,11
202º	Rio das Antas	122,92	76,50	-50,00	49,81
203º	Major Gercino	42,39	113,17	-6,67	49,63
204º	Ituporanga	54,30	52,00	42,22	49,51
205º	Palhoça	99,48	110,46	-62,22	49,24
206º	Correia Pinto	59,72	47,67	37,22	48,20
207º	Campo Erê	68,05	121,17	-46,11	47,70
208º	Lebon Régis	54,20	65,33	23,33	47,62
209º	Treze Tílias	64,86	86,83	-10,00	47,23
210º	São Bento do Sul	82,53	83,67	-25,18	47,01
211º	Guaraciaba	26,98	54,50	59,44	46,97
212º	Biguaçu	94,62	56,17	-10,00	46,93
213º	Cordilheira Alta	78,54	54,92	6,67	46,71
214º	Dionísio Cerqueira	59,27	73,67	6,67	46,53
215º	Monte Castelo	59,43	62,33	17,78	46,51
216º	Piratuba	129,06	24,25	-15,55	45,92
217º	Gravatal	82,17	25,33	28,89	45,46
218º	São João Batista	83,97	131,17	-78,88	45,42
219º	Taió	14,20	67,00	53,88	45,03
220º	Araranguá	77,53	57,83	-1,11	44,75
221º	Massaranduba	78,89	71,37	-17,78	44,16
222º	Quilombo	-18,05	82,00	64,99	42,98
223º	Chapadão do Lageado	89,27	88,50	-48,88	42,96
224º	Urubici	35,76	68,50	23,89	42,72

225º	São Carlos	-2,99	92,25	37,22	42,16
226º	São Pedro de Alcântara	70,03	108,67	-54,44	41,42
227º	Lontras	74,25	49,67	-1,11	40,94
228º	Garuva	75,24	136,58	-89,99	40,61
229º	Coronel Freitas	43,65	76,50	1,67	40,60
230º	Tijucas	17,48	77,50	25,55	40,18
231º	Florianópolis	96,11	96,37	-73,33	39,72
232º	Balneário Arroio do Silva	83,16	70,33	-34,44	39,68
233º	Blumenau	95,87	99,50	-78,88	38,83
234º	Jacinto Machado	23,47	55,83	34,44	37,92
235º	Seara	89,30	50,67	-26,66	37,77
236º	Balneário Camboriú	69,93	70,33	-29,44	36,94
237º	Joinville	85,17	82,00	-56,66	36,84
238º	São Miguel do Oeste	18,19	79,00	12,22	36,47
239º	Porto União	92,47	67,00	-53,88	35,19
240º	Angelina	51,01	87,04	-35,00	34,35
241º	Bom Retiro	83,44	61,50	-42,40	34,18
242º	Treze de Maio	13,36	23,08	65,92	34,12
243º	Concórdia	85,00	50,33	-34,44	33,63
244º	São Francisco do Sul	70,07	25,50	4,44	33,34
245º	Ibicaré	60,59	86,58	-48,88	32,76
246º	Balneário Gaivota	18,47	70,17	8,89	32,51
247º	São João do Sul	47,95	93,25	-46,11	31,70
248º	Leoberto Leal	52,63	117,75	-76,66	31,24
249º	Santa Cecília	44,24	154,96	-106,66	30,85
250º	Descanso	36,06	105,33	-48,88	30,84
251º	Caçador	65,87	37,00	-12,22	30,22
252º	Laguna	22,53	70,54	-4,44	29,54
253º	Penha	10,00	79,00	-1,11	29,30
254º	Indaial	98,30	45,33	-56,66	28,99
255º	Trombudo Central	56,60	55,33	-26,11	28,61
256º	Imbituba	17,74	52,83	12,22	27,60
257º	Rio dos Cedros	31,81	115,33	-64,99	27,38
258º	Imaruí	15,83	59,00	6,67	27,17
259º	Agronômica	62,36	26,50	-10,00	26,29
260º	Balneário Barra do Sul	96,70	101,50	-120,54	25,89
261º	Canoinhas	90,45	77,00	-95,55	23,97
262º	Rio do Sul	43,05	110,37	-84,44	23,00
263º	Grão Pará	27,53	92,50	-51,66	22,79
264º	Águas de Chapecó	23,40	123,08	-78,88	22,53
265º	Major Vieira	88,26	35,42	-59,07	21,54
266º	Guabiruba	79,76	56,17	-73,33	20,87
267º	Catanduvas	18,27	55,25	-12,22	20,43
268º	Campos Novos	14,20	46,50	-1,11	19,86
269º	Palmitos	51,42	17,33	-9,44	19,77
270º	Balneário Rincão	96,80	43,67	-82,21	19,42

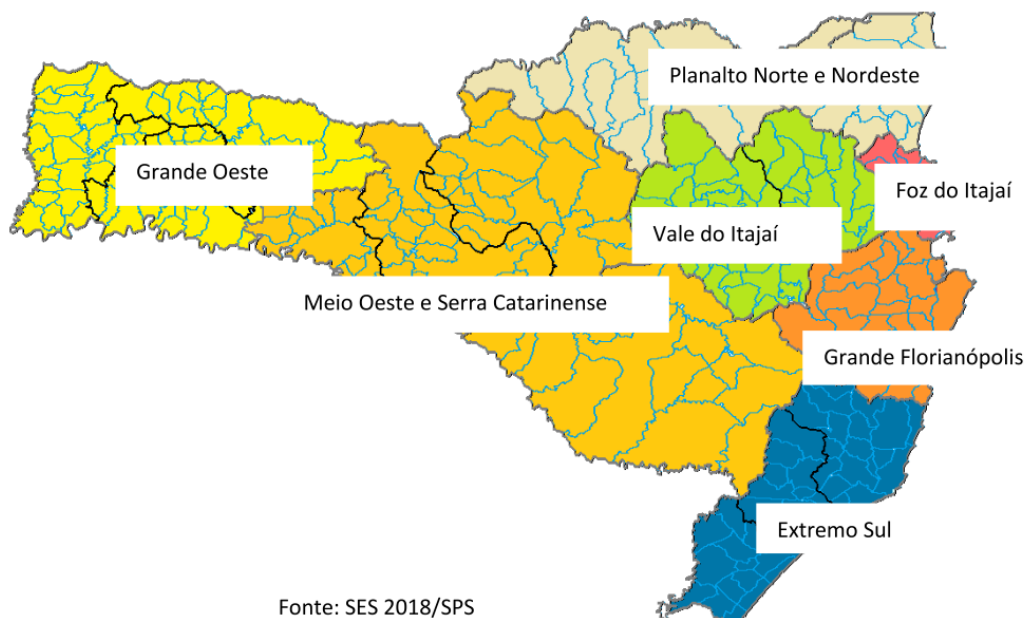
271º	Salete	-26,77	77,00	4,81	18,35
272º	Ouro	106,28	105,75	-162,21	16,61
273º	Maracajá	96,84	51,00	-104,43	14,47
274º	São Lourenço do Oeste	10,35	98,67	-71,10	12,64
275º	Turvo	22,12	30,00	-21,11	10,34
276º	São Joaquim	-22,99	29,33	23,89	10,08
277º	Curitibanos	37,81	31,08	-42,77	8,71
278º	Corupá	14,97	52,33	-42,77	8,17
279º	Camboriú	29,06	25,33	-32,22	7,39
280º	Jaraguá do Sul	27,74	44,33	-58,33	4,58
281º	Pescaria Brava	-16,74	-1,17	28,89	3,66
282º	Capinzal	-45,07	31,83	-0,56	-4,60
283º	Videira	33,96	45,33	-106,66	-9,12
284º	Guaramirim	17,85	31,83	-94,44	-14,92
285º	Timbé do Sul	7,01	59,67	-112,21	-15,18

ANEXOS

ANEXO A - Mapa das 16 regiões de saúde de Santa Catarina



Fonte: SES/SPS 2018

ANEXO B - Mapa das 7 macrorregiões de saúde de Santa Catarina

Fonte: SES/SPS 2018

ANEXO C - Relação de Questões do IEG-M (i-Saúde)

1. O município possui informação sistematizada sobre os gargalos/demanda reprimida de atendimento ambulatorial/hospitalar de média e alta complexidade de referência para a Atenção Básica?
2. O município disponibiliza consultas médicas à distância utilizando instrumentos tecnológicos tais como telefone, internet, etc.?
3. O Município divulga nas UBS em local acessível ao público a escala atualizada de serviço dos profissionais de saúde contendo o nome e o horário de entrada e saída destes servidores?
4. Quantas unidades de saúde (estabelecimentos físicos) possuem AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros)?
5. Quantas unidades de saúde (estabelecimentos físicos) possuem alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária, ou documentação comprovando que cumprem as exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local?
6. O município possui gestão de estoque dos insumos (Ex.: luvas, capotes, gorros, máscaras e seringas) para operacionalização da sua atenção básica: estoque mínimo, variação do estoque?
 - 6.1. Quantas unidades de saúde possuem essa gestão de estoque?
7. O atendimento nas unidades municipais que prestam assistência em saúde já foi interrompido ou descontinuado por falta de insumos?
9. A prefeitura realizou campanha anual ou incentivo em grupos de gestantes para a promoção do aleitamento materno?
11. O município identifica e mantém registro atualizado dos pacientes de quais fatores de risco/doenças crônicas? (Possível marcar mais de uma opção) [Asma]
11. O município identifica e mantém registro atualizado dos pacientes de quais fatores de risco/doenças crônicas? (Possível marcar mais de uma opção) [Diabetes Mellitus]
11. O município identifica e mantém registro atualizado dos pacientes de quais fatores de risco/doenças crônicas? (Possível marcar mais de uma opção) [DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica]
11. O município identifica e mantém registro atualizado dos pacientes de quais fatores de risco/doenças crônicas? (Possível marcar mais de uma opção) [Hipertensão]
11. O município identifica e mantém registro atualizado dos pacientes de quais fatores de risco/doenças crônicas? (Possível marcar mais de uma opção) [Obesidade]
13. Os médicos cumprem integralmente sua jornada de trabalho?
14. As unidades básicas de saúde no município possuem condições técnicas para realização de tratamento supervisionado para os casos de tuberculose?
16. Qual o percentual de unidades com sala de vacinação com funcionamento em 05 dias da semana?
17. Os médicos da UBS possuem sistema de controle de ponto eletrônico? (Ex.: mecânico; biométrico; digital; etc)

18. O município disponibiliza serviço de agendamento de consulta médica nas UBSs por meio de telefone, VOIP, Internet, totem, etc.?

19. Foi realizada ação para a promoção da saúde bucal nas escolas?

21. Sobre a presença de médicos nas ESF, informe:

24. Quanto ao número de nascidos vivos no município no ano de 2019, responda: 24.1. Informe o número de nascidos vivos de mães residentes no município. [Não possui registro]

24. Quanto ao número de nascidos vivos no município no ano de 2019, responda: 24.1. Informe o número de nascidos vivos de mães residentes no município. [Outros]

24.2. Informe o número total de nascidos vivos de mães residentes no município que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal na rede municipal de saúde. [Não possui registro]

24.2. Informe o número total de nascidos vivos de mães residentes no município que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal na rede municipal de saúde. [Outros]

24.3 Número de óbitos de crianças com menos de 5 anos de idade (NO): [Não possui registro]

25. Sobre o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade, informe o percentual de cobertura: 25.1 Vacina Pentavalente (3ª dose): [Não possui registro]

25. Sobre o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade, informe o percentual de cobertura: 25.1 Vacina Pentavalente (3ª dose): [Outros]

25.2 Vacina Pneumocócica 10-valente (2ª dose): [Não possui registro]

25.2 Vacina Pneumocócica 10-valente (2ª dose): [Outros]

25.3 Vacina Poliomielite (3ª dose): [Não possui registro]

25.3 Vacina Poliomielite (3ª dose): [Outros]

25.4 Vacina Tríplice Viral (1ª dose): [Não possui registro]

25.4 Vacina Tríplice Viral (1ª dose): [Outros]

29. O Conselho Municipal da Saúde é atuante e demonstra eficácia do controle social?

29.1 Qual o número de irregularidades apontadas?

29.2 Quantas irregularidades foram solucionadas?

30. Quantas reuniões foram realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde no Exercício em análise?

31. Qual a principal razão para pagamento de horas extras para os médicos?

34. O município possui Plano Municipal da Saúde atualizado, contendo metas físico-financeiras quantificáveis?

39. O Fundo Municipal movimenta todos os recursos da Saúde mediante contas bancárias próprias?

40. O município tem implantado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus)?

43. Houve aprovação da Gestão da Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde?

43.1 Considerando sua resposta na questão 43, anexe documento(s) que comprove(m) que houve aprovação da Gestão da Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS)

45. Sobre a infraestrutura e necessidade de reparos nas unidades de saúde do município no ano de 2019, responda: 45.1 Quantas unidades de saúde necessitavam de reparos (conserto de janelas, rachaduras, infiltrações, fiação elétrica, substituição de azulejos danificados, etc) em dezembro de exercício em exame? [Não possui registro]

45. Sobre a infraestrutura e necessidade de reparos nas unidades de saúde do município no ano de 2019, responda: 45.1 Quantas unidades de saúde necessitavam de reparos (conserto de janelas, rachaduras, infiltrações, fiação elétrica, substituição de azulejos danificados, etc) em dezembro de exercício em exame? [Outros]

45. Sobre a infraestrutura e necessidade de reparos nas unidades de saúde do município no ano de 2019, responda: 45.2 Quantas unidades de saúde tiveram seu funcionamento interrompido ou foram abandonadas por problemas de infraestrutura? [Não possui registro]

46. Sobre saúde materna e infantil no ano de 2019, informe: [Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade:]

46. Sobre saúde materna e infantil no ano de 2019, informe: [Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) (NOM):]

46. Sobre saúde materna e infantil no ano de 2019, informe: [Número de partos cesarianos do SUS:]

46. Sobre saúde materna e infantil no ano de 2019, informe: [Número de partos normais do SUS:]

49. As despesas consideradas, para fins de apuração do mínimo constitucional de aplicação de recursos próprios em saúde, foram de responsabilidade específica do setor de saúde e com recursos municipais movimentados somente pelo Fundo Municipal de Saúde?

50. Existe controle de tempo de atendimento dos pacientes nas UBS (horário de entrada x horário de atendimento médico)?

52. Qual a quantidade de unidades públicas municipais de saúde (estabelecimentos físicos) existentes no município no exercício em exame?

53. Com base na Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, informe o percentual aplicado em ações e serviços públicos de saúde da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal:

58. O Município implantou e/ou estruturou a Central de Regulação da Saúde no Município?

59. Há controle do fluxo dos relatórios de referência e contra referência por especialidade?

59.1 O controle do fluxo dos relatórios de referência e contra referência por especialidade é informatizado?

60. O Município possui protocolos de encaminhamento para realização de exames médicos e de consultas de especialidades para as referências?

61. A Prefeitura/Secretaria da Saúde Municipal possui Plano de Cargos e Salários para seus profissionais de saúde?

62. A gestão municipal remunera e premia os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de atenção básica?

Considerando sua resposta na Questão 34, anexe o Plano Municipal de Saúde atualizado, contendo metas físico-financeiras quantificáveis.

Qual é o tempo médio de espera (em dias) até a primeira consulta?

Que tipo de sistema? (possível escolher mais de um) [Próprio]

Que tipo de sistema? (possível escolher mais de um) [Terceirizado]

ANEXO D - Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROMOÇÃO À SAÚDE	
Vigilância em Saúde	
1	Análise epidemiológica da situação de saúde local.
2	Discussão e acompanhamento dos casos de violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em parceria com outros setores.
3	Emissão de atestados médicos e laudos, incluindo declaração de óbito, quando solicitados e indicados.
4	Identificar e acompanhar adultos, idosos, crianças e adolescentes inscritos no Programa Bolsa Família ou outros programas de assistência social ou benefício sociais.
5	Identificar, mapear e adotar medidas, em seu território de atuação, com relação a prováveis áreas de risco relativos ao controle de vetores, reservatórios e animais peçonhentos, em conjunto com a vigilância em saúde.
6	Imunização conforme Calendário Vacinal da criança e do adolescente, orientação aos pais ou responsáveis, avaliação e monitoramento da situação vacinal e busca ativa de faltosos.
7	Imunização conforme Calendário Vacinal do adulto e do idoso, atentando para situações de surtos de doenças imunopreveníveis e situações clínicas específicas.
8	Investigação de óbitos em mulheres em idade fértil em conjunto com a vigilância em saúde.
9	Investigação de óbitos infantis e fetais em conjunto com a vigilância em saúde.
10	Rastreamento e aconselhamento para uso abusivo de medicamentos e polifarmácia.
11	Notificação das doenças de notificação compulsória e ações de vigilância em saúde do adulto, do idoso, da criança e do adolescente em conjunto com os serviços de vigilância em saúde.
12	Vigilância do recém-nascido de risco/vulnerável tendo por base os registros e informes oferecidos pelas maternidades.
Promoção à Saúde	
13	Aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança, de acordo com as diretrizes vigentes.
14	Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (pesar, medir e avaliar o desenvolvimento registrando na caderneta da criança).
15	Desenvolvimento de ações de promoção à saúde relacionadas ao reconhecimento étnico-racial, acolhimento e respeito à diversidade religiosa, acolhimento e respeito à diversidade sexual, estratégias que contribuam para a promoção da convivência pacífica e respeitosa e atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários.
16	Estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, tabaco e outras drogas, entre outros.
17	Oferta de práticas integrativas e complementares no cuidado integral do adulto, do idoso, da criança e do adolescente.
18	Promoção da paternidade responsável e ativa.
19	Promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente.
20	Promoção do envelhecimento ativo e saudável.

21	Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais e manejo de problemas relacionados à lactação.
22	Promoção, aconselhamento e cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; gestão de risco; oferta e dispensa de insumos de prevenção e testes rápidos.
ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NO ADULTO E NO IDOSO	
Cuidados e Atenção à Saúde da Mulher	
23	Assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro, com utilização da Caderneta da Gestante.
24	Assistência no período do puerpério.
25	Assistência à mulher no período do climatério.
26	Abordagem em saúde sexual e reprodutiva: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; gestão de risco; oferta e dispensação de insumos de prevenção e testes rápidos; disfunções sexuais; avaliação pré-concepção; diagnóstico precoce de gravidez e orientação sobre infertilidade conjugal.
27	Manejo de problemas ginecológicos mais comuns: sangramento uterino anormal, miomatose, corrimento vaginal (abordagem sindrômica) e dor pélvica.
28	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra mulheres, violência sexual, intrafamiliar e de gênero, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
29	Manejo de problemas mamários comuns relacionados à lactação.
30	Rastreamento para neoplasia de colo uterino e acompanhamento da mulher com diagnóstico de câncer do colo uterino.
31	Rastreamento para neoplasia de mama e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de câncer de mama.
Cuidados e Atenção à Saúde do Idoso	
32	Atendimento domiciliar para pessoas idosas restritas ao lar ou com dificuldade de mobilidade, incluindo informações, orientações de saúde, aconselhamento e apoio aos familiares/cuidadores.
33	Identificação e acompanhamento da pessoa idosa vulnerável, em risco de declínio funcional ou frágil (multimorbidades, polifarmácia, internações recentes, incontinência esfincteriana, quedas recorrentes, alteração de marcha e equilíbrio, comprometimento cognitivo, comprometimento sensorial, perda de peso não intencional, dificuldade de mastigação e/ou deglutição, sinais e sintomas de transtornos de humor, insuficiência familiar, isolamento social, suspeitas de violência, grau de dependência para atividades da vida diária) com o estabelecimento de um plano de cuidados adaptado a cada caso.
34	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra idosos, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
35	Prevenção de acidentes domésticos, quedas e fraturas.
36	Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de distúrbios nutricionais no adulto e idoso.
Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso	
37	Acompanhamento de adultos e idosos em cuidados integrados e continuados, incluindo cuidados paliativos, com orientação aos familiares/cuidadores.
38	Atendimento das populações em situação de vulnerabilidade, como população vivendo em situação de rua, cigana, quilombola, privados de liberdade, ribeirinhas, indígenas, fronteiriças e refugiados, entre outras.
39	Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco para adultos e idosos.
40	Acompanhamento de pessoas com doenças relacionadas ao trabalho.

41	Atendimento domiciliar de pessoas em situação de restrição ao leito/acamados, com impossibilidade de locomoção, assim como em situações com indicação de avaliação domiciliar pós-óbito ou de resistência ao tratamento.
42	Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com hanseníase.
43	Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com tuberculose (tratamento de primeira linha, tratamento diretamente observado, rastreamento em sintomáticos respiratórios e busca de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar).
44	Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
45	Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo.
46	Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de sífilis, hepatites virais, outras IST e da pessoa vivendo com HIV, com atenção especial a populações-chave.
47	Rastreamento de neoplasia de cólon e reto em pessoas entre 50 e 75 anos.
48	Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.
49	Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.
50	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM).
51	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS).
52	Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica.
53	Manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos de tireoide, obesidade e dislipidemia.
54	Manejo de pessoas com parasitoses intestinais.
55	Manejo e acompanhamento de pessoas com exposição e agravos a doenças negligenciadas, como raiva, doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose (visceral e cutânea), tracoma e malária.
56	Manejo de arboviroses (dengue, zika, febre amarela e chikungunya).
57	Manejo das condições mais prevalentes do aparelho digestivo: dispepsia, refluxo gastroesofágico, alterações de hábito intestinal, gastroenterites, hemorroidas e outras doenças orificiais, dor abdominal, esteatose hepática, alterações laboratoriais hepáticas.
58	Manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes: Asma, DPOC, tosse crônica, apneia obstrutiva do sono, dispneia, nódulos pulmonares.
59	Manejo das condições neurológicas mais frequentes: cefaleia, síndromes demenciais, síndrome do túnel do carpo, epilepsia, acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, vertigem, paralisia facial.
60	Manejo das condições musculoesqueléticas mais prevalentes: lombalgia, cervicalgia, osteoartrite, dor no ombro, bursite/tendinite, dor no quadril, problemas de mãos/punhos, dor no joelho, patologias do tornozelo e pé, disfunção temporomandibular (DTM), fibromialgia, osteoporose, gota.
61	Manejo das condições geniturinárias mais prevalentes: doença renal crônica (pacientes renais crônicos não transplantados), infecção urinária, litíase renal, hiperplasia prostática benigna, incontinência urinária.
62	Manejo das condições hematológicas mais prevalentes no âmbito da APS: anemia, anemia falciforme, linfonodomegalia periférica, leucopenia, leucocitose, trombocitopenia, trombocitose.

63	Manejo das condições mais prevalentes em dermatologia: acne, celulites, dermatites, erisipela, escabiose, feridas, furúnculo, herpes simples, herpes zoster, hiperidrose, intertrigo, larva migrans, micoses, miliária, nevus, pediculose, piodermite, doenças das unhas, psoríase, tungíase, urticária, verrugas.
64	Manejo das condições mais prevalentes em oftalmologia: conjuntivite, hordéolo e calázio e blefarite.
65	Manejo das condições mais prevalentes em otorrinolaringologia: vertigem, rinossinusite, otite, hipoacusia, amigdalite bacteriana, obstrução nasal, apneia do sono, labirintopatia, epistaxe.
66	Manejo das condições mais prevalentes em alergia e imunologia: rinite alérgica, eczemas alérgicos, urticária/angioedema, alergia à picada de insetos, alergias alimentares, alergia a medicamentos.
67	Identificação e manejo dos transtornos mentais mais prevalentes: sofrimento emocional e tristeza, transtornos depressivos, de ansiedade, do espectro obsessivo-compulsivo e/ou pós-traumático, transtornos por uso de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do humor bipolar, transtornos psicóticos e ações de prevenção ao suicídio e automutilação.
ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE	
68	Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade).
69	Rastreamento em saúde da criança: triagem neonatal (teste do pezinho e reflexo vermelho) e identificação precoce de sopros cardíacos.
70	Suplementação nutricional (vitaminas, minerais) quando indicado.
71	Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com hanseníase.
72	Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e investigação de contactantes da criança e adolescente com diagnóstico de tuberculose.
73	Acompanhamento da criança com microcefalia / zika vírus.
74	Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com sífilis, hepatites virais, HIV e outras ISTs.
75	Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo.
76	Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
77	Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra crianças e adolescentes, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública.
78	Prevenção e promoção da segurança da criança e do adolescente contra injúrias físicas.
79	Acompanhamento de crianças e adolescentes com necessidades de cuidados paliativos, oferecendo orientações aos familiares/cuidadores e demonstrando o que pode ser realizado para conforto da criança/adolescente.
80	Atendimento domiciliar de crianças e adolescentes acamadas, com impossibilidade de locomoção, em algumas situações pós-óbito ou de resistência ao tratamento.
81	Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com dificuldade de aprendizado e problemas relacionados ao contexto escolar e/ou trabalho infantil.
82	Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com deficiências físicas e/ou mentais.
83	Identificação e manejo de problemas de crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência.

84	Identificação e seguimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (violência, trabalho infantil, medida socioeducativa, acolhimento institucional, em situação de rua, migrantes e refugiados).
85	Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco.
86	Atendimento de urgências/emergências para crianças e adolescentes.
87	Identificação e manejo dos problemas mais comuns do recém-nascido e lactente: cólicas do lactente, regurgitação e vômitos, constipação intestinal, monilíase oral, miiária, dermatite das fraldas, impetigo, dermatite seborreica, icterícia, problemas do umbigo, hérnia inguinal e hidrocele, testículo retido, displasia do desenvolvimento do quadril.
88	Identificação e manejo de condições graves de saúde em crianças menores de 2 meses: convulsões, letargia/flacidez, esforço respiratório (tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, apneia), gemido/estridor/sibilância, cianose central, palidez intensa, distensão abdominal, peso < 2000g, enchimento capilar lento (>2s), pústulas ou vesículas na pele, manifestações de sangramento (equimoses, petéquias e/ou hemorragias), secreção purulenta do ouvido ou da conjuntiva.
89	Identificação e manejo dos problemas mais comuns na infância: asma, deficiência de ferro e anemia, parasitoses intestinais, febre, infecções de vias aéreas superiores, excesso de peso em crianças, diarreia aguda, rinite alérgica, eczemas alérgicos, urticária/angioedema, alergia à picada de insetos.
90	Atendimento aos agravos prevalentes na adolescência: atraso puberal, puberdade precoce, acne, dor escrotal (criptorquidismo, torção testicular, epididimite, varicocele), ginecomastia puberal, dismenorreia, obesidade, vulvovaginites.
91	Identificação, manejo e acompanhamento do adolescente com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou com dificuldades na acuidade visual.
92	Manejo das doenças crônicas respiratórias mais prevalentes.
93	Atendimento e escuta do adolescente em qualquer situação, mesmo desacompanhado, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.
94	Identificação, acompanhamento e atenção integral à adolescente gestante e puérpera.
95	Identificação, acompanhamento e manejo de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico incluindo ações de prevenção ao suicídio com adolescentes.
PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
96	Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase.
97	Administração de medicamentos por via intradérmica, intramuscular, nasal, ocular, otológica, oral, parenteral, retal, subcutânea e tópica.
98	Aferição, monitoramento de pressão arterial e realização de glicemia capilar.
99	Aplicação de ácido tricloroacético - cauterização química de pequenas lesões de pele.
100	Realização do parto em casos de urgência / emergência, quando não houver possibilidade de remoção para serviços mais adequados em tempo oportuno.
101	Biópsia/punção de tumores superficiais de pele.
102	Busca ativa de faltosos e contactantes/parcerias de pessoas com doenças transmissíveis.
103	Sondagem vesical (de alívio e de demora).
104	Cirurgia de unha (cantoplastia).
105	Coleta de exames (urina, fezes, sangue, escarro e linfa).
106	Coleta de material para realização do citopatológico cérvico uterino.
107	Colocação de imobilização provisória (bandagens e enfaixamentos).
108	Cuidados com estomas (digestivos, urinários e traqueais).

109	Curativos simples e curativos complexos com ou sem coberturas especiais.
110	Desbridamento autolítico, enzimático ou mecânico..
111	Drenagem de abscesso.
112	Drenagem de hematoma subungueal.
113	Estesiometria (teste de sensibilidade).
114	Exérese de calosidades.
115	Exérese de cistos, lipomas e nevos.
116	Vacinação / Administração de vacinas.
117	Inalação com espaçador e nebulímetro.
118	Inserção e retirada de DIU.
119	Manobras para diagnóstico e reposição otolítica para manejo da vertigem posicional paroxística benigna (Dix-Halpicke e Epley).
120	Realização de práticas integrativas e complementares (auriculoterapia/acupuntura/ agulhamento seco/infiltração de anestésico em ponto-gatilho/fitoterapia).
121	Retirada de leite mamário.
122	Acompanhamento e cuidados a pessoas em tratamento com oxigenioterapia domiciliar.
123	Realização de intradermoreação com derivado proteico purificado (PPD).
124	Realização de Prova do Laço para avaliação de pessoas com quadro clínico suspeito de dengue
125	Remoção de cerume de conduto auditivo externo (lavagem otológica).
126	Remoção de molusco contagioso.
127	Remoção manual de fecaloma.
128	Remoção não cirúrgica de vermes e parasitas.
129	Retirada de pontos.
130	Retirada/remoção de corpo estranho.
131	Sondagem nasogástrica.
132	Suturas de lesões superficiais de pele.
133	Tamponamento da epistaxe.
134	Terapia de reidratação oral.
135	Teste KOH (teste das aminas positivo ou Whif test).
136	Teste rápido para gravidez.
137	Teste rápido para hepatite B.
138	Teste rápido para hepatite C.
139	Teste rápido para HIV.
140	Teste rápido para sífilis.
141	Tratamento de feridas.
142	Tratamento de miíase furunculoides.
143	Tratamento/cuidado da pessoa com queimaduras (exceto grande queimado).
144	Utilização de ferramentas de abordagem e orientação familiar: genograma, APGAR familiar, avaliação do ciclo de vida familiar, Ecomapa, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia), os modelos Firo e Practice, Projeto Terapêutico Singular (PTS), identificação da dinâmica e estrutura familiar, inclusão das famílias no tratamento de condições complexas e inquéritos alimentares.

145	Utilização de ferramentas de abordagem e orientação comunitária: espaços para abordagem comunitária na unidade de saúde ou outro ponto da comunidade, grupos, realização de oficinas, elaboração de materiais educativos/informativos, territorialização (conhecendo todos os pontos de apoio da comunidade, sejam da saúde ou não), terapia comunitária e utilização dos dados para realização de vigilância epidemiológica.
146	Utilização de referência e contrarreferência como ferramentas para o compartilhamento do cuidado com os demais serviços da rede de atenção, bem como os serviços do Sistema Telessaúde Brasil.
147	Verificação de sinais vitais (temperatura (preferencialmente axilar), frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e dor).
148	Troca de sonda de cistostomia.
149	Troca de cânula de traqueostomia.

ANEXO E - Levantamento bibliométrico de artigos empregando MCDA

