



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

PROJETO PARA AVALIAÇÃO EXTERNA E CENSO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Proposta: 922420800001110-04
Processo: 25000.187078/2011-11

Registro no SICONV número 760463/11

Convênio UFPel – Fundação Simon Bolivar 07/2011

- **Equipe Técnica UFPel**

- **Luiz Augusto Facchini – coordenador do projeto**
- **Elaine Tomasi – coordenadora adjunta**
- **Ana Claudia Gastal Fassa**
- **Denise Silveira**
- **Fernando V. Siqueira**
- **Elaine Thumé**
- **Rogério Linhares**
- **Everton Fantinel**
- **Nadia Fiori**
- **Alessander Osório**
- **Suele Manjourany Silva**
- **Alitéia Dilélio**
- **Danton Duro Filho**
- **Mirelle Saes**
- **Vanessa Iribarrem Miranda**
- **Mercedes Lucas**

1. Apresentação

Na atualidade, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40%¹, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

¹ Valor estimado, considerando diferentes modos de cálculo tendo como base ou a quantidade de Unidades Básicas de Saúde que se organizam a partir de diversificados modelos de Atenção Básica, diferentes da Estratégia Saúde da Família e/ou o número de profissionais que atuam nestas UBS.

2. Introdução

Os sistemas públicos de saúde priorizam o acesso universal, equitativo e integral da população a serviços de saúde de qualidade, independente do nível de atenção e da complexidade do cuidado.

Os serviços de saúde são essenciais, à medida que se organizam a fim de suprir as necessidades da população com ênfase nas ações de promoção da saúde, prevenção, controle de agravos e reabilitação da saúde.

O acesso equitativo a serviços de saúde eficientes e de qualidade são um desafio às políticas públicas. A demanda por serviços de saúde resulta da interação entre fatores sociais, econômicos, psicológicos e de morbidade, que influenciam diretamente na utilização e, desta forma, é eminente que os serviços se organizem a fim de atender as necessidades da população tanto em aspectos que se referem à promoção e prevenção, quanto à assistência ((Sawyer, Leite et al. 2002; Mendoza-Sassi, Bria et al. 2003; van Doorslaer, Masseria et al. 2006).

A avaliação de políticas e programas é função essencial da saúde pública, contribuindo para evitar o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes, ou, talvez ainda pior, a continuidade de práticas que podem fazer mais mal do que bem. A literatura especializada oferece exemplos de programas bem intencionados, mas que foram continuados, em alguns casos, durante décadas, até avaliações rigorosas revelarem que seus resultados não eram os esperados (Vaughan 2004).

A avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde engloba múltiplas abordagens e bases teóricas, interesses e atores diversos, que podem ser complementares, ou refletir contrastes de recorte e formulação do objeto de estudo. Nesta diversidade, o ponto em comum é o requisito de avaliar o cumprimento de objetivos, metas e funções estabelecidas nas ações institucionais (Contandriopoulos, Champagne et al. 2000), (Habicht, Victora et al. 1999), (HartzeSilva 2005), (Viacava, Almeida et al. 2004).

A qualidade da atenção na área da saúde vem sendo discutida pelo menos desde a década de 30 (Lee Jones 1933). A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil no final da década de 1990 com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (Trad, Bastos et al. 2002; Esperidião e Trad 2005).

Apesar do crescente interesse em estudar a qualidade dos serviços de saúde ofertados a partir da ótica dos usuários, essa não é uma tarefa fácil devido à falta de padronização dos instrumentos e conseqüente dificuldade na comparabilidade dos resultados (Turris 2005). Nesta perspectiva é importante considerar aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário e não apenas se o usuário está satisfeito ou insatisfeito (Trad, Bastos et al. 2002).

No âmbito da gestão pública, estruturada em programas governamentais e orientada por resultados, é cada vez maior a exigência de pluralidade de abordagens e atores, demandando a obrigatoriedade de dispositivos institucionais, igualmente

participativos, que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final (Hartz, 2009)².

No Brasil, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão (SUS, Lei 8080). Estas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade. Neste contexto, frequentemente se esbarra em carências humanas e materiais e na novidade do tema da gestão no âmbito do SUS (DECIT, 2006). Para os municípios de grande porte as demandas da descentralização são ainda mais significativas, devido à responsabilidade não apenas de prestar serviços a numerosos contingentes populacionais, mas também de executar ações de saúde de diferentes graus de complexidade.

Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

²Zulmira Maria de Araújo Hartz. Avaliação em Saúde. 2009 Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 25 de junho de 2011.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de [trabalho em equipe](#), dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza [tecnologias](#) de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da [universalidade](#), acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, [integralidade](#), responsabilização, [humanização](#), [equidade](#), e [participação social](#). (Brasil, 2006)

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a Saúde da Família, que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A Saúde da Família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o

princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país (Matta e Morosini, 2009)³.

Neste contexto, avaliar o desempenho da ABS é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira. Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico sistêmicos pode estimular a melhoria nas UBS/SF e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde nos territórios dos serviços de saúde.

Da mesma forma, melhorias sistêmicas de qualidade podem aumentar o efeito dos serviços e sistemas de saúde na saúde da população de seus territórios.

No Brasil, frente à importância do tema qualidade em saúde, no ano de 2011, o Ministério da Saúde propõe mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde e por meio das equipes de Saúde da Família. Segundo o Ministro da Saúde, a satisfação da população com os serviços oferecidos nas UBS será um importante indicador para a definição dos repasses financeiros (Ministério da Saúde 2011).

Neste contexto, inscreve-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, cujo objetivo é induzir a ampliação do

³Gustavo Corrêa Matta e Márcia Valéria Guimarães Morosini. Atenção Primária à Saúde 2009 Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 25 de junho de 2011.

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 Atenção Básica em Saúde.

De acordo com a Portaria Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011, são diretrizes da PMAQ:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

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

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

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

A PMAQ será desenvolvida em quatro fases:

1 – Adesão e Contratualização

2 – Desenvolvimento

- Auto-avaliação;
- Monitoramento;
- Educação Permanente e
- Apoio Institucional

3 – Avaliação Externa

4 – Recontratualização

A **primeira fase** do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social.

Na **fase 2**, denominada de Desenvolvimento, é realizada a *auto-avaliação* e o *monitoramento* de indicadores contratualizados, além de atividades de educação permanente e apoio institucional.

Para a *auto-avaliação*, o DAB oferecerá o instrumento denominado “Auto-avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ”, construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e

validadas nacional e internacionalmente. Cumpre destacar que a ferramenta ofertada pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras ferramentas, cabendo aos gestores municipais e às Equipes de Atenção Básica definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéqüe(m) à sua necessidade e realidade.

Sua elaboração foi orientada a partir do princípio de que todos os serviços de Atenção Básica possam utilizá-la.

O *monitoramento* dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do Programa. A unidade de avaliação do PMAQ será a equipe de Atenção Básica, o que implicou na escolha de indicadores que possam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada.

Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso:

i. Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das EAB, conforme o seu desempenho.

ii. Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa.

Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde

da criança, controle da hipertensão e do diabetes, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando uma sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Cumpre destacar ainda que, os indicadores definidos para contratualização no PMAQ guardam relação com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto Pela Saúde e com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

Nesta segunda fase estão previstas ainda atividades envolvendo a educação permanente e o apoio institucional, ambas detalhadas no Manual Instrutivo. As instituições de ensino e pesquisa desenvolverão estas atividades em parceria com as instituições do SUS (secretarias de saúde, fundações, organizações sociais, etc) vinculadas à Atenção Básica com vistas a melhorar as práticas profissionais e de gestão.

A **terceira fase** do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

Essa fase, por sua vez, se subdivide em duas dimensões:

I – *Certificação de desempenho* das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados

e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II - *Avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica* não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas Equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

A **quarta fase** do PMAQ é constituída pelo processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

O detalhamento das fases encontra-se disponível no Manual Instrutivo do PMAQ (Anexo 1).

Paralelamente à implantação do PMAQ-AB, será realizado um **censo** para verificar a **estrutura** de todas as unidades básicas no território nacional, em um total estimado de 40.000 UBS, tanto daquelas com a estratégia de Saúde da Família como do modelo tradicional.

Acredita-se que a realização conjunta do censo da estrutura das UBS com a avaliação externa do PMAQ-AB possa aumentar a eficiência do esforço em favor da ABS e integrar as ações do MS/SUS. Também a padronização do delineamento, instrumentos e coleta de dados em ambos os estudos e entre as instituições de

pesquisa envolvidas aumenta a racionalidade e utilidade dos investimentos na avaliação.

De modo a garantir a padronização e a obtenção de escores comparáveis aos objetivos do Programa, o delineamento e a metodologia propostos a seguir deverão ser contemplados rigorosamente por cada grupo/instituição a ser contratada pelo DAB/SAS/Ministério da Saúde para a realização das atividades de avaliação externa e do censo das UBS.

3. Objetivos Gerais do Projeto

- Realizar a avaliação externa das equipes de atenção básica no âmbito do PMAQ-AB, de acordo com a Portaria 1654/2011.
- Realizar um censo para avaliar a estrutura de todas as UBS em funcionamento nos municípios visitados para a avaliação externa da PMAQ.
- Realizar educação permanente e apoio institucional à Fundação Estatal Saúde da Família da Secretaria de Saúde da Bahia, na qualificação profissional de médicos, enfermeiros, odontólogos e gestores, fortalecendo os princípios e diretrizes do PMAQ.

3.1. Objetivos específicos

- Elaborar a fundamentação teórica para a realização do processo de avaliação externa e do censo de UBS;
- Elaborar os instrumentos de avaliação externa em meio físico e eletrônico;
- Detalhar a logística para realização do processo de avaliação externa e censo de UBS
- Propiciar o apoio institucional e a educação permanente de gestores, médicos, enfermeiros e odontólogos da FESF-BA.

4. Metodologia

4.1. Delineamento

Os delineamentos ideais na avaliação de programas ou serviços de saúde dependem da natureza dos programas e da precisão das estimativas a serem obtidas. Estudos transversais são excelentes para avaliações de adequação da cobertura ou qualidade de serviços, mas também podem ser utilizados em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (HABICHT, 1999; SANTOS, 2004; VICTORA, 2004).

Para este projeto, optou-se pelo recorte transversal, uma vez que atende aos propósitos da avaliação externa no âmbito do PMAQ-AB e do censo da estrutura das UBS. A obtenção de informações estruturadas para o âmbito das unidades básicas de saúde – incluindo a estrutura, os profissionais e os usuários - e da população pode contribuir para fortalecer este delineamento.

Com o encerramento do período de adesão ao PMAQ, será conhecida a distribuição dos municípios no território. Esta informação subsidiará a logística de

movimentação dos trabalhadores de campo, uma vez que o censo das UBS será realizado em todos os municípios e a adesão à PMAQ pode não ser feita por todos os municípios neste momento inicial.

Nesta ocasião, deverão ser entrevistados:

- a) O responsável / coordenador da unidade de saúde, para caracterizar a estrutura e funcionamento da unidade de saúde para a PMAQ e para o Censo das UBS;
- b) Uma amostra de usuários da unidade de saúde;

4.2. Amostras e amostragem

4.2.1. Unidades de Saúde

No que diz respeito ao processo de avaliação externa vinculado ao PMAQ, todas as Unidades de Saúde onde atuam as equipes indicadas pela gestão municipal para o processo de avaliação serão incluídas no estudo. Essas unidades serão identificadas pelo gestor municipal por ocasião da adesão ao PMAQ-AB.

Quanto ao censo das condições de infraestrutura das UBS, todas as unidades deverão ser avaliadas, na totalidade dos municípios brasileiros, estejam elas localizadas na zona urbana ou rural.

4.2.2. Equipes de Saúde e profissionais da UBS convencional

Da mesma forma, todas as equipes participantes do PMAQ terão um ator chave entrevistado para a avaliação da rede local de saúde.

4.2.3. Usuários

Deverão ser entrevistados 4 (quatro) usuários em cada Equipe de Atenção Básica participante do PMAQ.

4.3. Instrumentos

O instrumento do PMAQ está subdividido em três módulos. O módulo 1 aborda as condições de infraestrutura das UBS; o módulo 2 caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes de atenção básica e o módulo 3 caracteriza o acesso, a utilização e a qualidade da atenção segundo a percepção dos usuários que também terão sua satisfação avaliada.

No caso das Unidades Básicas de Saúde em que não houver EAB participante(s) do PMAQ, o único instrumento a ser aplicado será o das condições de infraestrutura da UBS (módulo 1).

Os instrumentos da Auto-avaliação, da Avaliação Externa e do CENSO das UBS serão compatibilizados.

Os diferentes instrumentos, incluindo os aplicáveis à população da área de abrangência, serão construídos consolidando informações de instrumentos disponíveis. Serão padronizados em todo o país, da mesma forma que os aspectos logísticos do estudo. Seu desenvolvimento está a cargo de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, do qual a Universidade Federal de Pelotas participa, sob a coordenação do DAB.

5. Logística de coleta de dados

- Para o planejamento das atividades de campo nas 9.182 UBS/equipes de AB, considerou-se que o trabalho de campo deverá ser efetuado em cinco meses (Março a Julho de 2012). Estima-se que cada avaliador de campo poderá, em média, aplicar quatro instrumentos referentes à avaliação externa e/ou ao Censo das UBS, por dia.

6. Orçamento conforme tipo de despesas

Os recursos financeiros destinados ao Projeto no valor total de R\$ 6.557.743,59 (seis milhões quinhentos e cinquenta e sete mil, setecentos e quarenta e três reais e

cinquenta e nove centavos), constam da Nota de Crédito: 400407, Proposta: 922420800001110-04 e Processo: 25000.187078/2011-11 do Fundo Nacional de Saúde.

Do valor total, R\$ 4.865.481,59 são referentes ao censo das condições de infraestrutura de 9.083 UBS e à avaliação externa de 3.976 Equipes de Atenção Básica no Maranhão (MA), Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS), Goiás (GO) e Distrito Federal (DF).

Os restantes R\$ 1.692.262,00 são referentes ao suporte técnico-científico na melhoria do acesso e da qualidade da Saúde da Família para 400 médicos, enfermeiros e odontólogos da Fundação Estatal de Saúde da Família do estado da Bahia (Anexo 2).

As estimativas de custos do trabalho de campo do PMAQ e Censo foram feitas considerando um cenário com apoio das Secretarias Municipais de Saúde para hospedagem e transporte urbano, que é resultado da pactuação do Ministério da Saúde com os municípios participantes.

Meses	Bolsa (R\$)	Alimentação	Transporte Interurbano	Total (R\$)
1	1.700,00	900,00	400,00	3.000,00
5	8.500,00	4.500,00	2.000,00	15.000,00

Considerando os parâmetros delineados, para o trabalho de campo em cinco meses, estima-se que deverão ser contratados 156 entrevistadores e 39 supervisores, totalizando 195 avaliadores de campo. Sabendo que o gasto com cada avaliador no período de cinco meses será de R\$ 15.000,00, o custo total do trabalho de campo com os avaliadores será de R\$ 2.925.000,00. Conforme o quadro abaixo, R\$ 3.043.845,28 foram alocados para o trabalho de campo, havendo, portanto, um saldo de R\$ 118.845,28 para cobrir gastos eventuais decorrentes de imprevistos durante a realização da coleta de dados nos municípios participantes do Projeto.

Além dos avaliadores de campo, foram discriminados os demais gastos previstos para o Projeto, conforme o quadro abaixo:

Item	R\$
Passagens aéreas e terrestres para a equipe técnica, supervisão, acompanhamento do trabalho de campo e para as atividades técnicas com municípios e universidades participantes do Projeto – estimou-se até 240 deslocamentos ou trechos a um custo médio de R\$ 1.000,00 cada	240.841,34
Equipe técnica projeto*	754.149,65
PDA ou tablet para coleta eletrônica de dados – cerca de 155 unidades (custo unitário estimado de R\$ 1.500,00)	233.543,12
Computadores – cerca de 39 lap-tops para supervisão das equipes de trabalho de campo (custo unitário estimado de R\$ 1.950,00)	75.901,51
Mochilas – cerca de 210 mochilas para acondicionar o material de trabalho de campo de entrevistadores e supervisores (custo unitário estimado de R\$ 145,00)	30.652,53
Camisetas – cerca de 400 para identificação das equipes de campo, supervisão e membros do estudo (custo unitário estimado de R\$ 21,00)	8.271,32
Material de Consumo – papel, toner e cartuchos para impressoras, cartões de memória, pen-drive, HD externo, suporte para pôster, etc	10.217,51
Crachás – cerca de 210 crachás para identificação das equipes de trabalho de campo (custo unitário estimado de R\$ 9,00)	1.946,19
Custos telefônicos – chips e contas de telefone celular de supervisores e equipe de coordenação do estudo para acompanhamento das atividades de trabalho de campo e contato com municípios e universidades envolvidas no estudo	23.840,86
Pesquisadores de Campo**	3.043.845,28
Despesas Adicionais (10%)	442.272,28
Total	4.865.481,59

Em virtude da heterogeneidade da distribuição das UBS no território nacional e de características regionais, eventuais ajustes serão necessários.

7. Processamento das informações

O grande volume de dados a ser coletado requer o emprego de estratégias para facilitar o processamento dos mesmos. A multiplicidade de fontes de informação implica que adotemos técnicas para o processamento ágil de dados, uma vez que o volume a ser considerado é muito significativo. Neste sentido, a coleta eletrônica de informações surge como uma ferramenta de grande utilidade, pois permite diminuir o tempo entre a coleta de dados e a produção de resultados utilizáveis.

A coleta eletrônica permite que durante o trabalho de campo haja uma validação dos dados de forma a barrar seu registro de forma equivocada, diminuindo o tempo de consolidação dos dados. Uma vez que os dados tenham sido coletados é possível ter resultados parciais simultaneamente ao processo de coleta o que permite que ao final da coleta grande parte do trabalho analítico tenha sido realizado.

8. Cronograma

Atividades	2011				2012				
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Jul
Período de adesão ao PMAQ									
Desenvolvimento dos instrumentos									
Tramitação dos projetos nas instituições avaliadoras									
Versão inicial dos instrumentos									
Versão final dos instrumentos									
Definição da logística									
Teste dos instrumentos / piloto									
Programação eletrônica dos Instrumentos									
Início do trabalho de campo									
Fim do trabalho de campo									

Referências

- ABEP. (2010). "Critério de Classificação Econômica Brasil." from www.abep.org.
- Contandriopoulos, A. P., F. Champagne, et al. (2000). "[Evaluation in the health sector: concepts and methods]." RevEpidemiolSante Publique**48**(6): 517-39.
- Esperidião, M. and L. A. B. Trad (2005). "Avaliação de satisfação de usuários." Ciência & Saúde Coletiva**10**: 303-312.
- Habicht, J. P., C. Victora, et al. (1999). "Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact." International Journal of Epidemiology**28**(1): 10-18.
- Hartz, Z. M. A. and L. M. V. Silva (2005). "Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática: avaliação de programas e sistemas de saúde; Health evaluation of the theoretical models to practical in the program evaluation and health systems."
- Lee, R. I. and L. W. Jones (1933). The fundamentals of good medical care. Chicago, The University of Chicago Press.
- Mendoza-Sassi, R., J. U. Bria, et al. (2003). "Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study." RevSaude Publica**37**(3): 372-78.
- Ministério da Saúde (2011). Saúde fortalece atenção básica para melhorar qualidade da assistência à população Brasília, MS.
- Sawyer, D. O., I. C. Leite, et al. (2002). "Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil." Ciência & Saúde Coletiva**7**(4): 757-76.
- Trad, L. A. B., A. C. S. Bastos, et al. (2002). "Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia." Ciência&SaúdeColetiva**7**(3): 581-589.
- Turris, S. A. (2005). "Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis." Journal of advanced nursing**50**(3): 293-298.
- van Doorslaer, E., C. Masseria, et al. (2006). "Inequalities in access to medical care by income in developed countries. By: ." Can Med Assoc J**174**(2): 177-83.
- Vaughan, R. (2004). "Evaluation and public health." Am J Public Health**94**(360).
- Viacava, F., C. Almeida, et al. (2004). "Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro." Ciência & Saúde Coletiva**9**(3): 711-724.