

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

NEUZA CRISTOFOLINI DORDET

**IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
DE ARAQUARI/SC**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

NEUZA CRISTOFOLINI DORDET

**IMPLANTAÇÃO DO PMAQ – PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
DE ARAQUARI/SC**

JOINVILLE, 2013

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

NEUZA CRISTOFOLONI DORDET

**IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
DE ARAQUARI/SC**

**Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.**

Orientador: Andréa Heidemann, MSC.

JOINVILLE, 2013

Dordet Cristofolini, Neuza
Implantação do PMAQ - / Dordet C., Neuza – Joinville:
Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 95 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de
Santa Catarina, 2013. Graduação. Curso Superior de
Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.
Orientador: Andréa Heidemann, Msc.

1.Gestão 2. Qualidade 3. PMAQ I. Implantação do
PMAQ-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da
Qualidade da Atenção Básica no Município de Araquari/SC

**IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ARAQUARI/SC**

NEUZA CRISTOFOLINI DORDET

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 26 de Junho de 2012.

Banca Examinadora:

Prof^a Andréa Heidemann, Msc.
Orientador

Prof Josiane Steil Siewert^a, MSc.
Avaliador

Prof^a Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha, Mestranda.
Avaliador

Dedicatória

A Deus, que me deu forças para trilhar o caminho do conhecimento em momento tão especial da minha vida.

A minha família e amigos pelo apoio e extrema paciência.

Aos Professores, por estarem sempre dispostos a ajudar e abertos aos questionamentos e dúvidas.

Agradecimentos

A Andréa Heidemann, minha orientadora, por sua orientação e, sobretudo pelo exemplo de mestre e pessoa, sempre acessível e prestativa nos momentos em que foi solicitada.

A Prefeitura Municipal de Araquari, mais precisamente a Unidade Básica de Saúde, aonde tive a oportunidade de colocar em prática um pouco dos conhecimentos obtidos no decorrer do curso, e também pelo rico aprendizado prático neste estágio.

“Encarregar-se do outro provém da vulnerabilidade humana e esse encarregar-se se expressa no sofrer pelo outro. “Sofrer por outro é tê-lo ao cuidado, apoiá-lo, estar em seu lugar, consumir-se por ele”. Todo amor ou todo ódio para com a próximo como atitude reflexiva supõe essa vulnerabilidade prévia: misericórdia ‘estremecimento de entranhas’”.

Francesc Torralba i Roselló

RESUMO

A Qualidade de um serviço prestado é de difícil mensuração, mas de fácil percepção, principalmente quando este serviço é de saúde, e principalmente se for oferecido pela rede pública, sempre tão criticada pela falta de efetividade e eficácia. O objetivo deste trabalho é mostrar e analisar como foi à implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ no município de Araquari/SC.

Este programa é verticalizado, tem seus indicadores específicos, porém leva em conta todas as especificidades, peculiares de cada realidade. Muitos são os objetivos do PMAQ e o maior deles é a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do serviço de saúde. O município de Araguari /SC fez a implantação deste programa, inicialmente na Unidade Básica central. A equipe foi classificada na categoria I – e o seu desempenho foi considerado como mediano ou pouco abaixo da média.

A relevância do PMAQ é que a partir de agora a equipe juntamente com o apoio de seus gestores e dos usuários terão um norte a seguir, observando-se pontos fundamentais apresentados no relatório de avaliação como: Gestão, Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS, Valorização do Trabalhador, Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário, com esses indicadores a equipe de trabalho poderá focar no que realmente precisa ser melhorado, e também estabelecer novos indicadores para continuar neste processo de melhora contínua.

Palavras Chave: Gestão, Qualidade, PMAQ.

ABSTRACT

The quality of a service is of hard mensuration, but of easy perception, mainly when this service is the health, and mainly when he is offered by the public network, always so criticized by the lack of effectiveness and efficiency. The objective of this work is to show and analyse how it was the implantation of the NATIONAL PROGRAMME FOR IMPROVING ACCESS AND QUALITY OF PRIMARY CARE – PMAQ on the city of Araquari/SC.

This program is vertical and has specific indicators, however take account all specificities and peculiar of each reality. The PMAQ have many goals, among many the most biggest is the expanding access and improving the quality of health service. Inicially Araquari/SC city was made de implementation of program only on the Central Basic Unity. The team was classified on the category 1 – and the performance was considered average or slightly below average.

From now the PMAQ became together as the support of managers, from now the users will have a north to follow, observing fundamental points submitted in the evaluation report as: Management, Structure and Operate Conditions of UBS, Worker Valorization, Access and Quality of Attention and Organization of Work Process, Utilization, Participation and Satisfaction.

Based in that indicators of work, the team will be able to focus on the improvent of system and also establish new indicators to continue improving the quality on this process

Keywords: Management, Quality, PMAQ (NPAQ)

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitárias de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS- Caixas de Aposentadoria e Pensões
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
EAB – Equipes de Atenção Básica
EC – Emenda Constitucional
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ -Fundação Oswaldo Cruz
G-MUS - Gestão Municipal da Saúde
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MC - Média Complexidade
MS – Ministério da Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
PA – Pronto Atendimento
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNDU - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF – Programa de Saúde da Família
SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais
SAMDU - Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SAS- Secretaria de Atenção à Saúde
SMS – secretaria Municipal de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SMS – secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA	16
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVO GERAL	17
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	18
3 METODOLOGIA	45
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	47
4.1 IMPLANTAÇÃO DO PMAQ EM ARAQUARI/SC.....	47
4.2 O PMAQ NA UNIDADE BÁSICA	49
4.2.1 RESULTADO DA AVALIAÇÃO EXTERNA.....	54
4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS	71

ANEXO A – PORTARIA Nº 1.654	72
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO	80
ANEXO C – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 1	81
ANEXO D – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 2	82
ANEXO E – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 3	83
ANEXO F – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 4.....	84
ANEXO G – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 5.....	85
ANEXO H – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 6	86
ANEXO I – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 7	87
ANEXO J – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 8.....	88
ANEXO K – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 9	89
ANEXO L – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 10	90
ANEXO M – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 11.....	91
ANEXO N – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 12	92
ANEXO O – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 13.....	93
ANEXO P – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 14	94
ANEXO Q – MATRIZ DE INTERVENÇÃO 15.....	95

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua implantação através da lei 8080/90, o SUS – Sistema Único de Saúde passa por um processo de crescimento e aprimoramento contínuos, constituindo-se a maior política de inclusão vigente no Brasil. A fim de que cada vez mais os usuários tenham conhecimento e possam de maneira efetiva se utilizar deste serviço, usando as portas certas para cada demanda, para que se promova a saúde e se previna as doenças, os gestores da saúde estão pensando e implantando ferramentas no sentido de melhorar a qualidade e o acesso à atenção básica. E não há outro caminho a não ser o de implantar políticas públicas que resolvam esses problemas. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ, e a sua implantação em uma unidade básica de saúde, objeto de nosso estudo, tem na sua essência a vontade de que os usuários usufruam de seus direitos e cumpram com seus deveres.

Este trabalho justifica-se pela mudança observada nos últimos anos no Brasil, quando o tema qualidade e acesso à saúde passaram a ser amplamente discutidos, e também pelo pouco material disponível acerca do tema qualidade na saúde pública, mais precisamente na atenção básica.

Em hospitais, no entanto, há muito material produzido sobre qualidade, mas o objetivo principal deste é analisar a implantação do PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – na Unidade Básica central do município de Araquari (SC), norte do estado de Santa Catarina. Araquari apresenta a peculiaridade de não ser um grande centro, e sim, uma pequena cidade que está passando por uma fase de crescimento atípica nos últimos anos, com a instalação de muitas indústrias de grande porte, como a Coreana Hyosung e a também Multinacional BMW (*Bayerische Motoren Werke*) e ainda outras tantas.

Este estudo foi desenvolvido com base em estágio realizado na referida unidade básica, e a escolha do tema se deu pelo interesse em trabalhar com saúde pública. Optou-se pela

metodologia qualitativa descritiva. Os instrumentos da pesquisa foram a observação feita durante o trabalho de estágio, e a análise documental, que tiveram como base documentos referentes ao PMAQ, além da revisão bibliográfica. O trabalho está dividido em: revisão de literatura, aonde é feita uma abordagem histórica sobre a evolução das políticas de saúde no Brasil; e uma introdução ao tema qualidade, mais especificamente sobre o PMAQ. Por meio da abordagem da implantação prática do PMAQ, é apresentado também o resultado final da avaliação externa feita pelo Ministério da Saúde. O fechamento se dá com a análise e discussão dos resultados, e as conclusões atingidas após a realização do trabalho.

1.1 Justificativa

O tema Qualidade em Saúde tem se mostrado de extrema relevância, pois à medida que as políticas de saúde avançam, é natural que novas metas sejam estabelecidas.

Até pouco tempo a qualidade era uma prerrogativa da indústria, mas aos poucos as organizações hospitalares privadas começaram a implantar conceitos e ferramentas para melhorar a sua gestão. Na saúde pública se faz necessária também a melhoria na qualidade, que sofre muito com o financiamento insuficiente e, em alguns casos, o pouco preparo dos gestores. Consideramos o tema importante para a academia, pois constatamos, após pesquisas, não existirem muitos trabalhos que abordem qualidade na saúde pública, especialmente na atenção básica. Para o município, e mais precisamente para a secretaria de saúde, o presente estudo pode servir de base para tomadas de decisões, pois possibilitará uma análise do processo de implantação do PMAQ no município de Araquari e trará também sugestões para qualificar a gestão deste processo.

1.2 Definição do Problema

Este estudo é importante devido à necessidade de resposta para o seguinte questionamento: Como se deu a implantação do PMAQ e qual avaliação recebida pelo município de Araquari?

1.3 Objetivo Geral

Analisar a implantação do PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – na Unidade Básica central do município de Araquari, norte do estado de Santa Catarina.

1.4 Objetivos Específicos

Em termos específicos, este trabalho tem o intuito de alcançar os objetivos a seguir:

- Descrever o processo de implantação do PMAQ – Programa Nacional de melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica em uma unidade básica de saúde no município de Araquari;
- Identificar as principais dificuldades para a implantação do PMAQ – Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em uma unidade básica de saúde no município de Araquari;
- Sugerir ações de enfrentamento às dificuldades para a implantação do PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em uma unidade básica de saúde no município de Araquari.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas de Saúde no Brasil

A abordagem do tema “políticas de saúde” traz consigo uma história de constantes e profundas transformações. Alavancadas quase sempre por interesses econômicos representados pelo Estado, e pelos movimentos sociais na busca por seus direitos através de reivindicações e pressões. Sendo assim:

Para que possamos analisar a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor de saúde também sofreu as influências de todo contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo (POLIGNANO, p. 01).

Neste momento buscaremos realizar uma breve aproximação com a história das políticas de saúde no Brasil, que servirá de pano de fundo para as nossas análises. Galvão 2008 (2010 apud MACHADO et al) Afirma que:

A Saúde Pública Brasileira teve seu nascimento no século XIX, por peculiaridades históricas que distinguem esse período dos três primeiros séculos da colonização no Brasil

De acordo com (GALVÃO, P 10)

A administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda

metade do século XVIII, pela organização do espaço social, visando a um ataque planejado e continuado às causas da doença, agindo dentro de uma perspectiva mais de combater o mal do que cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença.

À época da colonização, portanto, não havia preocupação com a prevenção da doença, e sim, com o combate a ela após o surgimento dos sintomas.

O final do século XIX foi uma época marcante, de muita efervescência. O País acabara de abolir a escravidão e proclamado a república, e estava literalmente de braços abertos para o Mundo,

O século XIX assinala para o Brasil um processo de transformação política que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características: a penetração na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo de reflexão e de prática médica, e a situação de apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (GALVÃO, p. 12)

Sem um modelo sanitário, o Brasil era constantemente assolado por epidemias, mas foi só quando a falta de assistência começou a afetar a economia que o Estado pensou em implantar políticas de saúde. É preciso saber como o Estado tratou ao longo do tempo e através da história a saúde da população, e quais os fatores determinantes para implementação das políticas de saúde. Conforme (ACURCIO, 2010)

As políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o

enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los. Cabe então perguntar como o Estado atribui ao problema maior ou menor importância, ou seja, como o Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período.

O início da implantação de políticas de saúde foi no período de 1889 a 1930, conhecido como República Velha, quando o país era governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Este período também foi marcado pela abolição da escravatura, e como sua consequência, pela vinda de imigrantes europeus para trabalhar nas fazendas. Acurcio (2010 apud LUZ 1991)

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.(...) Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo

repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social.

No período compreendido entre 1923 e 1930 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões, as CAPs.

Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores, e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. (ACURCIO, pg. 21)

Em 1930, o Brasil era governado por Getúlio Vargas, governo este marcado por uma política populista, que objetivava minar possíveis reivindicações e manifestações. No que tange ao plano da política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivava dar um caráter nacional a esta política, que "nesta época foram criados os institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs)" (Brasil, 2013), organizados por categorias profissionais. Notamos que ainda continua a política de só ter acesso quem contribui efetivamente com a previdência, ou seja, só quem produzia tinha direito à assistência médica.

Os anos de 1945 a 1964 são marcados por mudanças, era o período da redemocratização, mas na saúde pouco mudou, as políticas ainda eram as mesmas da era Vargas. Em 1941 foram feitas algumas ações pensando em saúde coletiva, prevenção de doenças. Instituiu-se a reforma Barros Barreto, que cria órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar,

órgãos executivos de ação direta contra as endemias que mais afetavam a população, como malária, febre amarela, peste, o Instituto Oswaldo Cruz tornou-se referência nacional. (BRASIL, 2013)

Foi dado destaque aos programas de abastecimento de água e a construção de esgotos, começou também a se dar atenção para as doenças degenerativas e mentais, criou-se o Instituto nacional do câncer.

A escassez de recursos financeiros, associada à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, superposição de funções e atividades, fez com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época. (POLIGNANO, p.12)

No campo da saúde pública, vários órgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, sem muitas mudanças na política, pois tratava-se apenas de um desmembramento do Ministério da Saúde e Educação. Conforme (ACURCIO, 2010)

O período caracteriza-se também pelo investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária (centros de saúde), pois aquele era compatível com o crescente desenvolvimento da indústria de

equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

Os anos seguintes são os mais conturbados da história do Brasil, pois foram marcados pela “revolução de 1964”. Os militares tomam o poder, sob o pretexto de deter o comunismo, combater a corrupção e zelar pela segurança nacional. A fim de legitimar seu governo, os militares implementaram algumas políticas de saúde, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, sempre seguindo a linha da centralização,

Ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia (POLIGNANO, P 15).

Em 1975 foi criado, pelo menos de forma burocrática, o Sistema Nacional de Saúde, que determinava em quais áreas iriam atuar os setores público e privado da saúde. Documento importante, pois torna oficial a dicotomia da questão saúde, onde a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde, separando assim as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Mas, com a verba insuficiente,

estas ações não tiveram êxito, pois poucas foram de fato efetivadas, e o Ministério da Saúde não conseguiu tornar-se um órgão executor das políticas de saúde.

Nos anos 80 entramos em outro momento da história do Brasil, sempre conturbada e sem estabilidade, à mercê dos interesses das classes dominantes, que já não viam na ditadura tantas vantagens. Como salienta (Acurcio, 2010).

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada, sobretudo, pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República.

O fato de o governo não ter conseguido efetivar as políticas de saúde, no que se refere à prevenção, e ter dado relevância à medicina curativa, a sua incapacidade em atender uma população, que devido à crise, ficava à margem do sistema, e também a diminuição da contribuição, tanto de empregados, empregadores e União, fez com que o modelo entrasse em crise. Com o fim do regime militar é que começa a ganhar corpo um novo sistema de saúde, em mais um período de redemocratização pelo qual Brasil passava.

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de

Saúde (Congresso Nacional,1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). (POLIGNANO, pg. 21)

Como vimos até o presente momento, várias foram as conquistas na área da saúde através de ações implementadas pelos governos brasileiros. Iremos a seguir entrar no tema principal de nosso trabalho, que é a mais importante conquista nessa área, a implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, através da promulgação da lei nº 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde, que até os dias de hoje sofre transformações para poder de fato ser efetivada, a fim de que sejam cumpridas todas as suas diretrizes.

2.2 Implantação do SUS – Sistema Único de Saúde

Após um período de ditadura, é caminho natural a participação de todos na busca por melhorias, e uma ferramenta importante para isso foram as conferências de saúde. A mais importante delas foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem as leis pertinentes à saúde.

A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Pela primeira vez, a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de

saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. (MS-2013)

O SUS Sistema Único de Saúde estava no bojo desta Conferência Nacional de Saúde e também na promulgação da Constituição de 1988, que, em seu Capítulo VII da Ordem Social e na seção II referente à saúde, define no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo 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)

O marco divisor das políticas de saúde no Brasil é, sem dúvida, o surgimento do SUS. O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde brasileiro, considerado um dos maiores sistemas público de saúde do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”, e está regulado pela Lei n.º. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde. Com o

advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, que deve ser fornecida pelos três entes federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Fazem parte do Sistema Único de Saúde, os centros e postos de saúde, os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - e o Instituto Vital Brasil. (Wikipédia, 2013)

Percebe-se claramente que agora o Estado está voltado para as necessidades da população, e que a saúde não pode ser trabalhada de forma isolada, sendo necessário que todas as políticas públicas sejam pensadas em conjunto, desde educação, saneamento básico, lazer e segurança. Os municípios, após a constituição de 1988, também fizeram a sua Lei Orgânica e criaram os conselhos municipais de saúde, haja vista ser um dos princípios do SUS a descentralização política administrativa, de forma que cada município se tornou então responsável pelo gerenciamento da saúde local. O SUS- Sistema Único de Saúde, como cita (TEIXEIRA, 2011, pg. 2):

É um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e

serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios, são, como se sabe, a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

O princípio da Universalidade diz respeito ao acesso que tem que ser para todos, sem distinção, tem que haver um processo de extensão de cobertura dos serviços, para que estes sejam de fato resolutivos e eficazes. (MATTA, 2013) cita que:

A universalidade aponta para o rompimento com a tradição previdenciária e meritocrática do sistema de saúde brasileiro, que conferia unicamente aos trabalhadores formais, por meio da contribuição previdenciária, o acesso às ações e serviços de saúde

É preciso que se modifique o pensamento de que o SUS – Sistema Único de Saúde é somente para as classes mais pobres, assim como agora são incluídas as pessoas que não contribuem formalmente com a previdência social, pois “A saúde é incluída no capítulo da Seguridade Social, que é o conjunto das ações de saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum [...]” (NATALLINI, 2010.pg163-APM) a partir desse momento, cada situação tem seu espaço próprio de enfrentamento e ações frente às necessidades que vão surgindo.

O princípio da Equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde. O dicionário Aurélio assim o define: “Disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um”. No SUS é justamente isso, equidade não quer dizer igualdade

Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas. O princípio da equidade é que o sistema deve estar atento às desigualdades. (NATALINI, 2010, p 164-APM)

Principalmente em se tratando de um país como o Brasil. Com 8 460 415 km² de extensão, formado por cinco grandes regiões, Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul, cujas diferenças abrangem desde o clima até as condições políticas econômicas e financeiras, o que faz com que o perfil epidemiológico mude drasticamente de uma região para outra. Doenças que são comuns no Nordeste não aparecem no Sul, e vice-versa. O princípio da equidade é justamente para dar a cada um o que ele precisa. Há que se levar em conta também a questão indígena e a dos negros, que precisam de tratamento de saúde diferenciado, por conta das características genéticas de cada raça.

A integralidade diz respeito à cobertura, precisa abranger o indivíduo e a comunidade a que este indivíduo pertence, pois, como já citado anteriormente, a saúde não pode ser trabalhada de forma isolada, já que muitas vezes o meio é que faz com que a pessoa fique doente. Muito pertinente o pensamento de (ROSSELÓ, 2009 p. 96).

No âmbito das sociedades pós-industriais e massificadas, a vulnerabilidade social se acrescenta extraordinariamente, [...]. O entorno social

é chave na determinação do sofrimento. Muitos sofrimentos humanos pessoais ou familiares são consequências do entorno social, ou mais concretamente, de um entorno social muito vulnerável, e essa deterioração social se expressa em patologias, muitas das quais são de origem social.

É neste princípio, e na sua efetivação, é que entra o município, é ele através das unidades básicas de saúde, e mais precisamente nos programas de saúde da família, que está em contato direto com o usuário e conhece as suas necessidades, (FRANCO, 2007) cita que:

A integralidade assume uma prioridade entre os princípios do SUS, pois ela significa a assistência ao usuário, em tudo o que representa sua necessidade. Isto vai desde a garantia de boas condições de vida, ser acolhido nas Unidades de Saúde, ter seus problemas resolvidos, até, sobretudo, possuir acesso a todas as tecnologias de cuidado. Portanto, a integralidade está ligada à ideia de alta eficácia nos serviços de saúde e processo de trabalho centrado no usuário. O principal desafio para a integralidade, como princípio e diretriz do SUS, está na sua inserção como rotina nas práticas de cuidado.

Como vimos, os princípios se complementam, dão direção aos gestores de saúde em todas as esferas: Federal, Estadual e Municipal. Mas nenhuma política pública é eficaz se não tiver a participação popular quando da sua formulação. A Lei 8.142 de 1990 conferiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, institucionalizando a participação da população

nas políticas de saúde nas três esferas, municipal, estadual e federal, através da participação nos Conselhos de Saúde formados por 25% de gestores, 25% de trabalhadores do SUS e por 50% de usuários do sistema, e nas Conferências de Saúde. Dessa maneira, a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde. É um mecanismo de grande importância, desde que as pessoas que deles participem realmente sejam conscientes de seu papel, pois são os Conselhos de Saúde que aprovam o orçamento que será gasto com a saúde.

Deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema - dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Embora a democracia possa ser exercida através de vereadores, deputados e outras autoridades eleitas, é necessário também que ela seja assegurada em cada momento de decisão sobre as questões que afetam diretamente e imediatamente a todos. Por isso, a ideia e a estratégia de organização dos Conselhos de Saúde - nacional, estaduais e municipais. Para exercerem esse controle social sobre o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais; além do poder

de decisão não ser apenas consultivo.
(ACURCIO, p 28)

A participação e o controle social são importantes principalmente porque fiscalizam e decidem quando, como e aonde serão aplicadas as verbas destinadas à saúde.

As ações e serviços de saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios, e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social.

É preciso que os conselhos municipais de saúde sejam realmente comprometidos com o seu papel, pois o financiamento da saúde está muito aquém da realidade. Foi publicada ainda no ano 2000, a Emenda Constitucional nº 29, que determinou o mínimo a ser aplicado em saúde pública pela União, Estados e Municípios. Ou seja, a EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000, que cuida do financiamento da saúde, Vinculou recursos orçamentários para as ações e os serviços públicos de saúde:

- União: parte do PIB
- Estados: 12%, no mínimo, sobre os impostos estaduais + transferências constitucionais elencadas na EC 29/00.
- Municípios: 15%, no mínimo, sobre os impostos municipais + transferências constitucionais relacionadas na EC 29/00.
- Conselho Municipal de Saúde: acompanha e fiscaliza a aplicação dos recursos da saúde por meio do Fundo de Saúde.

Somente em sete de dezembro de 2011, dez anos após a publicação da Emenda, foi aprovada pelo Senado a sua regulamentação. Foi um grande avanço quando se fala em financiamento, e principalmente do quanto cada esfera do governo precisa investir em saúde, pois o dinheiro usado na saúde não pode ser visto como um gasto, mas sim como um investimento. A importância da EC 29 está assim descrita no portal do Conselho Nacional de Saúde. (CNS, 2003)

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do Sistema, além de regulamentar a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Com a finalidade de organizar o SUS, seus serviços foram divididos em três níveis de atenção à saúde da população: atenção básica ou baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade. Todos os níveis têm atendimentos específicos. A cartilha de verbetes da fundação Osvaldo Cruz cita que

A compreensão do termo atenção à saúde remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde, quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de

saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas). Este estudo se detém principalmente na atenção básica, que foi o espaço usado em estágio e posteriormente na pesquisa.

A atenção básica pode ser considerada a mais importante dos três níveis de atenção, pois é neste espaço que é feita a triagem dos casos que precisarão ser atendidos nos outros níveis, com exceção dos casos de urgência e emergência, em que o usuário procura diretamente uma unidade de pronto atendimento ou hospital de grande porte. Ainda assim, muitas vezes, por não encontrar atendimento nas unidades básicas de saúde, o usuário “corta o caminho” e vai diretamente ao hospital.

A atenção básica à saúde ainda não constitui a porta de entrada principal aos serviços de saúde, perdendo este papel para ambulatórios especializados de Média Complexidade (MC) e para os serviços de urgência (prontos-socorros)[...] apesar do aumento considerável na oferta dos serviços de atenção básica, como aumento da rede municipal de UBSs e da implementação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (PACS/PSF), e aumento da capilaridade, pois está sendo atendido também o segmento rural, a atenção básica ainda não conseguiu dar conta de alcançar o “parâmetro universal de resolução de 85% dos problemas de saúde demandadas neste nível. (CNS, 2003 pg 26.)

É preciso que o atendimento feito nas unidades básicas pelos clínicos gerais e toda a equipe que a compõe seja mais resolutivo. Infelizmente, a política de saúde caminha para um

lado, que é o de fazer com que o médico generalista consiga resolver os problemas ali mesmo nas UBS, mas a academia caminha para um lado oposto, que é o de formar especialistas, fragmentando assim o atendimento. Para melhorar a qualidade no atendimento e sua efetividade, e com o objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento, os gestores responsáveis pela implementação do Sistema Único de Saúde, ou seja, os secretários municipais, estaduais, do Distrito federal e o ministro da saúde em 2003 assinaram um acordo, chamado Pacto pela Saúde, que é formado por três Pactos: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

A atenção básica entra no Pacto pela Vida que, “Tem esse nome porque visa à melhoria da qualidade e do nível de saúde e de vida de nossa população, configurando-se como o compromisso maior do SUS” Saúde (MS, 2007-PG 19). Dentro deste compromisso está o fortalecimento da atenção básica, por melhorias no Programa da Saúde da Família (PSF), aumento de serviços de retaguarda, como clínicas especializadas para os casos mais complicados.

Sendo assim, o Pacto da Atenção Básica não se constitui apenas um exercício estatístico que visa a definição de metas, taxas ou indicadores de saúde a serem alcançados. Sua função primordial é a de estabelecer, de forma coerente e articulada, uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, em que o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde deixam de ser desenvolvidos como ritos administrativos, e passam a ser incorporados à cultura, objetivando a construção de processo de reorganização da Atenção Básica. (APM,2010-pg 195)

Quando o problema de saúde não é resolvido pela equipe de profissionais da unidade básica de saúde, o usuário é encaminhado para o serviço de média complexidade, assim definido:

Média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (MS)

O material de apoio conhecido como O SUS de A a Z versão 2009, elaborado pelo Ministério da Saúde, traz uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico Assistência de Média e Alta Complexidade exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia (CONASS -2011 pg-12 e 13).

A média complexidade envolve uma gama muito grande de profissionais, que não atuam necessariamente única e exclusivamente no SUS – Sistema Único de Saúde, mas também

em clínicas particulares e para planos de saúde, o que muitas vezes gera a falta deste profissional no SUS. Isto acarreta um gargalo que gera uma fila de espera que algumas vezes dura até mais de um ano. Muitas vezes, ela é também ocasionada pela falta de resolutividade na atenção básica, já anteriormente mencionada.

Estes serviços, em regra, constituem ainda a porta de entrada real ao sistema, absorvendo diretamente a maior parte da demanda que, por sua baixa complexidade, deveria ser resolvida na rede de UBSs.(CNS, 2003,pg 29)

O próximo nível de atenção é a Alta Complexidade ou atenção terciária, que atende os casos mais graves, incluindo internações, cirurgias, partos de risco, especialidades e assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). São procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, portanto.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em redes [...]. (CONASS, 2011)

Como vimos até agora, o SUS é altamente estruturado e planejado, nenhum nível de assistência é deixado de lado. Desde a sua criação em 1988 até os dias atuais muito se tem feito para que a população seja realmente atendida na sua integralidade.

2.3 – PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O tema qualidade em saúde é relativamente novo, principalmente quando se trata de saúde pública. De acordo com a ONA – Organização Nacional de Acreditação, faz apenas 11 anos que as instituições privadas estão trabalhando para a melhoria da qualidade, ou seja, utilizando ferramentas para melhoria da qualidade e obtenção do certificado de acreditação, certificado que pode ser em três níveis: Nível 1- segurança; Nível 2-organização; Nível 3- gestão e qualidade.

Até bem pouco tempo, apenas as indústrias abordavam o tema qualidade, pois a falta dela impactava diretamente no seu resultado financeiro. Devido ao seu desenvolvimento, o setor de saúde não poderia ficar de fora desse contexto. Os hospitais são empresas e, como tal, devem ser tratados e administrados. A gestão da saúde pública é diferente da gestão da saúde privada, são contextos diferentes, envolvem questões distintas, porém a qualidade precisa ser tratada de maneira igual, na medida do possível, qualidade esta que precisa ser vista de maneira ampla, assim Maricone (2008 apud MAXIMIANO ,1995, p. 165) diz que,

A qualidade deixa de ser um atributo apenas do produto ou serviço, ou seja, deixa de ser também uma tarefa que é responsabilidade exclusiva do departamento da qualidade. A qualidade é um problema de todos e envolve todos os aspectos da operação da empresa. A qualidade exige um enfoque sistêmico, para integrar ações das pessoas, máquinas, informações e todos os outros recursos envolvidos na administração da qualidade.

À medida que as políticas de saúde avançam, é natural que ocorram melhorias nos serviços ofertados aos usuários do SUS. Também abordando o tema qualidade e também o acesso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o PMAQ , que é um

programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. Conforme (MS-2013)

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regional e local. O programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

O programa foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 e partiu de um processo de pactuação e negociação das três esferas de gestão do SUS. Está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. (PMAQ – MS, p 5)

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e

aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sócio político, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

Em jargão administrativo, pode-se definir o PMAQ como um planejamento estratégico, hoje fundamental na área pública, pois como cita (GESTÃO ESTRATÉGICA, 2013)

A área pública tem sido colocada em xeque pela sociedade com relação às respostas que lhes são exigidas. O cidadão-usuário demanda padrões de excelência nos serviços oferecidos, exercendo seu direito de cobrar prestação no atendimento aos anseios sociais e no cumprimento da missão das instituições. Além disso, as organizações públicas não puderam crescer em tamanho o suficiente para acompanhar o ritmo do crescimento populacional do país. O incremento da demanda tanto qualitativa quanto quantitativamente no setor público é fato inegável.

Como dar cabo da tarefa de responder adequadamente a esses (quase) novos desafios?. Gerir estrategicamente uma organização pública significa, nos dias de hoje, a possibilidade mais tangível, e talvez a única, de atingir os objetivos institucionais pretendidos.

O plano estratégico, assim como o PMAQ, nada mais é do que uma consolidação de ideias, que por si só não produzem resultado algum. Ao contrário, é na implementação dessas ideias que a organização vai obter o melhor da estratégia. E para fazer com que o PMAQ realmente alcance seus objetivos ele foi assim dividido:

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 local, regional e estadual, e a participação do controle social. (MS-2013)

Feita a contratualização pelas partes envolvidas no processo, que deve ter surgido de um real interesse de mudanças e melhorias na qualidade e no acesso do serviço prestado, dá-se início à segunda fase que consiste:

Na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional).(MS-2013)

A segunda fase precisa ser trabalhada continuamente pelas equipes, pois envolve muitos aspectos, extremamente importantes como é o caso da educação permanente e do apoio institucional. A fase seguinte é a da avaliação externa

Será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade dos municípios e equipes de atenção básica participantes do Programa. (MS-2013)

Após avaliação externa por um profissional designado pelo Ministério da Saúde - no caso da Unidade Básica, objeto deste estudo, o profissional que fez a avaliação foi uma acadêmica de enfermagem que participou de um processo seletivo para tal serviço, vem a quarta fase que:

É constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ. (MS-2013)

Os municípios receberão um incentivo financeiro ao aderirem ao PMAQ, logo após a homologação de adesão realizada pelo Ministério da Saúde, mensalmente, mediante transferência fundo-a-fundo, de 20% do valor integral do componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). Este valor é de R\$ 6.500,00 por Equipe de Atenção Básica participante, podendo chegar a R\$ 8.500,00 nos casos em que houver Equipe de Saúde Bucal vinculada a EAB, considerando a competência do mês que a homologação foi publicada. Recurso este autorizado através da

PORTARIA Nº 1.089, DE 28 DE MAIO DE 2012, que também determina o valor do incentivo após a certificação.

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstrualização;

III - DESEMPENHO BOM: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstrualização; e

IV - DESEMPENHO ÓTIMO: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstrualização (BRASIL, 2011).

Assim como a permanência das EAB - Equipes de Atenção Básica no PMAQ ficarão condicionadas a várias exigências, entre elas, as mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica Vigente, como, por exemplo, cadastramento de todos profissionais das EAB no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), correta alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A segunda fase, a do desenvolvimento, foi a etapa no campo de estágio que deu base a este estudo, que se deterá

nela a partir de agora. Mas antes é necessário fazer uma pequena explanação de alguns aspectos relevantes acerca do município de Araquari/SC.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho é resultado do estágio de conclusão de curso com carga horária de 200 horas, realizado no período de 09 de julho de 2012 a 16 de agosto de 2012, junto a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde “Aci Ferreira de Oliveira”, localizada no bairro centro, do município de Araquari/SC. A metodologia considerada apropriada para este estudo foi a qualitativa descritiva, que segundo NEVES (1996):

Pesquisas qualitativas costumam ser direcionadas, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não buscam enumerar ou medir eventos e, geralmente, não empregam instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Delas faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados.

Os instrumentos da pesquisa são a observação feita durante o trabalho de estágio, e a análise documental, que tiveram como base documentos referentes ao PMAQ, além da revisão bibliográfica, assim definida por VERGARA (1998, p.46)

Pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em

material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma.

A análise dos dados resultou no presente trabalho, que busca uma aproximação com a realidade da implantação do PMAQ no município de Araquari/SC.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico serão apresentadas as fases do processo de implantação do PMAQ na unidade básica, assim como alguns dados relevantes sobre o município de Araquari, o resultado da avaliação feita pelo ministério da saúde, e também a análise e discussão dos resultados.

4.1 Implantação do PMAQ em Araquari/SC

O Art. 198 da CF determina que o SUS seja organizado dentro da diretriz da DESCENTRALIZAÇÃO e da DIREÇÃO ÚNICA, em cada esfera de governo, e trabalhando dentro deste parâmetro os municípios têm autonomia para escolher os programas necessários para a melhoria dos seus serviços, contando sempre com o incentivo do Governo Federal. Os gestores de saúde do município de Araquari acharam por bem fazer a implantação do PMAQ, inicialmente, em uma única Unidade Básica de Saúde que fica localizada no centro do município de Araquari, para a priori servir de modelo para as outras Unidades Básicas. A decisão de aderir ao PMAQ foi do gestor local, na época Secretaria de Saúde.

Após adesão contratualizaram as equipes e somente após a homologação, feita através de portaria ministerial, foram iniciados os trabalhos de melhoria na qualidade do atendimento.

O município de Araquari localiza-se na microrregião de base açoriana do norte de Santa Catarina, área da baía da Babitonga, na planície formada pelos rios Parati e Itapocu. A área geográfica do município é de 377,6km², tendo como limites: ao norte Joinville e São Francisco do Sul; ao sul Guaramirim, São João do

Itaperiú, Barra Velha; a oeste Joinville e Guaramirim, e a leste Balneário Barra do Sul. A sede do município está dez quilômetros da BR 101, às margens da rodovia SC 280, que conduz ao porto de São Francisco do Sul. (ARAQUARI, 2013)

O IDH (Índice de desenvolvimento humano) que, conforme PNDU, “é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde” do município é de 0,767 –PNUD/2000. O PIB (Produto Interno Bruto), que “representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado” é de R\$ 297 255,561 mil, conforme IBGE/2008.

A Secretaria de Saúde de Araquari atende a uma população de 24.810 habitantes, ou seja, quase toda a totalidade do município, pois apenas uma pequena parcela da população tem plano de saúde. A rede de saúde do município é formada por nove unidades básicas de saúde, cuja cobertura de ESF (Estratégia de Saúde da família) é de 73%. Conta ainda com serviços disponíveis de ultrassonografia, ortopedia, dermatologia, psiquiatria, ginecologia, pediatria, odontologia, fisioterapia e telemedicina (eletrocardiograma), todos os outros serviços são contratados nos municípios vizinhos. Existe também em Araquari uma unidade do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Funciona também sob a administração da Secretaria de Saúde uma Unidade de Pronto Atendimento localizada no centro da cidade, que atende das 08h às 24h. A Unidade Básica de Saúde em que foi realizado o estágio é composta de uma equipe de saúde da família, com um médico clínico geral, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada

mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (MS-2013.p)

4.2 O PMAQ na Unidade Básica

Ao ser iniciado o estágio, o processo de implantação já estava em andamento, sendo coordenado pela enfermeira chefe da equipe de saúde da família. Faz-se necessário aqui abrir um parêntese para mencionar a falta de apoio por parte dos gestores, sendo a ausência da figura do gestor percebida nas tomadas de decisão e reuniões de trabalho. (PMAQ-MS, 2011, p 33)

No cotidiano do trabalho das Equipes de Atenção Básica, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como, compor-se e manejar-se como equipe; estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento; discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo protagonismo, autonomia e cidadania, dentre tantos outros, que vêm sendo apresentados ao longo do presente documento, e a introdução da dimensão do apoio institucional, no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, procura dialogar com a necessidade de as gestões

municipais, estaduais e federal ofertarem dispositivos que contribuam para a superação dos desafios enfrentados pelas EAB.

Este apoio, quando dado de forma correta, aumenta em muito as chances de sucesso. A Unidade Básica – UBS em questão funciona no mesmo prédio que o Pronto Atendimento do município, os usuários são atendidos no mesmo balcão e pelos mesmos funcionários que atendem os casos de urgência e emergência que surgem durante o dia. Já haviam sido realizadas reuniões para discussão dos aspectos que teriam de ser melhorados e quais estratégias seriam usadas para o alcance das metas. Para isso, foram utilizadas planilhas chamadas de Matriz de Intervenção, conforme modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

O momento em que se encontrava o programa era o de autoavaliação, momento importante para se conseguir implantar o PMAQ, pois as realidades diferem de uma comunidade para outra, há que se considerar muitos aspectos, históricos, políticos e econômicos, pois “é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores” (PMAQ-MS,2011, P 27) , o PMAQ trabalha 47 indicadores, mas cada unidade básica tem autonomia para identificar quais se encaixam em seu perfil, quais as reais necessidades.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário, a considerar tempo, recursos, questões políticas, etc. – é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento,

para, a partir do reconhecimento das prioridades, construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos auto-avaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirão para, entre outras coisas, a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como um momento angustiante, que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores. (MS -2011)

Problemas como o desconhecimento do Plano Municipal de Saúde, a falta de um Coordenador da Atenção Básica, dificuldades para alcançar 100% de cobertura de pré-natal, ausência de incentivo para atividade física, pouco estímulo à alimentação saudável, falta de informações sobre o funcionamento da unidade, foram discutidos e colocados nesta matriz de intervenção. Ali estavam estratégias, atividades, recursos necessários, tempo, resultados, responsáveis e os mecanismos e indicadores que seriam utilizados para verificar se o objetivo foi alcançado. “Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica”. Foram selecionados 47 indicadores subdivididos em 7 áreas estratégicas.

Síntese dos indicadores selecionados:

Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde Bucal; Produção Geral; Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental.

Uma das exigências do PMAQ era de que o prontuário deveria ser por família e não individual, como era o caso à época

do estágio. Ficou decidido então que esse iria ser, naquele momento, o foco deste trabalho, haja vista estar se aproximando a data da avaliação externa feita pelo Ministério da Saúde.

A Secretaria da Saúde já contava com um sistema de informação, que é o G-MUS (Gestão Municipal da Saúde), que é subaproveitado, apesar de sua fácil operacionalização. Neste sistema estavam cadastrados apenas os usuários que utilizavam os serviços de pronto atendimento do município e não a totalidade da população atendida pelo programa de saúde da família.

O primeiro passo foi procurar no sistema o número do prontuário do usuário que já estivesse cadastrado no sistema. Para isso foi usado o cadastro feito pelas agentes comunitárias de saúde, começando-se pelo nome completo e, se não fosse encontrado, pela data de nascimento, nome dos pais e endereço. Foi um trabalho difícil, pois diversas vezes o usuário estava cadastrado com nome diferente daquele anotado pela agente de saúde.

Depois de localizado no sistema, o número do prontuário era anotado no cadastro físico, juntamente com o número da família e a cor da área. Seis micro áreas no total fazem parte da área Central. Quando era finalizada essa parte, a próxima era procurar no arquivo o prontuário e fazer um novo, juntando todos os prontuários de uma mesma família em um único envelope, devidamente etiquetado com a cor da micro área e o número da família, trabalho este que foi de muita valia, pois além de trabalhar-se no sistema, ainda dava-se assessoria às agentes de saúde, já que também para elas o procedimento era novo. A falta de preparo das agentes de saúde fez com que o processo se tornasse moroso, aspectos como o preenchimento dos dados dos usuários eram feitos incorretamente, havia falta de atualização do cadastro, por várias vezes encontrava-se as mesmas famílias cadastradas em áreas diferentes, o que se explica por ser uma população que muda muito de moradia. As agentes não faziam estas atualizações, não existia diálogo. Diante deste fato, era necessário perguntar de qual micro área a família fazia parte e mudar o prontuário, o que alterava o número

das outras famílias, pois se subtraindo uma, o número das outras teria que ser mudado. O sistema G-MUS tem um campo próprio para esse fim, com número de área e de família. Em alguns casos encontrou-se crianças cadastradas em duas áreas, fato comum também, as crianças moram com os pais e se mudam para a casa dos avôs, porém, quando a alteração tratava-se de uma só pessoa, não havia interferência na numeração dos outros prontuários.

Abaixo exemplo do sistema utilizado:

The screenshot displays a web-based form for data entry. It is organized into several sections:

- Dados:** Includes fields for 'Usuário', 'Nome *', 'Nascimento *', 'Sexo' (dropdown), 'Cor' (dropdown), 'Etnia', and 'Cartão SUS'.
- Filiação:** Includes fields for 'Mãe *' and 'Pai'.
- Contatos:** Includes fields for 'DDD', 'Telefone', 'Tel. Contato', 'Celular', and 'Município *' under the 'Origem' label.
- Buttons:** An 'Atualizar' button is located below the contact information.
- Navigation Tabs:** A row of tabs at the bottom includes 'Endereço', 'Informações', 'Documentos', 'PSF', 'Documentos UPS', and 'Deficiências'. The 'Informações' tab is currently selected.
- Form Fields (under 'Informações'):** Includes 'Segmento', 'Área', 'Microarea', 'Nº Família', a checkbox for 'Chefe de família?', and a 'Documentos' field.

(FIGURA 1 - Foto da Tela do Sistema G-MUS -PSF)

Fonte: inovadora, junho/2013

Enquanto ainda trabalhava-se nos prontuários, foi feita a avaliação externa, que é a terceira fase do PMAQ. E a fase “em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as

condições do acesso e de qualidade da totalidade dos municípios e Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ”.

A avaliadora, que era uma acadêmica do curso superior de enfermagem, primeiramente observou e tomou nota de todos os aspectos físicos do prédio, desde a placa de identificação na área externa, se havia tapetes na entrada e banners com todas as informações necessárias sobre o funcionamento da Unidade Básica, fazendo uma análise minuciosa. Após esta avaliação, foram escolhidos três usuários que estavam esperando por atendimento, para uma conversa, em que foram feitas a eles perguntas sobre a unidade básica. E a terceira etapa foi a entrevista com a enfermeira responsável pela equipe de ESF, neste momento foram verificados todos os documentos referentes àqueles sete indicadores selecionados. Esta avaliação tomou praticamente todo o turno de trabalho daquele dia.

4.2.1 Resultado da Avaliação Externa

A partir da avaliação externa, as Equipes de Atenção Básica poderão ser classificadas em quatro categorias:

I – Desempenho insatisfatório: quando o resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;

II – Desempenho regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

III – Desempenho bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

IV – Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1(mais 1) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.(PMAQ-MS, p 39)

O resultado final da avaliação externa do Município de Araquari foi “(1) – Mediano ou pouco abaixo da média”, mas mesmo com este resultado o município foi certificado, pois o MS incentiva a melhoria para a próxima avaliação. Segue abaixo tabela ilustrativa das dimensões e subdimensões avaliadas durante o processo, com os respectivos conceitos:

Segue abaixo a tabela do Relatório de Avaliação Externa do PMAQ - AB

Desempenho – 1 - Mediano ou um pouco abaixo da média

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CONCEITO
I – Conceito da equipe Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica dimensão Gestão	1.1 – Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica – Perfil da Gestão	1 - Mediano ou pouco abaixo da média
	1.2 - Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	1.3 Apoio	1-Mediano ou um

	Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de	pouco abaixo da média
II- Conceito da equipe dimensão Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	II.1 Características Estruturais e Ambiência, Sinalização Externa e Interna da Unidade Básica de Saúde e Identificação visual das ações e serviços	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	II.2 Horário e Dias de Funcionamento da Unidade de Saúde	1 - Acima da média
	II.3 - Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos para Atenção à Saúde (incluindo saúde bucal)	1 - Acima da média
	II. 4 - Informatização, Conectividade e Telesaúde.	1 - Acima da média
	II.5 Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	1 - Muito acima da média

	II.6 Imunobiológicos e Testes Rápidos da Unidade Básica Saúde	1 - Acima da média
	II.7 Insumos e Medicamentos para Práticas Integrativas e Complementares	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
III- Conceito da equipe dimensão Valorização do Trabalhador	III.1 Tempo de Atuação e qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	III. 2 Gestão do Trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo	1 - Acima da média
	III. 3 Plano de Carreira e Remuneração Variável	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	III.4 Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações	1 - Acima da média

	Desenvolvidas	
IV- Conceito da equipe dimensão Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	IV. 1 Planejamento das ações da Equipe de Atenção	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 2 Organização dos Prontuários e Informatização	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 3 Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 4 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	1 -Muito acima da média
	IV.5 Acolhimento à Demanda Espontânea	1 -Acima da média
	IV. 6 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	1-Mediano ou um pouco abaixo da média

	IV. 7 Câncer do Colo do Útero e da Mama	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 8 Planejamento Familiar, Pré-natal, Parto e Puerpério	1 -Acima da média
	IV. 9 Criança até os Dois Anos de Vida	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 10 Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 11 Saúde Mental	1 -Acima da média
	IV. 12 Tuberculose e Hanseníase	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 13 Práticas Integrativas e Complementares, Promoção da Saúde e Bolsa Família	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 14 Equipe de Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde, Ordenação	1-Mediano ou um pouco abaixo da média

	e Definição de Fluxos e Resolubilidade das Ações e Práticas Inovadoras	
	IV. 15 Saúde Bucal	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV. 16 Programa Saúde na Escola	1-Mediano ou um pouco abaixo da média
	IV.17 População Rural, Assentados e Quilombolas	1 Mediano ou um pouco abaixo da média -
V- Conceito da equipe dimensão Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	V.1 Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	1 Mediano ou um pouco abaixo da média
	V.2 Acolhimento à Demanda Espontânea	1 Mediano ou um pouco abaixo da média
	V.3 Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	1 -Acima da média

	V.4 Atenção a Saúde da Mulher, Gestante e Criança	1 Mediano ou um pouco abaixo da média
	V.5 Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	1 Mediano ou um pouco abaixo da média
	V.6 Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário	1 Mediano ou um pouco abaixo da média
	V.7 Saúde Bucal	1 Mediano ou um pouco abaixo da média

(TABELA 1 – Relatório de Avaliação Externa do PMAQ)

Fonte: Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde, junho/2013

Após a certificação feita pelo Ministério da Saúde se dá início à quarta fase do processo, que é a recontratação, conforme manual instrutivo: “Nessa fase está prevista a pactuação singular das equipes e dos municípios, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ”. O Município de Araquari, através de seus gestores de saúde, aderiu novamente com a equipe da sede e mais 4 equipes, segundo relato feito pela responsável pelo trabalho de implantação do PMAQ. É um novo ciclo que se inicia.

4.3 Análise e Discussão dos Resultados

Após a análise dos resultados, pode-se observar que muitos pontos precisam ser melhorados. O relatório passará a ser uma ferramenta de extrema relevância, agora que se sabe qual caminho a seguir: melhorar estes indicadores e criar outros, pois o PMAQ não é estanque, é um processo contínuo. Notou-se durante o período de estágio que faltou para a equipe de saúde o apoio de um profissional técnico para dar suporte, como aconteceu, por exemplo, no município de Joinville, pois a enfermeira chefe responsável pela equipe de Estratégia da Saúde da Família, já tem em sua rotina de trabalho uma carga muito grande de afazeres. É ela quem cuida da assistência, faz exames preventivos, puerpério, eletrocardiogramas, faz acompanhamento com as gestantes, entre outros tantos serviços, e ainda cuida de toda a parte burocrática concernente ao seu trabalho, além de coordenar a equipe de agentes comunitárias de saúde, suas folgas e horários de trabalho. É imperativo, para o sucesso do trabalho, um profissional técnico para auxiliá-la neste serviço. O município dispõe de um sistema informatizado, mas não o utiliza de maneira correta, o que faz com que o resultado do trabalho seja mais moroso. Sugere-se, pois, que se faça treinamento com todos os profissionais da equipe para que este sistema seja de fato utilizado em toda a sua capacidade. Este não seria um trabalho oneroso para o poder público, pois teria como impacto a melhoria na qualidade dos serviços. O ideal seria que o consultório dos médicos fosse equipado com um computador, assim ele mesmo acessaria o prontuário de seu paciente e faria ali todas as anotações necessárias. As agentes comunitárias - ACS também precisam ser incentivadas a preencherem os cadastros dos usuários de maneira correta e atualizá-los sempre que se fizer necessário.

O fato de a Unidade Básica de Saúde funcionar junto ao PA – Pronto Atendimento é, sem dúvida, um obstáculo, pois muitas vezes os usuários vão à Unidade fazer consultas de rotina, levar seus filhos para tomar as vacinas, da mesma forma

as gestantes fazem o seu pré-natal, as mulheres os seus exames preventivos, e não estão doentes, estão trabalhando na promoção e prevenção de sua saúde e lá chegando entram em contato com os outros usuários que, estes sim, estão passando por um momento de doença que por muitas vezes é contagiosa. São muitas pessoas circulando por aquele espaço. Mas, felizmente, já está na agenda da prefeitura a construção de uma nova Unidade Básica de Saúde para atender a esta população.

Outro fato constatado é a linguagem usada pelo Ministério da Saúde em seus impressos, em total descompasso a realidade.

Um dos indicadores avaliados é Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas, o conceito da equipe foi - 1 - muito acima da média, nota-se que há um esforço para qualificar estes profissionais. Este processo de mudança só será possível através de um contínuo trabalho de educação, pois, sem o interesse de fato em alavancar mudanças significativas, não há como se alcançar os objetivos estabelecidos.

O manual instrutivo do PMAQ é de difícil compreensão, o próprio relatório não é de fácil compreensão.

O ministério da saúde disponibiliza farto e rico material a respeito do assunto, nesse caso específico, a atenção básica e saúde da família, mas este material por muitas vezes usa expressões complexas e de difícil compreensão. É preciso que os agentes comunitários de saúde tenham despertados em si a vontade de aprender, pois são eles os verdadeiros disseminadores das boas práticas para uma vida saudável. É urgente que se invista mais em educação permanente, o município de Araquari já o está fazendo pois na avaliação ele conseguiu um conceito 1 – acima da média, o que é muito salutar para a construção de uma política de saúde eficaz.

Mas é vital que essa educação seja feita em linguagem acessível a todos, é preciso que se tenha interesse em aprender. O material precisa ser didático, respeitando os limites de cada um.

É como uma escada, no topo estão os técnicos, as cabeças pensantes do Ministério da Saúde, que são sem dúvida altamente preparados, e na base da escada estão as pessoas que realmente fazem o SUS acontecer. Há que se encontrar uma maneira que faça com que os que estão na base subam e os que estão no topo desçam para que se encontrem e trabalhem em equipe de forma coesa, e que todos “falem a mesma língua”.

Estas são as contribuições deste estudo para a melhoria dos resultados do PMAQ, e o programa abrange principalmente os indicadores de assistência, que não fazem parte da área específica deste trabalho, e também a alimentação do sistema do SUS, à qual não se teve acesso durante o estágio.

5 CONCLUSÃO

A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos serviços prestados pela atenção básica vêm sendo trabalhados pelo Ministério da Saúde e gestores de saúde municipais muito fortemente. O Ministério faz esse trabalho mediante implantação de políticas de saúde e incentivo financeiro, e os gestores municipais, da mesma forma, o fazem através de financiamento, além da melhoria dos processos de trabalho através de várias ferramentas.

É preciso que se utilizem os meios corretos ou as “portas de entrada” certas, dependendo do serviço que o usuário esteja necessitando. Ao término deste trabalho pode-se perceber que não é tarefa fácil implantar melhorias nos serviços, o PMAQ é mais uma ferramenta de qualidade que veio para auxiliar nesta empreitada, ele veio a fim de ampliar o impacto da Atenção Básica sobre as condições de saúde, além de fornecer também padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde que norteiam a qualidade da AB. O PMAQ faz com que as UBS trabalhem de acordo com os princípios da AB, que, segundo o MS, são: “integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela.” Não é mais possível que os processos sejam feitos de qualquer maneira, não é viável, é contraproducente.

Por si só, o financiamento da saúde já é um agente dificultador, pois nunca é suficiente, então faz-se necessário realmente melhorar a gestão. E também está se institucionalizando a cultura da avaliação da AB, no SUS e de gestão, avaliação esta que só acontecia na iniciativa privada. O nosso trabalho conseguiu atingir o objetivo, que era analisar o processo de implantação e verificar o conceito que o município de Araquari em Santa Catarina recebeu no processo do PMAQ. Nota-se, porém, que apesar dos esforços, estes resultados não conseguiram impactar ainda no atendimento, ou seja, o atendimento ao usuário ainda não foi modificado. A metodologia

aplicada foi ideal, frente ao tipo de trabalho executados. Da mesma forma, a bibliografia estudada foi suficiente, pois, por ser o PMAQ um programa novo na área da saúde e ser um dirigido à atenção básica, não se encontra muito material abordando este assunto.

Há farto material sobre qualidade na indústria e até mesmo em hospitais, por isso entende-se que, guardadas as devidas proporções, que esta pesquisa pode, sim, servir de base para algum estudo sobre o assunto. Há muito ainda que se trabalhar na AB, ela ainda não contempla toda a demanda, por uma série de motivos, como a falta de especialistas em áreas importantes como a cardiologia, endocrinologia, ortopedia e tantos outros. Há falta de resolutividade, a base ainda continua estreita, e isto faz com que os hospitais continuem sendo procurados mesmo quando o problema não exige.

Os desafios ainda são muitos, porém, é imprescindível acreditar e defender uma política pública de saúde com qualidade, universal, e com a plena participação da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/>>. Acesso em: 20 maio 2013.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (São Paulo). O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. 254 p.

BORBA, Gustavo Severo de; KLIEMANN NETO, Francisco José. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 maio 2013.

BRASIL. Brasil.. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: PMAQ. Brasília-DF: Ms, 2011. 43 p. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 30 jul. 2012.

BRASIL. Brasil.. Ministério da Saúde./publicacoes/para_entender_gestao_sus_: Média e Alta Complexidade. Brasília -DF, 2013. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus principio e diretrizes. 2ª Brasília-DF: Editora Ms, 2003. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo

Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-departamento de Apoio À Gestão Participativa. Dialogando Sobre o Pacto pela Saúde. Brasília-DF: Editora Ms, 2010. 48 p. (B). Textos Básicos de Saúde.

BRASIL.; SAÚDE., Conselho Nacional de Secretários de. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS: Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Isbn, 223. 223 p.

BRASIL. Funasa. Ministério da Saúde. Cronologia Histórica da Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

ENF.PAULAREIS@IG.COM.BR. PMAQ.-relatório avaliação SGDAB [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <neuza.dordet@gmail.com>. em: 14 jun. 2013.

FRANCO, Túlio Batista. A integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do 'cuidado cuidador', de trabalho em rede. Publicado em 27/08/2007. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

GALVÃO, Prof. Doutor Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no brasil: do brasil colônia a 1930. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2013

HOLANDA, Aurélio Buarque de. Dicionário Aurélio – Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1994. 257 p.

<http://conselho.saude.gov.br/> acessado em 14/04/2013

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php acesso em 05/05/2013

<http://gestaoestrategica.trt10.jus.br/> acesso em 05/05/2013

<http://inovadora.com.br/produtos.html> acesso em 03/05/2013

<http://portal.saude.gov.br/acesso> em 06/04/2013

<http://www.araquari.sc.gov.br/cidade/historia/> acesso em 22/05/2013

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000 acessado em 14/04/2013.

<http://www.pnud.org.br/> acesso em 22/05/2013

<https://www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA-> acesso em 23/05/2013

<http://pt.wikipedia.org/>. Acesso em: 15 maio 2013.

Madel Therezinha Luz. NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE "TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA" - ANOS 80. ano de publicação - 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

MARICONE, S. "ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR: A ÉTICA COMO NORTEADORA NAS TOMADAS DE DECISÕES,." Disponível em: <<http://superclickmonografias.com/>>. Acesso em: 25 maio 2013.

MATTA, Gustavo Corrêa. Universalidade. dicionário de educação profissional em saúde. Disponível em: <<http://www.epsvj.fiocruz.br/>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

NEVES, José Luiz. PESQUISA QUALITATIVA– CARACTERÍSTICAS, USOS E POSSIBILIDADES CADERNO DE PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO,. SÃO PAULO, V.1, Nº 3, 2º SEM./1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/>>. Acesso em: 25 maio 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

ROSELLÓ, Francesc Torralba I. Antropologia do cuidar. Petrópolis: Vozes, 2009. 195 p.

TEIXEIRA, Carmem. Os princípios do sistema único de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

VERGARA, Silvia Constante. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. 2ª edição São Paulo: Editora Atlas, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – Portaria Nº 1.654

Conforme MS:

PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011

Legislações - GM

Qua, 20 de Julho de 2011 00:00

PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando o parágrafo único do art. 3º da [Lei](#) no- 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada por meio da Portaria no- 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde no SUS;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão entre as esferas de governo na consolidação do SUS, por meio da Portaria no- 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006;

Considerando a Portaria no- 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção, resolve:

Art. 1o- Fica instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de 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 Atenção Básica em Saúde.

Art. 2o- São diretrizes do PMAQ-AB:

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.

Art. 3o- O PMAQ-AB será composto por 4 (quatro) fases distintas, que compõem um ciclo.

Parágrafo único. O PMAQ-AB se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da Atenção Básica em Saúde.

Art. 4o- A Fase 1 do PMAQ-AB é denominada Adesão e Contratualização.

§ 1o- Na Fase 1, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB.

§ 2o- Para a Fase 1 devem ser observadas as seguintes etapas:

I - formalização da adesão pelo Município e pelo Distrito Federal, que será feita por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo PMAQ-AB;

II - contratualização da equipe de saúde da atenção básica e do gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB; e

III - informação sobre a adesão do Município deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional, com posterior homologação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 3o- Para os fins do disposto no inciso III do § 2o- deste artigo, o Distrito Federal deve encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde.

Art. 5o- A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Desenvolvimento e deve ser implementada por meio de:

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região

de Saúde;

II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões

Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes, pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais e nas Comissões Intergestores Bipartite; e

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissões Intergestores Regionais, com auxílio do Ministério da Saúde.

Art. 60- A Fase 3 do PMAQ-AB é denominada Avaliação Externa e será composta por:

I - certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será 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

também pelo Ministério da Saúde a partir do monitoramento de indicadores;

II - avaliação não relacionada ao processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local, que contemple:

a) avaliação da rede local de saúde pelas equipes da atenção básica;

b) avaliação da satisfação do usuário; e

c) estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde.

Art. 7o- A Fase 4 do PMAQ-AB é denominada 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.

Art. 8o- Fica instituído o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

§ 1o- O incentivo de que trata o caput será transferido, fundo a fundo, aos Municípios e ao Distrito Federal que aderirem ao PMAQ-AB por meio do PAB Variável.

§ 2o- O incremento do incentivo de que trata o caput é definido a partir dos resultados verificados nas Fases 2, 3 e 4 do PMAQ-AB.

Art. 9o- O Município ou o Distrito Federal poderá incluir a adesão de equipes de saúde da atenção básica ao PMAQ-AB apenas uma vez ao ano, respeitado o intervalo mínimo de 6 (seis) meses.

§ 1o- A adesão poderá incluir todas ou apenas parte das equipes de saúde da atenção básica do Município ou do Distrito Federal.

§ 2o- O Ministério da Saúde realizará a avaliação externa, em um mesmo momento, para a totalidade das equipes de saúde da atenção básica do Município ou do Distrito Federal que aderiram ao PMAQ-AB.

Art. 10. O valor mensal integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada será publicado posteriormente e reajustado periodicamente pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), conforme disponibilidade orçamentária vigente.

Art. 11. Os Municípios e o Distrito Federal receberão

inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% (vinte por cento) do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada.

Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal receberão, posteriormente, novos percentuais variáveis do referido valor integral conforme o desempenho alcançado, por equipe contratualizada, no processo de certificação realizado nos termos do disposto na Fase 3 do PMAQ-AB.

Art. 12. Os Municípios e o Distrito Federal terão o prazo mínimo de 2 (dois) meses e máximo de 6 (seis) meses, a contar da data de adesão ao PMAQ-AB, para solicitar a 1ª (primeira) Avaliação Externa, a ser feita conforme descrito no art. 6º. § 1º- Nas situações em que não houver a solicitação para a realização da Avaliação Externa, o Município ou o Distrito Federal será automaticamente descredenciado do PMAQ-AB, deixando de receber os incentivos financeiros, e ficará impedido de aderir ao Programa por 2 (dois) anos, medida que tem como objetivo inibir adesões sem compromisso efetivo com o cumprimento integral do ciclo de qualidade do PMAQ-AB.

§ 2º- As adesões deverão ocorrer até 7 (sete) meses antes da data das eleições municipais.

§ 3º- Casos específicos relacionados a obrigações ou sanções contraídas por atos de gestão anterior serão avaliados pelo Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão Intergestores Tripartite.

Art. 13. Para a classificação de desempenho das equipes contratualizadas, realizada por meio do processo de certificação, cada Município ou o Distrito Federal será distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

Art. 14. Para fins da 1ª (primeira) classificação das equipes contratualizadas, por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal, a avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios:

I - INSATISFATÓRIO: quando o resultado alcançado for menor do que - 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;

II - REGULAR: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

III - BOM: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV - ÓTIMO: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão à média do desempenho das equipes em seu estrato.

Art. 15. A partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada equipe será comparado em relação às outras equipes do seu estrato, bem como quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ-AB.

Art. 16. A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas nos arts. 13 e 14, os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável e contratualizarão novas metas e compromissos, conforme as seguintes regras:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de

celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstrualização;

III - DESEMPENHO BOM: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstrualização; e

IV - DESEMPENHO ÓTIMO: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstrualização.

ANEXO B – Autorização

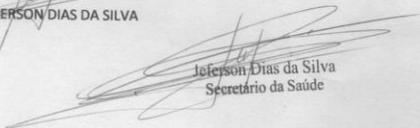
AUTORIZAÇÃO

Eu, Jeferson Dias da Silva, Secretário de Saúde do município de Araquari, no uso de minhas atribuições legais, autorizo a acadêmica do curso de Gestão Hospitalar do IFSC-Instituto federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Neuza Cristofolini Dordet, a divulgar o nome da Unidade Básica “Aci Ferreira de Oliveira” e conseqüentemente do nome da Secretaria de Saúde e do Município, em seu Trabalho de Conclusão de Curso, resultado do estágio curricular realizado na referida unidade.

Araquari, 03 de Junho de 2013.



JEFERSON DIAS DA SILVA



Jeferson Dias da Silva
Secretário da Saúde

ANEXO C – Matriz de Intervenção 1

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 1.1						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Desconhecimento do Plano Municipal de Saúde						
OBJETIVO META: Fazer com que toda equipe tenha acesso e Conhecimento deste Plano Municipal de Saúde						
ESTRATEGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	AATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Acesso ao Plano Municipal de Saúde	Reuniões Programadas com a equipe para conhecimento e discussão Montar pasta com Plano Municipal de Saúde para disponibilização de leitura	Tempo Local	Conhecimento do Plano Municipal de Saúde		30 dias	Reuniões para debates do plano

ANEXO D – Matriz de Intervenção 2

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 1.6						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Falta de coordenador da Atenção Básica						
OBJETIVO META: Criar cargo de coordenação da Atenção Básica						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Sensibilização dos gestores do município e da saúde.	Criação de lei ou portaria que designe este cargo	Recursos Humanos	Monitoramento da atenção básica		01 ano	Equipe

ANEXO E – Matriz de Intervenção 3

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.16						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Caderneta de saúde da Criança não é atualizada por todos os membros da equipe						
OBJETIVO META: Todas as carteiras de saúde atualizadas a cada atendimento.						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Sensibilização de toda a equipe para a importância do preenchimento da carteira de saúde.	Reuniões com a equipe.	Tempo; Recursos humanos.	Todas as carteiras de saúde atualizadas		60 dias	Avaliação de carteiras de saúde a cada atendimento.

ANEXO F – Matriz de Intervenção 4

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.17						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANÇE DO PADRÃO: Meta de 100% ainda não alcançada no acompanhamento de crianças menores de 01 ano.						
OBJETIVO META: 100% de crianças menores de 01 ano acompanhadas.						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANÇE DOS RESULTADOS
Intensificar busca ativa; a todas as crianças menores de 01 ano, por meio das ACS nas visitas domiciliares.	O atendimento mensal já é realizado até 01 ano, com a consulta subsequente com data garantida, para facilitar o acesso.	Tempo; Recursos Humanos.	100% de crianças menores de 01 ano acompanhadas		60 dias	Todas as crianças menores de 01 ano do território de abrangência, acompanhadas.

ANEXO G – Matriz de Intervenção 5

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.19						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Meta de 100% não alcançada de gestantes, puéperas orientadas sobre importância de aleitamento materno e introdução de alimentação complementar saudável para crianças menores de 02 anos.						
OBJETIVO META: 100% de gestantes e de puéperas esclarecidas sobre importância do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar saudável para crianças						
ESTRATEGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Intensificar busca ativa de gestantes e puéperas por meio das ACS na visita domiciliar.	Orientação a cada consulta, com agendamento da consulta subsequente com data garantida a cada atendimento, facilitando o acesso	Tempo; Recursos Humanos.	100% de gestantes de puéperas esclarecidas sobre importância do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar saudável para crianças		60 dias	100% de gestantes de puéperas esclarecidas sobre importância do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar saudável para crianças

ANEXO H – Matriz de Intervenção 6

DESCRICOÃO DO PADRÃO: 4.21						
DESCRICOÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANÇE DO PADRÃO: Meta de 100% não alcançada, na captação de gestantes durante o 1º Trimestre para início do pré-natal.						
OBJETIVO META: 100% das gestantes captadas no 1º trimestre de gestação.						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANÇE DOS RESULTADOS
Intensificar a busca ativa de gestantes precocemente, por meio das ACS nas visitas domiciliares.	Agendamento imediato de consulta para toda gestante, após busca ativa.	Tempo; Recursos humanos.	100% de gestantes captadas no 1º trimestre de gestação.	Enfermeira; ACS	30 dias	100% de gestantes acompanhadas

ANEXO I – Matriz de Intervenção 7

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.22						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Meta de 100% não alcançada na cobertura de pré-natal no território de abrangência						
OBJETIVO META: 100% das gestantes realizando o pré-natal.						
ESTRATEGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Intensificar busca ativa de gestantes, por meio das ACS nas visitas domiciliares.	<ul style="list-style-type: none"> • Captação precoce da gestante; • Consultas subsequentes com data garantida a cada atendimento para facilitar acesso; 	Tempo; Recursos humanos.	100% de gestantes realizando o pré-natal	Enfermeira; ACS	60 dias	100% de gestantes do território de abrangência acompanhadas no pré-natal.

ANEXO J – Matriz de Intervenção 8

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.23						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANÇE DO PADRÃO: Casos de VDRL positivo na gestação onde o parceiro não realiza o tratamento completo.						
OBJETIVO META: 100% de casos de sífilis na gestação com tratamento completo para gestante e parceiro.						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSARIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Intensificar busca ativa de gestantes e parceiros que não realizam o tratamento completo...por meio das ACS nas visitas domiciliares.	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar tratamento da gestante e de seu companheiro. Conscientizar gestante e parceiro da importância do tratamento completo. 	Tempo; Recursos humanos.	100% de casos de sífilis detectados no pré-natal com tratamento completo.	Enfermeira; ACS	60 dias	Monitoramento de tratamento de casos de VDRL positivo na gestação por meio de prontuário.

ANEXO K – Matriz de Intervenção 9

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.24						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Ausência de visita domiciliar para puérpera e recém-nascido na 1ª semana						
OBJETIVO: META: Realização da visita						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Informação de ACS (1ª semana) de nascimento (busca ativa)	Agendamento de visita domiciliar a serem desenvolvidas após busca ativa.	Carro Recursos humanos Tempo	Acompanhamento da puérpera e RN.	Enfermeira ACS	30 dias	Todas as puérperas e RN acompanhado na 1ª semana.

ANEXO L – Matriz de Intervenção 10

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.25							
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Meta de 100% ainda não alcançada em consultas de puerpério até 42 dias após parto.							
OBJETIVO META: 100% de puérperas e RN do território de abrangência consultados antes de 42 dias.	ESTRATEGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Intensificar a busca ativa dos nascimentos ocorridos por meio das ACS nas visitas domiciliares.	Agendamento de consultas das puérperas e RN antes de 42 dias de pós parto.	Tempo; Recursos humanos.	100% de puérperas e RN avaliados até 42 dias após parto.	Enfermeira; ACS	60 dias	Todas as puérperas monitoradas por meio de prontuário.	

ANEXO M – Matriz de Intervenção 11

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.26						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Meta de 100% ainda não alcançada em cobertura de exames de preventivo e exames de mamas.						
OBJETIVO META: 100% de mulheres do território de abrangência realizando exames preventivo e de mamas anualmente.						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Intensificar busca ativa por meio das ACS na visita domiciliar a todas as mulheres com exame preventivo em atraso, mulheres com exames de citologia alterados ou exame de mamas alterados que abandonam o tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar, mais um dia na agenda semanal, para atendimento de preventivo, totalizando 04 períodos. Monitoramento de mulheres com exames de citologia ou de mamas alterados 	Tempo; Recursos Humanos.	100% de mulheres com exames preventivos e de mamas realizados anualmente. Monitoramento de 100% de mulheres com exame de citologia positivo, para realização dos devidos encaminhamentos.	Enfermeira; ACS	60 dias	100% de mulheres com exames preventivos e de mamas realizados anualmente. 100% de mulheres com exame de citologia positivo acompanhados.

ANEXO N – Matriz de Intervenção 12

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.28						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Informação insuficiente para a população, pouca aceitação dos mesmos, de ações de planejamento familiar ofertadas na unidade.						
OBJETIVO META: População de abrangência, bem informada sobre ações de planejamento familiar ofertadas na unidade.						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSARIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Intensificar a informação sobre as ações de planejamento familiar ofertadas na unidade por meio de ACS.	Informação por meio de folders distribuídos na unidade e pelas ACS. Informação dos métodos contraceptivos realizada por todos a equipe. Consulta de planejamento familiar.	Tempo; Recursos Humanos Recursos financeiros	População informada;	Enfermeira; ACS	90 dias	Numero de agendamentos para consulta de planejamento familiar.

ANEXO O – Matriz de Intervenção 13

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.51						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANÇE DO PADRÃO: Ausência de incentivo para atividade física						
OBJETIVO/META: Estimular grupo de 3ª idade a realizar exercícios						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANÇE DOS RESULTADOS
Programação com grupo já existente de exercícios na academia da 3ª idade, no centro da cidade.		Recursos humanos Prof. de educação física	Melhoria da qualidade de vida do público alvo		60 dias	Presença de pelo menos 50% de indivíduos do grupo

ANEXO P – Matriz de Intervenção 14

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.52						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Pouco estímulo à alimentação saudável em grupo já existente						
OBJEIVO META: Orientação e estímulo a alimentação saudável						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSARIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Abordar no grupo já existente temas propostos	Vídeos e palestras sobre alimentação saudável durante reunião de grupos	Recursos humanos Recursos materiais	Que população alvo seja adepta à alimentação saudável	Enfermeira ACS	30 dias	Depoimento do próprio individuo

ANEXO Q – Matriz de Intervenção 15

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4 60						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PADRÃO: Falta de informações sobre o funcionamento da unidade						
OBJETIVO/META: Fornecer informações de maneira clara e acessível aos usuários						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS E INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
Disponer recursos informativos na estrutura	Formulação banners com esclarecimento de fluxo; Crachás para identificação equipe; Uniforme diferenciado do PA.	Recepção separada do PA; Placas indicativas para diferenciar unidade de saúde do PA.	Usuário mais esclarecido sobre a rotina da unidade.	Gestores de saúde	30 dias	Maior esclarecimento do usuário sobre a rotina