

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

FABIANA DE ARAÚJO

**IMPLANTAÇÃO DO PMAQ: EM BUSCA DA QUALIDADE NOS
SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE POMPÉU-MG**

POMPÉU – MINAS GERAIS

2013

FABIANA DE ARAÚJO

**IMPLANTAÇÃO DO PMAQ: EM BUSCA DA QUALIDADE NOS
SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE POMPÉU-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^a. Maria José Nogueira

POMPÉU – MINAS GERAIS

2013

FABIANA DE ARAÚJO

IMPLANTAÇÃO DO PMAQ: EM BUSCA DA QUALIDADE NOS
SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE POMPÉU-MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas, para obtenção de certificado de
especialista.

Orientadora: Prof.^a Maria José Nogueira

Banca Examinadora

Prof. Maria José Nogueira - Orientadora

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga Da Matta Machado - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte 07/12/2013

RESUMO

Nos últimos anos a visão conservadora de que a qualidade na saúde dependia apenas da habilidade do médico, da sua competência e decisões, vem sendo deixada para trás e abrindo espaço para transformações nos processos de trabalho das equipes da atenção básica, provocando profundas mudanças no paradigma assistencial, envolvendo desde parâmetros adequados para a avaliação até mesmo maiores investimentos por parte do próprio governo na qualificação dos profissionais. Estas mudanças definem ainda a Atenção Primária como porta de entrada do sistema e eixo estruturante para o fortalecimento da saúde no Brasil. Nesta perspectiva, o Governo Federal lançou em julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como instrumento norteador para o alcance das metas propostas pela Estratégia. Nesse sentido o presente estudo propõe analisar os resultados apontados pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde, quanto às melhorias alcançadas com a implantação do PMAQ no município de Pompéu-MG, bem como sugerir a adoção de instrumentos de gestão que permitam melhorar os processos de trabalho das equipes, de forma a impactar diretamente na qualidade do acesso da atenção básica no município.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Acesso, Qualidade, PMAQ.

ABSTRACT

In recent years the conservative view that quality health depended only on the skill of the doctor, his competence and decisions, has been left behind and making room for changes in the work processes of primary care teams, causing profound changes in the paradigm care, ranging from appropriate parameters for the assessment even greater investments by the government itself in the training of professionals. These changes also define Primary Care as a gateway system and structural axis for strengthening health in Brazil. In this perspective, the Federal Government launched in July 2011 the National Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), as a guiding instrument for achieving the goals proposed by the Strategy. In this sense, the present study aims to analyze the results indicated by the External Evaluation Committee of the Ministry of Health, and the improvements achieved with the implementation of the municipality of Pompéu PMAQ-MG., And suggest the adoption of management tools to improve the work processes of teams, in order to directly impact the quality of access of primary care in the city.

Keywords: Family Health Strategy, Access, Quality, PMAQ.

SUMARIO

1	Introdução.....	07
	1.1. Problemas de Pesquisa e Justificativa.....	08
2	Objetivo.....	09
	2.1. Objetivo Geral.....	09
	2.2. Objetivo Específico.....	09
3	Referencial Teórico.....	10
	3.1 A Atenção Primária no Brasil.....	10
	3.2 O acesso à Estratégia Saúde da Família	12
	3.3 Qualidade em Saúde nos Serviços Públicos de Saúde.....	13
	3.4 PMAQ	15
4	Metodologia.....	17
	4.1 O Município de Pompéu – MG.....	17
	4.2. Aspectos Demográficos.....	17
	4.3 O Sistema de Saúde no Município de Pompéu, MG	18
5	Resultados.....	21
	5.1 Proposta de intervenção para melhoria no processo de qualidade da atenção básica no Município de Pompéu	24
6	Considerações finais.....	29
	Referências.....	30

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Nacional de 1988, o conceito de saúde foi ampliado e transformado em direito social de cidadania, quando foi estabelecido, no artigo 196, que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 91). As ações e serviços públicos de saúde devem constituir um sistema único que garanta um atendimento integral, organizado de forma regionalizada e hierarquizada; com descentralização e direção única em cada esfera de governo; e com participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198).

O sistema único de saúde (SUS) é um dos sistemas públicos maiores do mundo e garante o acesso integral, universal e gratuito para toda a população Brasil (BRASIL, 2012).

No entanto, gerir a qualidade em organizações públicas de saúde é um desafio. Mais do que uma mudança gerencial ou de financiamento, é necessário reorganizar a cadeia produtiva com novos conceitos e quebrar paradigmas assistenciais que alterem a cultura organizacional no sentido da qualidade no atendimento. E o novo paradigma mundial dos sistemas de saúde aponta a Atenção Primária como reestruturante (SAVASSI, 2012).

A questão da qualidade na área de saúde esteve, durante muito tempo, pautada em uma visão conservadora na qual a qualidade era somente baseada na habilidade do médico, sua competência e decisões, com o resultado julgado pelo próprio médico. Na visão atual, a qualidade é uma questão ampla de responsabilidades compartilhadas, feita por bons processos, sistema e trabalho em equipe (GONÇALVES, et al 2012).

Nesta perspectiva, o Governo Federal lançou em julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tendo como objetivo criar um ciclo contínuo de crescimento do acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários, para alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. O PMAQ visa envolver cada equipe, gestores municipais, estaduais e federais em compromissos interfederativos, além dos usuários, enquanto aliados na busca de uma saúde mais resolutiva. Periodicamente, todas as equipes e gestões municipais serão objeto de acompanhamento do MS, avaliação externa feita por especialistas de universidades federais, assim como será pesquisada a satisfação do usuário, a fim de que se tenham os subsídios à qualificação do cuidado e o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica (LADEIRA, 2012).

O município de Pompéu, MG aderiu ao PMAQ em novembro de 2011. Decorridos o prazo de 01 (um) ano da sua implantação, foi realizada a primeira avaliação técnica pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde. Em vista disso, o presente trabalho propõe analisar os resultados apontados pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde, quanto às melhorias alcançadas com a implantação do PMAQ no município de Pompéu-MG.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA

1.2 Problema de Pesquisa

O problema que norteou o desenvolvimento do presente estudo surgiu da necessidade de analisar os resultados realizados pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde, após 01(um) ano da implantação do PMAQ, considerado atualmente o principal instrumento de gestão para a promoção da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados aos usuários da atenção básica no município de Pompéu, MG.

1.3 Justificativa

A importância deste estudo se deve à necessidade de analisar os resultados da implantação do PMAQ no Município de Pompéu, realizado pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde.

Esta análise será de grande importância uma vez que permitirá além da análise dos resultados, também propor a adoção de instrumentos gerenciais que permitam uma readequação nos processos de trabalho das equipes de maneira a impactar diretamente na qualidade do acesso e qualidade nos serviços oferecidos pela atenção básica no município.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar os resultados apontados pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde, quanto às melhorias alcançadas com a implantação do PMAQ no município de Pompéu-MG e propor metodologias de para melhoria no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família junto à comunidade através da padronização de instrumentos determinantes para a saúde da população.

2.2. Objetivos Específicos

- Contextualizar a implantação da política da Atenção Primária no Brasil;
- Refletir sobre as questões relativas ao acesso dos usuários à Estratégia Saúde da Família;
- Compreender os processos de avaliação da qualidade nos serviços de saúde.
- Descrever os resultados apontados pela Comissão de Avaliação Externa do Ministério da Saúde, quanto às melhorias alcançadas com a implantação do PMAQ no município de Pompéu-MG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Atenção Primária no Brasil

Algumas mudanças foram empreendidas nas duas últimas décadas do século XX, por meio de reformas em estruturas de governo/estado. Uma das mais amplas foi a Reforma Sanitária. No caminho de sua redemocratização, o país desencadeou um processo que procurou romper as antigas formas de oferecer serviços de saúde à população para um modelo baseado em princípios gerais de ordem doutrinária, como universalidade, integralidade e equidade, que passaram a constituir um direito fundamental do povo brasileiro na área da saúde. Para a consecução de seus objetivos, a própria reforma previu mudanças por meio de princípios organizativos, permeados por mecanismos de descentralização, hierarquização de serviços e estrutura de gerenciamento. Isso exigiu mudanças profundas nas estruturas organizacionais, nos serviços de saúde e no atendimento, suscitando novas formas de prestação de ações e serviços de saúde à população (CONASS, 2011).

A partir de 1996, houve um impulso na política de descentralização com Normas Operacionais favorecendo um arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído para o poder local. Porém, mais do que reorganizar o modelo assistencial, o que predominou nesse momento foi o interesse em cumprir requisitos a fim de assegurar repasses federais, não sendo raros os exemplos em que a montagem das novas estruturas administrativas era coincidente com o momento em que o município assumia a gestão da rede de serviços (CONILL, 2008).

Surgiram propostas mostrando a necessidade de mudanças paradigmáticas com projetos estruturantes no campo da saúde e no campo dos serviços, alertando-se para a importância da subjetividade dos usuários e dos coletivos de trabalho, com uma crítica contundente à racionalidade tecnoburocrática (CONILL, 2008).

A principal delas, a Atenção Primária à Saúde (APS) que considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A APS tem como fundamentos, segundo a PNAB:

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos,
- caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizados, e em consonância com o princípio da equidade;
- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e a coordenação do cuidado na rede de serviços;
- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- estimular a participação popular e o controle social.

Para operacionalização da política no Brasil, utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária que é a Saúde da Família de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

O entrelaçamento dessas duas políticas vai ocorrer no campo das práticas, nos municípios e nas equipes de APS, como já se tem demonstrado nas experiências em curso no país (BRASIL, 2011).

Nesse contexto a Estratégia Saúde da Família, política de Estado é estratégia institucional priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária à Saúde no Brasil, vem se expandindo em grande velocidade desde 1994 e atualmente beneficia 94,8% dos municípios brasileiros, com mais de 31.400 equipes implantadas. Essa importante expansão, no entanto, trouxe consigo a necessidade de criação de metodologias que impulsionassem processos de Melhoria Contínua da Qualidade da atenção, garantindo que as ações em saúde estejam de acordo com os princípios e diretrizes da SF (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde na medida em que a (atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o

tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2011).

3.2 O acesso à Estratégia Saúde da Família

A garantia do acesso passa pela possibilidade de oferta suficiente de serviços que assegurem a cobertura da população. O conceito de cobertura preconizado pela Organização Pan-americana da Saúde/ OPAS, transcende os limites de uma simples proporção numérica, implicando na admissão de que existe uma relação dinâmica na qual intervêm, por um lado, às necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda (OPAS 1978).

Segundo Gibbard (1982), a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. Equidade entendida como a igualdade no acesso à saúde e sendo provida como um direito de todo cidadão.

Para Donabedian (1984), a acessibilidade relaciona-se à interação entre os provedores e os clientes, afirma que a acessibilidade depende de aspectos que facilitam o alcance e uso efetivo dos serviços. Trata-se, ainda, da capacidade dos usuários de transporem obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos que se apresentam entre eles e o atendimento.

Para Hortale et al. (2000), o acesso é um valor constituído por quatro dimensões: participação, autonomia, qualidade e equidade. Deste modo, o acesso funciona como uma “categoria-valor”, devendo ser orientador de políticas e uma referência a ser atingida pelas organizações de serviços. Estas autoras ainda ressaltam: [...] “*o acesso é fundamental no sistema de saúde, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação*” (HORTALE et al., 2000, p. 62).

Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para

alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Mas a efetivação do SUS, segundo Fireman (2007), apesar de vários avanços, ainda tem algumas dificuldades, porque a saúde ainda não é considerada direito real. A população ainda não consegue ter acesso aos serviços e, quando tem acesso, tem pouca qualidade nos serviços. É necessário fortalecer a participação popular, o controle social através dos Conselhos de Saúde, como medida para superar essa situação.

Nesse sentido, o acesso dos usuários aos serviços de saúde não é um processo dado *a priori* pela oferta de serviços. Muitos aspectos perpassam o processo de gestão e o cotidiano do trabalho em saúde; muitas estratégias de resistências e desvios se desenvolvem nos serviços por parte dos diversos, atores impedindo a plena e efetiva implantação do sistema. Avaliar criticamente esse processo é, portanto, tarefa tanto desafiadora quanto necessária. Desse ponto de vista, tratar a dimensão do acesso à saúde implica considerar tal processo como algo a ser construído continuamente (PASSAMANI, 2008).

A organização do processo de trabalho para a garantia do acesso aos serviços de saúde nas comunidades assistidas pela ESF é uma das principais características que lhe confere singularidade e potência como modalidade tecnoassistencial em atenção básica (CARNEIRO JUNIOR, 2010).

Nesta perspectiva, o Programa Saúde da Família assume uma dimensão política assistencial de promoção e prevenção de agravos a saúde, visando garantir a acessibilidade bem como o cumprimento dos princípios norteadores desse programa, garantido os direitos dos usuários dos serviços de saúde, respeitando assim sua autonomia e cidadania (SANTANA, 2010).

3.3. Qualidade em Saúde nos Serviços Públicos de Saúde

A baixa/falta de qualidade nos serviços de saúde tem produzido sérios impactos econômicos e sociais para a população e para os sistemas de saúde, como: serviços ineficazes: não alcançam os resultados esperados, em função da variabilidade nas práticas clínicas; atendimentos ineficientes: custos mais elevados que o necessário para alcançar o mesmo resultado; serviços inacessíveis: longas listas de espera; crescente insatisfação de usuários e profissionais (OPAS, 2007).

A qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a "...provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário (Hernandez; 1993)".

Nesse contexto, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade, que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade esperada (UCHIMURA; BOSI, 2002).

O processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz. Não há dúvida de que usuário e prestador ocupam posições diferentes no processo, embora ambos contribuam para que os serviços sejam executados. Assim, as expectativas e necessidades de usuários e prestadores determinam de maneira diversa a qualidade dos serviços. Sendo assim, torna-se essencial entender como estes principais atores percebem a qualidade dos serviços que estão sendo prestados, visando identificar e analisar as diferentes percepções para, posteriormente, intervir buscando maneiras de alinhá-las de modo a satisfazer as necessidades de ambos e promover a melhoria contínua (PASSAMANI, 2008).

Nesse sentido, percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários), a respeito da qualidade do serviço público, pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus clientes, estarão mais preparados para atender suas expectativas (FADEL, et al 2009).

A preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos, em consequência da ampliação na oferta dos serviços de saúde e do aumento dos custos, com a incorporação de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das enfermidades (FRIAS et al., 2010). Além disso, os serviços de saúde precisam estar preparados para responder às novas necessidades e problemas de saúde decorrentes do processo de transição demográfica e epidemiológica.

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país (BRASIL, 2011).

3.4. PMAQ

O PMAQ foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011. É produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, Ministério da Saúde, gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). É um programa que tem como principal objetivo 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. O processo de implementação está organizado em quatro etapas.

A primeira etapa do PMAQ consiste na formalização da 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.

A segunda etapa consiste na elaboração do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, visando a promoção da mudança cultural da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado impactarão diretamente na melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta etapa subdivide-se em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional).

A terceira etapa consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa.

Por último a quarta etapa que é constituída por um processo de pactuação entre as equipes e o município com o a adoção de novos padrões e indicadores de qualidade, que passarão a compor um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ. (BRASIL, 2011).

O município de Pompéu já realizou a terceira etapa através da avaliação externa, ocorrida no período de julho e agosto de 2012.

A avaliação externa foi realizada pela equipe do Ministério da Saúde, que utilizou-se de questionários próprios, sendo que estes não foram repassados para a Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez teve acesso apenas ao resultado final da avaliação.

Participaram da avaliação toda a equipe da atenção básica e usuários que foram entrevistados pela Comissão de Avaliadores.

4. METODOLOGIA

4.1 O Município de Pompéu – MG

O cenário utilizado para o presente trabalho é o município de Pompéu, que se localiza no sudeste do Brasil e central do estado de Minas Gerais. Abrange atualmente, uma área de 2.565,5 Km² (IGA). Compõe-se, além do distrito sede, do distrito de Silva Campos.

4.2. Aspectos Demográficos

Tabela 1. População Residente por faixa etária e sexo, 2012

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total	%
<i>> 1 ano</i>	261	273	534	1,78
1 a 4 anos	1.066	1.116	2.182	7,29
5 a 9 anos	1.358	1.419	2.777	9,28
Sub-Total de Crianças	2.685	2.808	5.493	18,35
10 a 14 anos	1.358	1.452	2.810	9,39
15 a 19 anos	1.404	1.514	2.918	9,75
Sub-Total de Adolescentes	2.762	2.966	5.728	19,14
20 a 29 anos	2.657	2.748	5.405	18,06
30 a 39 anos	2.130	2.149	4.279	14,30
40 a 49 anos	1.917	2.006	3.923	13,11
50 a 59 anos	1.192	1.276	2.468	8,25
Sub-Total de Adultos	7.896	8.179	16.075	53,71

60 a 69 anos	672	759	1.431	4,78
70 a 79 anos	438	422	860	2,87
80 e + anos	188	157	345	1,15
<i>Sub-Total de Idosos</i>	1.298	1.338	2.636	8,81
<i>Total</i>	14.641	15.291	29.932	100,00

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2012

A tabela 1 mostra que a população do município é jovem, havendo maior concentração no sexo masculino nas faixas etárias de 10 a 49 anos e a taxa de população idosa no município equivale a 8,80% do total de população.

Tabela 2. Distribuição da População Por Sexo e Território (%), 2012

Sexo Feminino	14.641	48,91 %	Área Urbana	25.800	87,17%
Sexo Masculino	15.291	51,08 %	Área Rural	4.132	13,96%

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2012.

A tabela 2. mostra que a população masculina é 2,17% maior do que a população feminina.

O grau de urbanização é de 86,19%, sendo a população residente na zona rural equivale a 13,96%.

A desproporcional distribuição populacional nas áreas urbana e rural pode estar relacionada à necessidade de um redesenho territorial adequado do sistema de saúde, de forma a ofertar serviços não somente na área urbana, mas em toda a área rural do município.

4.3 O Sistema de Saúde no Município de Pompéu, MG

O Sistema Municipal de Saúde de Pompéu apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários e alguns serviços secundários. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, referenciando a população que necessita de atendimentos de média e alta complexidade que não disponíveis no município, para locais de referência, negociados através da Programação Pactuada Integrada - PPI.

Pertence a macrorregião de Belo Horizonte e a microrregião de Sete Lagoas.

O modelo de atenção predominante no município no ano de 2012 é a atenção básica. Conta com nove equipes da Estratégia Saúde da Família, 09 equipes de PACS, 05 equipes de Saúde Bucal e 01 equipe de NASF.

Como retaguarda para a Atenção Básica o Município dispõe de 01 CAPS AD, 01 Policlínica com diversas especialidades, 01 Clínica de Fisioterapia, 01 Laboratório de Patologia Clínica, 01 Farmácia Pública Municipal, 01 Pronto Atendimento Municipal 24 horas, 01 Santa Casa de Misericórdia para internações integrada ao Programa do Estado de Minas Rede Resposta com equipe de urgência 24 horas, 04 Farmácia com distribuição gratuita de medicamentos para a população.

Uma das motivações para elaboração deste trabalho foi a importância que a atenção básica possui para a consolidação do sistema de saúde no município de Pompéu.

Para a sua elaboração utilizou-se a pesquisa qualitativa, descritiva, viabilizada pela particularidade do método de estudo de caso. Farina (1997 p.3) destaca que “o estudo de caso descreve uma situação real-problema real, vivida dentro de uma corporação, e que exige decisões de cunho estratégico. Dessa forma, trata-se de uma problemática datada e vinculada a um conjunto de circunstâncias internas e externas da organização”.

A metodologia constitui-se de pesquisa bibliográfica e de campo. Na primeira foram utilizadas como fontes: livros, artigos, manuais e sítios especializados. A segunda constituiu-se na observação e apuração de dados da instituição em foco.

Assim, pode-se dizer que o objetivo da pesquisa foi proporcionar respostas ao problema, através de métodos, processos e técnicas adequadas. Este trabalho pode ser caracterizado como revisão bibliográfica, onde previu a coleta de dados secundários, através de periódicos acadêmicos, relatórios de pesquisas acadêmicas, sítios, dentre outros.

Para ter um melhor entendimento do trabalho, foi realizada uma pesquisa do crescimento da cobertura da atenção básica no município.

Também buscou entender as responsabilidades adquiridas pelo município ao assumir o PMAQ e decorridos o prazo de 01 ano que o programa trouxe de melhoria para o sistema municipal de saúde.

Por fim, o trabalho sugere a adoção de alguns instrumentos gerais a serem utilizados no processo de trabalho das equipes com vistas a melhorar a qualidade do atendimento para os usuários da saúde.

5 . RESULTADOS

De acordo com os resultados apurados os programas da atenção básica vem crescendo consideravelmente no município de Pompéu, conforme dados apresentados abaixo:

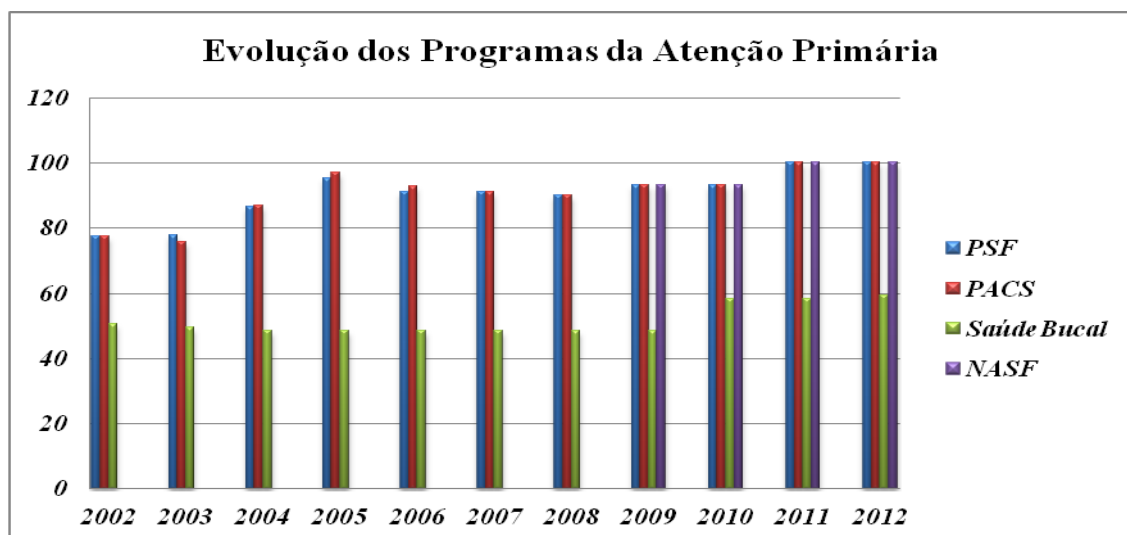
Tabela 1 – Série histórica do percentual de cobertura dos programas da atenção básica no Município de Pompéu - MG

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PSF	77,46	77,94	86,69	95,11	91,04	91,00	90,13	93,26	93,26	100,00	100,00
SB	50,6	49,5	48,6	48,6	48,6	48,6	48,6	48,6	58,30	58,30	59,30
PACS	77,46	75,83	86,89	97,14	92,98	91,00	90,13	93,26	93,26	100,00	100,00
NASF	-	-	-	-	-	-	-	93,26	93,26	100,00	100,00

Fonte: Sala de Situação do Ministério da Saúde – 2012

A tabela 1 mostra a cobertura da Atenção Básica para os programas de PSF, PACS e NASF. Isto demonstra que o município está bem estruturado em relação à rede primária, com grande capacidade potencial para atendimentos aos usuários, que necessitam dos serviços básicos de consultas médicas, odontologia e acompanhamento dos agentes comunitários.

Gráfico 1. Evolução dos Programas da Atenção Primária no Município de Pompéu-MG



Fonte: Sala de Situação do Ministério da Saúde – 2012

No intuito de melhorar a qualidade do acesso ao sistema de saúde, o Município de Pompéu aderiu ao Programa PMAQ no dia 08 de novembro de 2011, através do Termo de Compromisso nº12011/315200, onde assumiu responsabilidades na execução de seguintes ações:

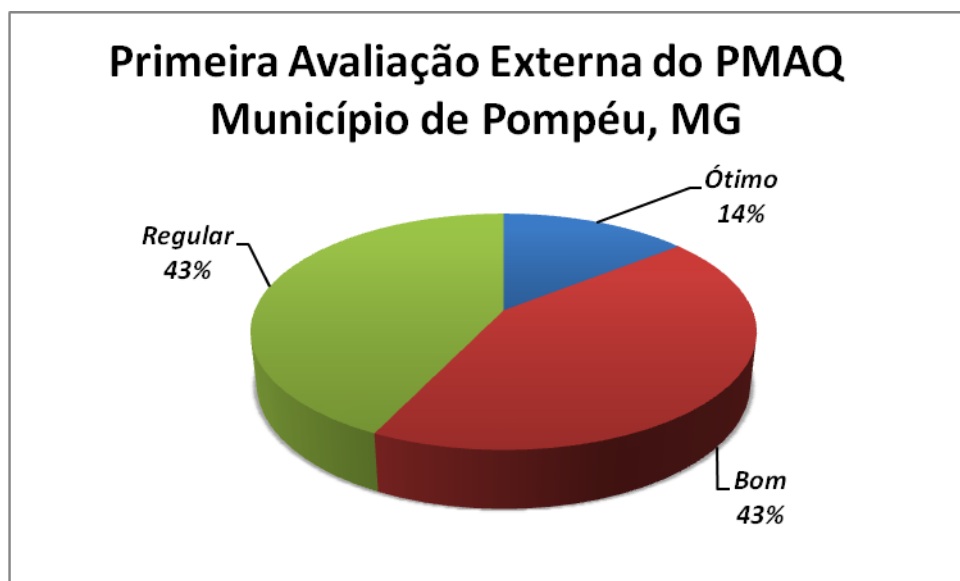
- Garantir da composição mínima da(s) Equipe(s) de Atenção Básica (EAB) participantes do Programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Manter a alimentação regular no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente;
- Garantir a oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de Atenção Básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traduzida pelos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo Programa;
- Aplicar os recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica;
- Estruturar a Coordenação de Atenção Básica, constituindo e garantindo condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do Programa;
- Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica participante(s) do Programa;
- Definir o território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a população adscrita por Equipe de Atenção Básica;
- Implantar o Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica do município;
- Realizar as ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica;
- Implantar o processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município;
- Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho das Equipes de Atenção Básica;

- Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde;
- Solicitar ao Ministério da Saúde Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica participantes do Programa, nos prazos estipulados pelo Programa; e
- Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica participantes do Programa, oferecendo condições logísticas de hospedagem e transporte para a equipe de avaliadores externos.

O processo de implantação do PMAQ ocorreu mediante processo de capacitação e diversas pactuações entre a equipe e o gestor municipal.

Após a quase 01 (um) ano de sua implantação, foi realizada a primeira avaliação externa, tendo como resultado os dados representados no gráfico 2:

Gráfico 2. Avaliação PMAQ na Atenção Básica



Fonte: Resultado final da Avaliação Comissão Externa, 2012, adaptação representada em gráfico -

De acordo com os resultados apontados pela Comissão de Avaliação Externa, 43% de entrevistados (entre servidores e usuários) consideraram os serviços prestados pela atenção

básica regular, 43% dos entrevistados (entre servidores e usuários) responderam que consideram o serviço bom e 14% consideram o serviço ótimo.

Nota-se que apesar do crescimento da cobertura, a população ainda demonstra insatisfação quanto á qualidade no acesso aos serviços, apesar das equipes terem tido oportunidades através da implantação do PMAQ de conhecer melhor os problemas relacionados ao processo de trabalho e a traçar possíveis soluções para alcançar as metas programadas para melhorias na prestação dos serviços e relacionamento com os usuários.

Pode-se dizer os dados mostram a necessidade de reavaliar as práticas e processos vigentes adotados pelas equipes.

Neste contexto a implantação do PMAQ necessita de fortalecimento e maior reflexão, para que o mesmo possa servir como instrumento norteador e transformador das dificuldades encontradas no atual cenário, que irá a curto, médio e longo prazo provocar mudança não somente dentro da equipe, mas principalmente no acesso e qualidade da atenção básica.

5.1 Proposta de intervenção para melhoria no processo de qualidade da atenção básica no Município de Pompéu

Os instrumentos abaixo são propostas para ajudar as equipes a gerenciar melhor suas ações e alcançar as metas contratualizadas com o PMAQ, para garantia da qualidade nos serviços prestados:

- 1) Capacitação dos profissionais de forma permanente, observadas as particularidades e deficiências de cada equipe
- 2) Reuniões com as equipes com “*feedback*” sobre as ações executadas;
- 3) Definição e implantação de políticas de valorização dos servidores;
- 4) Implantação de protocolos como:

- Recepção do Paciente, visando acolher em tempo hábil pacientes da demanda espontânea nas Equipes de Saúde da Família de Pompéu, agilizando e humanizando o atendimento estabelecendo vínculo;
- Classificação de risco, com o objetivo de classificar o risco do paciente segundo o Protocolo de Manchester reduzindo a ocorrência de riscos evitáveis;
- Encaminhamento ao Pronto Atendimento Municipal, visando humanizar os encaminhamentos aos serviços de Urgência e Emergência.

5) Implantação de agendas programadas para médico e enfermeiro.

Tabela 2. Modelo Proposto para Agenda Programada - Enfermeiros

GRUPO	QUANTIDADE/ POPULAÇÃO	META ANUAL	META MENSAL
Mulheres – Exames preventivos			
Cadastramento de gestantes até o primeiro trimestre de gestão			
Crianças menores de 01 ano – puericultura			
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias – puericultura			
Consulta/acompanhamento/classificação de risco/plano de cuidados/na unidade ou domiciliar para idosos			
Consulta hipertenso/classificação hipertenso/classificação de risco			
Consulta diabético/classificação de risco			
Grupo operativo para hipertenso			
Grupo operativo para diabético			
Grupo operativo para mães de crianças menores de 01 ano			
Grupo operativo para gestante			
Grupo de adolescentes			

Elaboração, Coordenação da Atenção Primária de Pompéu, outubro, 2012

Tabela 3 – Modelo Proposto para Agenda Programada - Médicos

GRUPO	QUANTIDADE	META ANUAL/ CONSULTAS	META MENSAL
Hipertensos			
Diabéticos			
Gestantes			
Crianças menores de 01 ano – puericultura			
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias - puericultura			
Crianças de 2 anos a menores de 5 anos – puericultura			
Tuberculose			
Hanseníase			
Idosos			

Elaboração, Coordenação da Atenção Primária de Pompéu, outubro, 2012

As agendas seguem metodologia própria para a cálculo do número de atendimentos a ser executados para cada ação, quanto para o(a) enfermeiro(as) quanto para o médico(a).

6) Implantação de Mecanismos de Avaliação do PMAQ

Tabela4. Modelo Proposto Para Avaliação Interna do PMAQ

Indicador	Numerador	Denominador

% de gestantes cadastradas	Nº gestantes cadastradas	Nº gestantes estimadas
Média de atendimento por gestante cadastrada	Nº de atendimentos de Pré-Natal	Nº gestantes cadastradas
% de gestantes cadastradas que iniciaram no 1º trimestre	Nº de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	Nº gestantes cadastradas
% de gestantes com pré-natal em dia	Nº de gestantes com pré-natal em dia	Nº gestantes cadastradas
% de gestantes com vacina em dia	Nº de gestantes com vacina em dia	Nº gestantes cadastradas
Razão de exames Citopatológico na faixa etária de 15 anos ou mais	Nº de exames Citopatológico na faixa etária de 15 anos ou mais	População feminina cadastrada na faixa etária
Média de atendimento puericultura	Nº de atendimentos de Puericultura p/ menores de 2 anos	Nº de menores de 2 anos
% de menores de 4 meses com aleitamento exclusivo	Nº de menores de 4 meses em aleitamento exclusivo	Nº de menores de 4 meses
% Crianças menores 1 ano com vacina em dia	Nº de crianças menores 1 ano com vacina em dia	Nº de crianças menores 1 ano
% Crianças menores de 2 anos pesadas	Nº de crianças menores de 2 anos pesadas	Nº de crianças menores de 2 anos
Média de consultas médicas para menores de 2 anos	Nº de consultas médicas para menores de 2 anos	Nº de menores de 2 anos
Média de consultas médicas para menores de 5 anos	Nº de consultas médicas para menores de 5 anos	Nº de menores de 5 anos
% de diabéticos cadastrados	Nº diabéticos cadastrados	Nº diabéticos estimados

% hipertensos cadastrados	N° hipertensos cadastrados	N° hipertensos estimados
Média de consultas de para diabéticos	N °de consultas para diabéticos	N ° de diabéticos cadastrados com 15 ou +
Média de consultas para hipertensos	N °de consultas para hipertensos	N ° de hipertensos cadastrados com 15 ou +
Média de consultas médicas por habitante	N °de consultas médicas	N ° da população cadastrada
%de consultas médicas para cuidado continuado e programado	N °de consultas médicas para cuidado continuado e programado	N ° total de consultas
% de consultas médicas de demanda agendada	N °de consultas médicas de demanda agendada	N ° total de consultas
% de consultas médicas de demanda imediata	N °de consultas médicas de demanda imediata	N ° total de consultas

Elaboração, Coordenação da Atenção Primária de Pompéu, outubro, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema único de saúde (SUS) vem passando por diversas transformações, para garantir a toda população acesso integral, universal e gratuito.

No entanto, garantir o acesso com qualidade ainda é um dos maiores desafios encontrados pelo sistema.

Por isso, diversas propostas vêm sendo apresentadas, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a principal oportunidade para possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

Nesta perspectiva, o Programa Saúde da Família assume uma dimensão política norteadora para garantir a acessibilidade e os direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Nesse cenário surge o PMAQ como instrumento estimulador de um 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;

Decorridos 01 (um) ano da implantação do PMAQ no município de Pompéu, diversos ainda são os obstáculos para a consolidação do programa.

Por isso este trabalho, traz além de uma reflexão sobre a necessidade da avaliação da qualidade nos serviços de saúde, a proposta de instrumentos gerenciais para melhorar a organização nos processos de saúde, visando a melhoria na qualidade da prestação de serviços aos usuários que utilizam os serviços públicos de saúde neste município.

A utilização dos instrumentos gerenciais propostos, principalmente a avaliação interna, permitirá o serviço municipal de saúde avaliar os resultados da qualidade dos serviços prestados de forma regular, não ficando apenas condicionado à avaliação externa da Comissão do Ministério da Saúde.

Desta forma esperamos que estes instrumentos possam agilizar os processos e corrigir de forma rápida e segura possíveis falhas do sistema, permitindo o alcance de resultados mais satisfatórios, em menor espaço de tempo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 1998. **Constituição Federal**. Disponível em:

www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 31 de out.2012.

BRASIL – CONASS. 2011. **Atenção Primária e Promoção à Saúde – Brasil**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf. Acesso: 03 de nov.2012

BRASIL,2011 – **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo**

BRASIL, 2011 – **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf. Acesso em 03 de nov.2012

CAVALCANTE, Maria das Graças Santos; SAMICO Isabella; FRIAS Paulo Germano; VIDAL, Suely Arruda, 2006 - **Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/11.pdf>. Acesso em : 31 de out.2012

CONILL, Eleonor Minho. 2008. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf . Acesso em 02 de nov.2012

DONABEDIAN. A . **La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación - enfoque básicos para la evaluación**. México: La prensa médica mexicana, 1984.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; FILHO REGIS Gilsée Ivan. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.** Rev. Adm. Pública vol.43 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000100002> . Acesso em 31 de out.2012

FIREMAN, Theny Mery Viana. **SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos.** 2007. Disponível em www.crp15.org.br

FRIAS, P. G. et al. **Atributos da Qualidade em Saúde.** In: SAMICO, I. et al. (Orgs.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap.4. p. 43-56. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf

GIBBARD, A . **The prospective pareto principle and equity of access to health care.** Milbank men. Fd Quart., 60: 1982. p.339-428.

GONÇALVES, Paula dos Santos; BATISTA Rachel Fiuza; DA HORA Henrique Rego Monteiro; COSTA Helder Gomes. **Qualidade de serviços públicos de emergência em unidades pré-hospitalares: um estudo exploratório no município de campos dos Goytacazes.** Disponível em: www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/172-1048-1-pb.pdf. Acesso em 02 de nov.2012.

Hernandez PJS. La definición de la calidade de la atención. In: Palomer RM. **Garantía de calidad en atención primaria de salud..** Barcelona: Doyma; 1993. p. 7-18. (Monografias Clinicas en Atencion Primaria, n. 13).

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. **O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.

JÚNIOR CARNEIRO, Nivaldo; JESUS Christiane Herold de; CREVELIM Maria Angélica. **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em**

Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/21.pdf> . Acesso em 03 de nov.2012

LADEIRA, Fernando, 2012 . **PMaQ- acesso e Qualidade!** - Nescon Disponível em :

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3239.pdf Acesso 02 de nov.2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE . BRASIL, 2012 . Disponível em :

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395 . Acesso em 31 de out.2012.

PASSAMANI, Juliana Destefani; ZORZAL E SILVA, Marta; ARAÚJO, Maristela Dalbello.

Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média

Disponível em: de.periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/478/342. Acesso em 31 de out.2012.

SANTANA, Aydlwla Moniq Barbosa de , DIONIZIO, Alan. **Acessibilidade e direitos dos usuários de saúde da família na visão da equipe multiprofissional**

Disponível em:

<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I19956.E8.T3373.D4AP.pdf>. Acesso em 31 de out.2012

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro, 2012 . **Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária**. Disponível em :

www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/download/392/460. Acesso em 31 de out.2012.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília-DF, 2004. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.