

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFRGS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE EAD

Bruna de Freitas Corrêa

**Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica: Conhecer para desenvolver**

Porto Alegre
2012

Bruna de Freitas Corrêa

**Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica: Conhecer para desenvolver**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Gestão e Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Gestão em Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Cristianne Maria
Famer Rocha.**

Porto Alegre
2012

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido junto às quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Pinheiro Machado (RS) e teve como objetivo conhecer as expectativas e o nível de conhecimento dos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que está sendo implementado no município. Para isso, investiu-se em um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Para concretização do mesmo, utilizou-se um instrumento de coleta de dados que foi aplicado em 12 trabalhadores da área da saúde. As informações obtidas, ao serem analisadas, evidenciaram que as quatro equipes encontram-se motivadas e confirmam a expectativa de que o PMAQ veio para auxiliar os profissionais no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades diárias desenvolvidas.

Palavras-chave – avaliação em saúde, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Estratégia de Saúde da Família (ESF).

ABSTRACT

This study was carried out with four teams from the Family Health Strategy (FHS) of the city of Pinheiro Machado (RS) and aimed to meet the expectations and level of knowledge workers in the Family Health Strategy (FHS) on the Program for Improving Access and Quality (PMAQ) being implemented in the municipality. For this, invested in an exploratory study with qualitative approach. To achieve the same, we used a data collection instrument that was applied in 12 health care workers. The information obtained, when analyzed, showed that the four teams are motivated and confirm the expectation that the PMAQ came to assist professionals in planning, development and evaluation of daily activities carried out.

Keywords – health evaluation, the Program for Improving Access and Quality (PMAQ), the Family Health Strategy (FHS).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO GERAL	6
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4. FUNDAMENTAÇÃO	6
4.1. Aspectos da Atenção Básica	6
4.2. Acolhimento	7
4.3. O que é PMAQ	9
4.4. Aspectos legais da PMAQ:	10
4.4.1. Diretrizes:	11
4.4.2. Incentivo:	11
4.4.3. Avaliação (processo de certificação).....	12
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
5.1. Tipo de Estudo	12
5.2. Local de Estudo	13
5.3. Universo do Estudo	13
5.4. Critérios para seleção dos sujeitos	13
5.5. Instrumento para Coleta de Dados	13
5.6. Coleta de Dados	13
5.7. Análise de Dados	13
5.8. Resultados e interpretação dos dados	14
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICE 01	23
APÊNDICE 02	24
APÊNDICE 03	25
APÊNDICE 04	26

1. INTRODUÇÃO

Após os anos 60, e mais acentuadamente a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, o mundo foi sacudido pela ideia que o acesso à saúde deveria ser estendido a todos os povos, segmentos sociais, ou seja, deveria ser garantido a todas as pessoas por meio dos cuidados primários de saúde. Esta proposta nascida na emergência de uma concepção de saúde como um bem coletivo surge como um dos pontos fundamentais para o processo de transformação do quadro sanitário de muitas nações e como uma saída para a resolução de muitos problemas sociais, principalmente os dos chamados países de terceiro mundo. Em função disso, várias lideranças políticas sanitárias, assim como cientistas sociais, reconheceram que a promoção da saúde populacional está atrelada ao desenvolvimento de ações de alcance coletivo e à programação e implementação de novas metodologias de assistência na área de Saúde Coletiva.

Aqui no Brasil, os movimentos sociais, ao atuarem como foco de pressão sobre a administração pública, foram determinantes para reforma do sistema sanitário do país. A partir desse debate, a Saúde Coletiva começou a receber o tratamento que a sua importância requeria. Esta relevância foi referendada e reforçada na VIII Conferência Nacional de Saúde quando se definiram os princípios filosóficos e organizacionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assentado nestas bases, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje, Estratégia de Saúde da Família (ESF), surge como um modelo de assistência, ao mesmo tempo alternativo e essencial para a implementação dos princípios do SUS, equacionamento a resolutividade dos problemas comunitários. Isso se dá porque, ao contrário do modelo de assistência centrado no indivíduo, a ESF prioriza ações de assistência com base no diagnóstico de saúde da comunidade, além de proporcionar o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade e de estabelecer laços de compromisso e corresponsabilidade entre a equipe e a população.

Para Machado (1999) e Neto (2000), a Saúde da Família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Esta revela uma atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento

de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades.

Atualmente, a ESF representa a principal porta de entrada no SUS e é responsável pela maior parte das ações em saúde na Atenção Básica. Notoriamente, muita coisa mudou com a implantação das ESF, como já enfatizado por diversos autores, mas permanecem ainda dificuldades de acesso aos serviços.

Algumas experiências isoladas de avaliação do Programa Saúde da Família foram realizadas por municípios e Estados, mas o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma iniciativa do Ministério da Saúde com o intuito de avaliar as equipes em funcionamento no Brasil. Ao mesmo tempo em que realizará avaliação do sistema, procura estimular os municípios a melhorar a qualidade dos serviços.

O estudo em tela teve como foco o município de Pinheiro Machado, localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul, fazendo divisa com os municípios de Piratini, Santana da Boa Vista, Candiota, Pedras Altas e Herval. Está situado a 370 km da capital, Porto Alegre, e tem cerca de 12.600 habitantes. Na área da Saúde, está organizada da seguinte forma: possui 4 equipes de Estratégias de Saúde da Família - ESF, 2 na zona urbana e 2 na zona rural, 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 1 Pronto Atendimento municipal, 1 hospital particular conveniado ao SUS. Oferece serviços de atenção básica, encaminhando média e alta complexidade para os municípios de referência como Pelotas e Rio Grande. A adesão ao PMAQ deu-se no final do ano de 2011, estando atualmente em fase implementação e desenvolvimento.

Meu interesse por este assunto surgiu quando o município, e principalmente a equipe da qual faço parte, aderiu ao PMAQ, ocasião em que nos deparamos com o desafio de também aderir a um Programa do Ministério da Saúde que fará a avaliação do nosso serviço.

Face ao que foi exposto surgiu a seguinte questão de pesquisa:

“Quais as expectativas dos profissionais de saúde que atuam na ESF sobre o PMAQ?”

2. OBJETIVO GERAL

Conhecer as expectativas dos trabalhadores que atuam na ESF sobre o PMAQ que está sendo implementado no município de Pinheiro Machado.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a existência de espaços de avaliação das atividades e instrumentos utilizados para estes fins dentro das equipes da ESF;
- Identificar o que é PMAQ e as expectativas em relação ao mesmo.

4. FUNDAMENTAÇÃO

4.1. Aspectos da Atenção Básica

A partir da Constituição Brasileira de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado. Para isso, começou a se intensificar a corrente que defendia ações voltadas à atenção básica, que se confirmou com a implementação do SUS a partir da Lei Orgânica 8080/90 e também a Lei 8142/90, que estabelece a participação popular nas decisões por meio das Conferências e Conselhos de Saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde assumiu a implantação do PSF, visando à reorganização do modelo assistencial brasileiro. Este Programa assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco os quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (Souza, 1999).

No ano de 2006, através da Portaria 648/06, é aprovado a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que revisa as diretrizes e normas para a organização da atenção básica. Nesse mesmo ano, foi assumido o compromisso de consolidação do SUS pelo Pacto pela Saúde contemplando o Pacto pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização, a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação de vários pactos já existentes. A implantação destas possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de governo do SUS, promovendo inovações nos processos e

instrumentos de gestão, visando à efetividade, à eficiência e à qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinindo responsabilidades.

O Decreto 7508/11, 21 anos após, regulamenta a Lei 8080/90, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse visa a organizar os serviços de saúde contando com as Regiões de Saúde e a Hierarquização para guiar a organização. Para ser instituída, uma Região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde. Já a Hierarquização estabelece as portas de entradas do SUS norteando a continuidade da atenção nas diferentes complexidades dentro do sistema.

A AB é o ponto de atenção mais próximo de cada usuário e é a principal porta de entrada do SUS, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde das pessoas do território sob sua responsabilidade. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que considera o usuário em sua singularidade, na complexidade e na inserção sociocultural, em busca da integralidade da atenção à saúde envolvendo ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças, redução de danos, de sofrimento ou que interfiram no modo de viver saudável.

4.2. Acolhimento

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas podendo acontecer de formas variadas.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;

- ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re) construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, construída a cada encontro, portanto como construção de redes de conversações, de relações de potência nos processos de produção de saúde. O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional e usuário e sua rede social, profissional e profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito ativo no processo de produção da saúde.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida. Alterar tal situação requer o compartilhamento entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial por meio das instâncias de participação e de controle social do SUS.

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas.

O acolhimento é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS.

Em resumo, os exemplos anteriores evidenciam que a atenção básica, para ser resolutive, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.

4.3. O que é PMAQ

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um programa que visa a induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes, em ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam. São elas: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação externa e Recontratualização.

A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e o controle social.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, pelas gestões das três esferas governamentais, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado que produzirão melhoria de acesso e qualidade. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase diz respeito à avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade dos municípios e equipes participantes do programa.

Na quarta fase, ocorrerá um processo de pactuação das equipes e 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 monitoramento dos indicadores e a avaliação dos padrões de acesso e qualidade resultarão na certificação, ou não, das equipes e Unidades Básicas de Saúde cadastradas. Esse processo contará com a participação de instituições de ensino, além dos gestores municipal, estadual e federal. Para assegurar maior equidade na comparação das equipes no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos. Serão avaliados indicadores como: tempo de espera, cobertura de hipertensos e diabéticos, Pré-Natal, avaliação do uso e da satisfação dos usuários e acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família.

4.4. Aspectos legais da PMAQ:

A Portaria nº 1654/2011 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, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável – PAB variável.” Este tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade entre as três esferas, o que permite maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a AB.

4.4.1. Diretrizes:

- Constituir parâmetros de comparação entre as equipes de saúde da AB, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- estimular 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 AB;
- transparência em todas as suas etapas, permitindo o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores, as equipes de saúde e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB;
- desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados;
- 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;
- caráter voluntário para adesão tanto pelas equipes quanto pelos gestores, a partir do pressuposto de que seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

4.4.2. Incentivo:

O incentivo financeiro do PMAQ fará parte do componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica variável – PAB variável e será transferido fundo a fundo aos municípios que aderirem ao programa.

No momento da adesão, os municípios receberão 20% do valor integral do componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica variável por equipe contratualizada. Após as avaliações, serão repassados novos percentuais de acordo com o desempenho alcançado pelas equipes.

A Portaria 2396/2011 define o valor mensal do incentivo do PMAQ, o valor integral equivale a R\$ 6.500,00 por equipe de AB e R\$ 2.000,00 por equipe de saúde bucal. Inicialmente, no momento da adesão, os repasses serão respectivamente de R\$ 1.300,00 e de R\$ 400,00 por equipe.

4.4.3. Avaliação (processo de certificação)

Após a adesão, os municípios terão de 2 a 6 meses para solicitar a avaliação externa. Caso a mesma não seja feita dentro deste período, o município é automaticamente descredenciado, ficando impedido de aderir ao programa por um prazo de 2 anos.

Já a classificação de desempenho das equipes é realizada por meio do processo de certificação. Para isso, os municípios são distribuídos por estratos de acordo com critérios de equidade. A avaliação de desempenho considera os seguintes critérios: insatisfatório, regular, bom e ótimo.

A partir da classificação alcançada no processo de certificação é que serão realizados os demais repasses e estabelecidas novas metas e compromissos, conforme as regras a seguir:

- Desempenho Insatisfatório: suspensão do repasse dos 20% e celebração de um termo de ajuste;
- Desempenho Regular: manutenção dos 20% e recontratualização;
- Desempenho Bom: ampliação do repasse para 60% e recontratualização;
- Desempenho Ótimo: ampliação do repasse para 100% e recontratualização.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma investigação de caráter qualitativo e exploratório acerca do tema. Segundo Minayo (1998), a abordagem qualitativa se expressa pela linguagem comum e pela vida cotidiana (significados, valores, motivos, atitudes e crenças). Como o estudo qualitativo trabalha as relações sociais, sua compreensão só é possível pelo grau de complexidade interna de fenômenos específicos e delimitáveis.

De acordo com Hungler (1995, p. 270) “a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador)”.

Já o método exploratório busca explorar e conhecer informações acerca dos sentimentos dos sujeitos de estudo, sendo estes desconhecidos para o pesquisador Minayo (1998).

5.2. Local de Estudo

As quatro Unidades de Saúde da Família do município de Pinheiro Machado.

5.3. Universo do Estudo

Participaram doze profissionais de diferentes categorias, sendo escolhidos três integrantes de cada equipe.

5.4. Critérios para seleção dos sujeitos

- Ser profissional da Estratégia de Saúde da Família;
- demonstrar interesse e disponibilidade em participar do trabalho;
- concordar que as informações obtidas sejam utilizadas no relatório da pesquisa (apêndice 4).

5.5. Instrumento para Coleta de Dados

A obtenção das informações pretendidas foi feita por meio da aplicação de um questionário com perguntas semiestruturadas sobre o tema (apêndice 2).

5.6. Coleta de Dados

Primeiramente, a proposta de pesquisa foi apresentada ao Secretário Municipal de Saúde, assim como para a Coordenadora da AB/ESF do município, a fim de solicitar a autorização para a realização do estudo (apêndice 1).

A seguir, realizou-se a coleta de dados na primeira quinzena do mês de janeiro. O trabalho foi então apresentado às equipes de saúde do município a fim de solicitar sua participação por meio de sugestões que permitiram a implantação da pesquisa.

Estipulou-se um número de 3 integrantes de cada equipe, sendo cada um de uma categoria profissional diferente. Além disso, ao se contatar os sujeitos do estudo, foram esclarecidas as identificações do pesquisador, o convite para participar da pesquisa assegurando-se seus direitos éticos e legais, e também o objetivo do trabalho.

A identificação das equipes é feita por meio de números (1, 2, 3 e 4), ao passo que os sujeitos são identificados por letras do alfabeto de A a L.

5.7. Análise de Dados

Após a coleta de dados, realizou-se a análise que envolve a integração e a síntese dos dados narrativos, pois, conforme Polit e Hungler (1995), os dados de um estudo para que

possam ser divulgados, precisam ser organizados e interpretados de maneira clara e sistemática, a fim de repassar uma leitura fidedigna dos resultados.

Feito isso, buscou-se na literatura e na reflexão da autora o respaldo para iniciar-se a discussão.

5.8. Resultados e interpretação dos dados

O questionário foi realizado nas 4 equipes de Saúde da Família do município de Pinheiro Machado com intuito de conhecer melhor o PMAQ e também identificar as expectativas dos profissionais envolvidos no processo de implantação do programa.

Participaram 3 profissionais de cada equipe, sendo 4 técnicas de enfermagem, 3 enfermeiras, 2 médicos, 2 dentistas e 1 ACS. As equipes foram divididas em 1 e 2 da área urbana, e 3 e 4 da área rural. Os profissionais foram identificados por letras do alfabeto de A a L, sendo a ordem das equipes e dos profissionais estipuladas de acordo com a entrega dos questionários.

O trabalho foi repassado e explicado para as coordenadoras, as quais ficaram responsáveis por eleger os profissionais de suas equipes que iriam responder o questionário.

Na equipe **1** participaram os seguintes profissionais:

- **A** – médico;
- **B** – técnica de enfermagem;
- **C** – ACS.

Equipe **2**:

- **D** – técnica de enfermagem;
- **E** – enfermeira;
- **F** – dentista.

Equipe **3**:

- **G** – técnica de enfermagem;
- **H** – enfermeira;
- **I** – médico.

Equipe **4**:

- **J** – enfermeira;
- **K** – dentista;
- **L** – técnica de enfermagem.

Com relação ao tempo de formação dos profissionais que participaram da pesquisa, houve uma variação de 6 meses a 10 anos, sendo que 58% tinham 2 anos ou menos, 4 tinham entre 3 e 5 anos e 1 com 10 anos de formação.

Com a aplicação do questionário (apêndice 2) foi possível identificar três temas a serem avaliados:

- 1. Existência de um espaço de avaliação das atividades e instrumentos utilizados para este fim.**
- 2. O que é PMAQ e as expectativas em relação ao mesmo.**
- 3. Auxílio do PMAQ nas questões de saúde que afetam a população.**

Existência de espaço de avaliação das atividades e instrumentos utilizados para este fim:

Apenas a equipe 1 relatou a existência de um espaço de avaliação na equipe, sendo unânimes as respostas dos profissionais. Todos os profissionais das outras três equipes (2, 3 e 4) colocaram que não existe este espaço dentro das suas atividades.

As equipes 2 e 3 referiram não utilizar nenhum meio de avaliação das atividades, ao passo que a equipe 1 exemplificou como instrumentos de avaliação as reuniões de equipe, os relatórios e as fichas diárias, como evidenciado na fala do sujeito **A** “*Reuniões de equipe, levantamento das atividades realizadas a cada mês.*” E também da fala da **B** “*Através de relatórios mensais e fichas diárias*”

A equipe 4, na primeira questão, colocou que não realizava avaliação, porém na segunda questão exemplificou uma atividade de avaliação, como consta na fala do **J** “*Ouvir o usuário para saber de suas necessidades, onde sugestões fossem dadas através de formulário de sugestões*”.

A não existência de um programa específico de avaliação, como o PMAQ, não significa que não existe avaliação das ações. Com a correria do trabalho diário, tudo fica automático, o profissional não consegue visualizar que tais ações são realizadas e podem ser transformadas em planejamento.

Kuschnir (2010) nos diz que a avaliação consiste no ato de comparar um determinado fato a um modelo padrão, e observar até que ponto o fato que estamos avaliando se aproxima de tal modelo. Esta deve ser realizada a cada instante do processo de trabalho e não só quando se cumpre uma etapa. A avaliação deve ser constante no decorrer das atividades, deve servir

para que se revejam ações e para que se planejem outras em conformidade com as reais necessidades da população atendida.

Como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões, como ficou clara nas falas dos participantes.

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde.

Os depoimentos colhidos neste estudo coincidem com resultados encontrados por Lima e Ramos (2007, p. 16), que colocam a escuta da opinião de quem recebe a assistência como um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como a forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento.

O que é PMAQ e as expectativas em relação ao mesmo:

Os profissionais das quatro equipes referiram ter conhecimento sobre o Programa. Porém, a equipe nº 4 afirmou não ter aderido ao PMAQ. Como consta na legislação que rege o programa (portaria nº 1654/2011), a adesão é de caráter voluntário tanto para as equipes quanto para os gestores, o que justifica tal decisão.

Todos os profissionais demonstraram boas expectativas a respeito da implantação do PMAQ, inclusive a equipe que não aderiu ao programa. Nesta perspectiva encontramos uma contradição na resposta da equipe 4, pois esta demonstra conhecimento sobre o PMAQ, tem boas expectativas sobre o mesmo, se propôs a participar da pesquisa, contudo não aderiu ao programa. Isto nos leva a um questionamento inevitável: Porque a equipe não aderiu ao programa?

Para chegarmos à resposta deste questionamento, se faz necessário rever o conceito de adesão. Segundo o dicionário da língua portuguesa, adesão significa - ato, processo ou efeito de aderir; aceitação dos princípios de (uma idéia, uma doutrina, um modo de vida etc.); apoio, aprovação, reconhecimento. No campo do Direito é o ato pelo qual

uma pessoa, instituição ou Estado, antes alheio a um negócio ou processo, passa a participar deste por consentimento próprio.

Tendo como base esses conceitos, nos leva a pensar que a equipe em questão não aceitou, não aprovou os princípios do programa, contradizendo a resposta de boas expectativas sobre o mesmo.

Outra conclusão para não adesão da equipe 4 seria o comprometimento que esta decisão impõe aos profissionais. Como comprometimento está diretamente ligado a envolvimento é necessário considerar o quanto o profissional esta disposto a se esforçar em prol da empresa a qual presta serviços ou com o tipo de trabalho que desenvolve. E conseqüentemente nos remete a satisfação destes profissionais, pois a satisfação é um termo que reflete no comprometimento de um profissional em relação ao trabalho que realiza. De acordo com estudo realizado por Cotta e Schott (2006) relatos sobre o relacionamento interno da equipe de saúde revela a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, o que acarreta descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional. O estudo traz também a questão de insatisfação dos profissionais que pode estar atribuída ao tipo de contratação, acumulação de mais de um vínculo de trabalho e a alta rotatividade desses profissionais.

Seguindo a análise das respostas obtidas pelos questionários, evidenciamos três enfoques diferentes. O primeiro de avaliação da execução serviço e dos profissionais que desenvolvem as atividades, como explicitado na fala do profissional **F**: “*Avaliar a equipe e qualidade do serviço*”, e também do **I**: “*Auxiliar na avaliação e execução das atividades realizadas pela equipe de saúde*”. Esse primeiro enfoque foi encontrado na maioria das respostas (7 participantes), e teve participação de três das quatro equipes.

O segundo enfoque traz expectativas quanto ao incentivo às Unidades Básicas de saúde, sejam estes financeiros ou de melhorar a qualidade de serviços ofertados. A participante **K** diz: “[...] *que os incentivos realmente sejam repassados de acordo com os resultados das equipes.*” A fala da **C** também exemplifica este segundo enfoque “*Maior apoio as unidades de saúde*”.

O terceiro, encontrado apenas na resposta de um dos participantes, mobilização e estímulo aos profissionais no dia a dia de trabalho. Como exemplo, segue a fala da **L**: “... *estímulo mobilização das equipes para melhoria dos atendimentos.*”

Dentro dos 3 enfoques, verificamos coerência das respostas com o que está sendo preconizado pelo programa. No entanto, em nenhuma fala identificamos a questão de melhoria do acesso e também o estímulo aos profissionais, o que seria um dos pontos fortes

deste, mas que ficou em segundo plano. Isso se deve à descrença dos profissionais justamente por não haver uma política de valorização profissional.

O acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Portanto se faz relevante buscar a questão “acesso” não mencionada pelos trabalhadores. Na literatura poucos estudos foram realizados avaliando o acesso aos serviços de saúde sobre a ótica dos profissionais. No entanto sabe-se que esta questão é amplamente discutida e é um dos principais problemas citados pelos usuários do SUS.

No estudo realizado por Lima e Ramos (2007, p.13) sobre o acesso e o acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários no município de Porto Alegre, problemas relacionados ao acesso foram os principais fatores dificultadores da assistência, sendo os relativos ao acesso funcional os mais citados. Entre as dificuldades de acesso funcional, o tempo de espera prolongado pelo atendimento e a necessidade de chegar muito cedo para conseguir ficha foram bastante referidos pelos usuários.

Em outro estudo, Souza e Vilar (2008, p. 108), a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de UBS e ESF no nordeste brasileiro, identificaram a ampliação do acesso nos últimos anos, com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência. Neste, o acolhimento apareceu como tecnologia operacional de um processo de construção da ampliação do acesso.

Ambos estudos corroboram com o que foi exposto pela autora deste estudo, no entanto ainda há muito a ser trabalhado em termos de acesso e acolhimento nas unidades de saúde, com vistas a efetivamente qualificar o atendimento e alcançar a integralidade e a resolutividade da assistência, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do usuário.

Auxílio do PMAQ nas questões de saúde que afetam a população

Em todas as falas, encontramos elementos que levam à melhoria da qualidade do atendimento. O PMAQ favorecerá a comunidade na medida em que estimula os profissionais, pois assim estes desenvolvem um maior comprometimento, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos. A avaliação periódica, assim como a autoavaliação, faz com que se redefinam ações criando-se metas baseadas nos resultados das avaliações, traçadas a partir de um planejamento estratégico.

Quatro falas exemplificam este tema:

*“... poderá auxiliar em relação à própria equipe através de uma metodologia permanente de avaliação do trabalho, ... com o intuito de reavaliar as estratégias definidas mensalmente.” (**J**)*

*“Estabelecimento de metas para atenção básica; melhora no atendimento das necessidades; distribuição adequada dos atendimentos, priorizando populações/ problemas mais prevalentes/ graves”. (**A**)*

*“O PMAQ auxiliará a equipe de saúde a traçar metas, ajudando-a a visualizar melhor as necessidades das famílias de sua área de abrangência.” (**H**)*

*“Após a avaliação da equipe e do serviço prestado pela UBS teremos uma visão do que esta sendo efetivo para comunidade e as falhas no atendimento a população, assim poderemos atender melhor as reais necessidades das famílias da área de abrangência da ESF.” (**F**)*

Dentro deste enfoque de saúde pública na atenção básica, buscamos o conceito de planejamento estratégico caracterizado por “[...] mudança no entendimento do papel do gestor governamental no processo de elaboração e de implementação das políticas.” (Kuschnir, 2010, p. 97) Este pressupõe que quem planeja está inserido no processo de planejamento juntamente com outros atores. Para isso, quem trabalha nessa área tem que ter bem claro que o objetivo principal da saúde é justamente a saúde, ou seja, de proporcionar que os indivíduos tenham acesso a um serviço de saúde de qualidade. Para tal, é necessário que todos estejam comprometidos, sejam gestores, profissionais e também população. Esse espaço de avaliação tem que ser compartilhado entre todos os atores para que o resultado final seja a qualidade de vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste trabalho, demonstrado a partir dos dados coletados, evidencia que, apesar da maioria dos entrevistados ter relatado não realizar avaliação periódica das atividades desenvolvidas, os profissionais de saúde estão otimistas com a implantação do PMAQ. Assim, esta prática pode auxiliar no planejamento da atenção a saúde dos usuários das ESFs, melhorando a qualidade dos serviços.

Outra conclusão é a de que muitas vezes realizamos a avaliação das atividades desenvolvidas sem mesmo perceber, como foi o caso da equipe 4 que deu exemplo de ações de avaliação, inclusive com a participação da comunidade.

Acredito que este trabalho teve relevante importância tanto para a equipe de saúde envolvida como para os gestores e também para os usuários do sistema de saúde que se beneficiarão com as melhorias no serviço.

Espero que este proporcione um maior esclarecimento para a equipe e gestores sobre o programa e sobre seus direitos e deveres para com o mesmo.

Para os profissionais, espero que tenha relevância no que se refere ao entendimento das diretrizes e desenvolvimento do mesmo, fazendo com que estes se sintam estimulados a cada vez mais melhorar os serviços prestados a população, sentindo-se responsáveis pelo sistema. Acredito que o trabalho trará dados que possibilitem o aprimoramento da atenção, promovendo a melhora no acesso e na qualidade a população.

Muitas foram as limitações encontradas na realização desta pesquisa, entre elas o silêncio dos profissionais em questões importantes como o acesso aos serviços de saúde, a pouca literatura disponível em relação a visão do profissional sobre essa problemática. O tema escolhido também foi um fator limitante, por estar sendo implementado e ter menos de um ano de existência impossibilitou o aprofundamento dos resultados. Portanto impedem que o mesmo tenha conotação conclusiva, mas permitem que sirva de base para novas pesquisas e estímulo para profissionais e gestores.

Por fim, a elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades de saúde da população, bem como as possíveis modificações ocorridas no nível de saúde das mesmas, em contextos históricos determinados, constituem-se em requisitos para a efetivar o acesso e a qualidade da Atenção Básica no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Organização e Funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; 190p. Brasília: CAPES: UAB, 2010.

CORRÊA, Bruna de F. **Programa de Saúde da Família: utopia ou realidade?** Trabalho monográfico apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas 2001.

CORRÊA, Bruna de Freitas; HECK, Rita Maria. **Tecnologias de Comunicação Utilizadas pela Equipe do Programa de Saúde da Família junto a Comunidade**. Artigo apresentado na conclusão do Curso de Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel – 2004.

DIAS, Sonia Ferreira; ROCHA, Cristianne Famer. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo**. 1ª ed. Lisboa: Paulinas Editora, 2009. 174 pág.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3º ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; RAMOS, Donatela Dourado; et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários** In: **ACTA Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 2007 p. 12-17.

LOPES, Fernando Dias. **Seminário de Metodologia da Pesquisa – aspectos operacionais para elaboração do TCC**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Escola de Administração: Porto Alegre 2011.

MACHADO, Heloísa. **O futuro tecido no presente**. In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, p.7-9, novembro de 1999.

MATTOS, Ana Maria; FRAGA, Tânia. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Escola de Administração: adequada à NBR 14724 de 2011**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração - Biblioteca da Escola de Administração: Porto Alegre 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002**. Brasília, 2004.

_____. **Diretrizes Operacionais:** Pactos pela Vida e, Defesa do SUS e de Gestão. Vol. 01, 76 pág., Brasília – 2006.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em: <dab.saude.gov.br/sistemas/**Pmaq**>

_____. **Acolhimento a Demanda Espontânea.** Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

NETO Milton Menezes da Costa. Educação permanente. **Cadernos de Atenção Básica:** Programa Saúde da Família. Caderno nº 3. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 32p.

POLIT, Denise F.; HUNGLER Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SILVA, Lígia Maria V.; FORMIGLI, Vera Lucia A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *In: Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, p. 80-91, jan/mar, 1994.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lucia Alves de; et al; Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *In: Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, p. 100-110, 2008.

SOUZA, Renilson Rubem de. A população em primeiro lugar. *In: Revista Brasileira de Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde, p. 04, novembro de 1999.

TÉCNICAS, Associação Brasileira de Normas. NBR 6027 Informação e documentação – Sumário – Apresentação. **Tudo sobre Monografia** – Como fazer um sumário automático - Word 2003 www.tudosobremonografia.com

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *In: Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, p. 190-198, 2004.

APÊNDICE 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFRGS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE EAD

AUTORIZAÇÃO

Pinheiro Machado, 05 de janeiro de 2012.

Ilmo. Sr.
Secretário Municipal da Saúde

Ao cumprimentá-lo cordialmente, eu, Bruna de Freitas Corrêa, acadêmica do Curso de Pós Graduação em Gestão em Saúde EaD pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, venho por meio deste solicitar autorização à realização da pesquisa “**Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Conhecer para desenvolver**” nas Unidades de ESF do município, tendo em vista a construção de uma monografia como requisito para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

O trabalho tem o objetivo de Conhecer as expectativas e o nível de conhecimento dos trabalhadores que atuam na ESF sobre o PMAQ que está sendo implementado no município.

Terei presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, de acordo com o código de ética.

Convicta de vosso apoio, desde já agradeço.

Atenciosamente

Bruna de Freitas Corrêa

Ciente. De acordo

Data: __/__/2012

Assinatura: _____

APÊNDICE 02

INSTRUMENTO DE PESQUISA

1- PERFIL DO SUJEITO

- a. Identificação das equipes (números de 1 a 4)
- b. Identificação do Sujeito (letras do alfabeto de A a L)
- c. Idade
- d. Profissão
- e. Sexo
- f. Tempo de atuação na ESF

2- QUESTÕES NORTEADORAS

1. Na sua equipe existe algum espaço de avaliação das atividades realizadas?
2. Quais instrumentos são utilizados para avaliação das ações diárias?
3. Você conhece o PMAQ?
4. Qual sua expectativa em relação à implantação do PMAQ?
5. Descreva-me como esse programa (PMAQ) poderá auxiliar nas questões de saúde que afetam as famílias da área de abrangência da sua ESF:

APÊNDICE 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFRGS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE EAD

CONVITE

Imo (a). Sr (a): _____

Venho por meio deste, solicitar a vossa senhoria, a colaboração na participação no projeto de pesquisa para a construção de um trabalho monográfico de conclusão de curso.

Outrossim, informo que o objetivo da minha pesquisa é Conhecer as expectativas e o nível de conhecimento dos trabalhadores que atuam na ESF sobre o PMAQ que está sendo implementado no município.

Esclareço que serão assegurados todos os preceitos éticos legais, garantindo o sigilo e a individualidade dos participantes.

Responsável pelo estudo: _____

Bruna de Freitas Corrêa

APÊNDICE 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DA UFRGS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE EAD

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado, de maneira clara, sobre os objetivos, a justificativa e a forma como será desenvolvido este trabalho, que responderei e colaborarei para benefício dos gestores, equipes de ESF e também da comunidade.

Também fui informado:

- Da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada a este estudo;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem que esta atitude me traga prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado e que as informações obtidas em relação a minha pessoa serão confidenciais;
- Do total acesso às informações em todas as etapas do trabalho e dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais;
- De que os resultados do estudo serão transcritos com honestidade e divulgados para os interessados.

Portanto, concordo em participar do estudo.

Local e data: _____, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante: _____