

Qualidade e Acesso da Atenção Básica: Avaliação em uma Unidade Básica de Saúde

Quality and Access of Primary Care: Evaluation in a Basic Health Unit

Priscila Kopp Pinheiro¹

Helane Santana Cruz²

¹ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da UBS 2-Santa Maria/SES-DF e Pós-Graduada em Avaliação em Saúde pela Escola Nacional Pública Sérgio Arouca da Fundação Fiocruz. Email: prikopp@gmail.com.

² Enfermeira da Estratégia Saúde da Família nº203-1 da UBS 8 DVO-Gama/SES-DF e Mestranda em Ciências da Saúde pela Fundação de Pesquisa e Ensino em Ciências da Saúde de Brasília. Email: helanesc@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: descrever os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.

Método: estudo descritivo retrospectivo com abordagem qualitativa, baseado nos relatórios do PMAQ. Os dados foram compilados por estatística simples percentual, com média.

Conclusão: os resultados permitem a compreensão das fraquezas da assistência, sinalizando quais são os serviços devem ser aprimorados. Constatou-se que o PMAQ é uma ferramenta que possibilita a qualificação dos serviços de saúde.

Palavras chave: Atenção Básica; Indicadores de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to describe the results of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care - PMAQ, in a Basic Health Unit of the Federal District. **Method:** a retrospective descriptive study with a qualitative approach, based on the reports of the PMAQ. The data were compiled by simple statistical percentage, with mean. **Conclusion:** the results allow an understanding of the weaknesses and of care, indicating which services should be improved. It was verified that the PMAQ is a tool that enables the qualification of the services offered in UBS.

Key words: Primary Care; Health Indicators; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, na década de noventa, pensa-se sua estruturação e afirmação como prática social de fazer saúde, ou ainda como modelo prioritário de organização da atenção básica, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Neste sentido, a ESF é uma proposta de mudança ao modelo de atenção à saúde, tirando o foco do modelo hospitalar, evoluindo para uma atenção mais próxima das comunidades, estrutura também influenciada, entre outros fatores, por uma mudança no padrão de produção de saúde em nosso contexto.

A organização da ESF apresenta-se como fator que influencia na qualidade da assistência prestada. Desta forma, os profissionais inseridos no processo de organização dos serviços de Atenção Básica devem nortear suas ações de forma a garantir uma assistência integral e de qualidade.

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (ABS) organiza-se por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, a qual restabelece uma revisão das diretrizes e normas para sua organização, apoiada na ESF¹.

Destacam-se entre princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde: territorialização e responsabilização sanitária; adscrição dos usuários e vínculo; acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial; cuidado longitudinal; ordenação da Rede de Atenção à Saúde e trabalho em equipe multiprofissional².

Com o intuito de avaliar e qualificar a ABS, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Programa nacional de Monitoramento e Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)³.

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) viabilizaram um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil⁴.

O PMAQ possui como diretrizes que vão desde a construção de parâmetros de comparação entre as Equipes de Atenção Básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde, estímulo para 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. Além disso, possui como objetivos, desenvolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de

atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica.

Com o PMAQ, a orientação dos serviços se dá em função das necessidades e da satisfação dos usuários. É um programa de caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.³

A construção do SUS tem avançado de forma significativa nos últimos anos e resgatado a evidência da importância que o serviço de ABS tem neste processo⁵.

Este estudo teve como objetivo descrever resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade- PMAQ, referentes as Equipes de Estratégia de Saúde da Família-EFS's lotadas na GSAP N° 05 do Gama-DF, como instrumento de gestão para a reorganização dos serviços.

MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa retrospectiva, com base nos relatórios descritivos e analíticos do PMAQ/2015.

A seleção do local de estudo considerou tratar-se de uma região de saúde que havia passado pela conversão do modelo de Centro de Saúde tradicional para Estratégia em Saúde da Família, e a escolha da unidade Básica de Saúde deu-se por conveniência.

Os dados são referentes às equipes ESF's lotadas em uma única Unidade Básica de Saúde (UBS) da Região de Saúde Sul do DF, denominada UBS A que possui 05 equipes de Atenção Básica, todas subordinadas a uma mesma Gerência de Serviços em Atenção Primária à Saúde.

Os critérios de inclusão foram: Equipes de Atenção Básica (EAB's) que aderiram ao 1º e 2º Ciclo do PMAQ.

Os Critérios de exclusão: EAB's que não aderiram ao 1º e 2º Ciclo do PMAQ.

Sendo assim, três equipes foram selecionadas, sendo denominadas: Equipe A, Equipe B e Equipe C.

A Unidade Básica de Saúde A, está localizada na Região Central, com população de aproximadamente 15000 pessoas (IBGE, 2014), sendo que a maior parte da população, não era considerada de grande vulnerabilidade, se comparada às áreas de outras Unidades Básicas de Saúde.

As ESF's possuíam a seguinte conformação: 1 médico generalista (40 horas/semana), 1 enfermeiro generalista (40 horas/semana), 2 auxiliares de enfermagem (40 horas semanais cada), 3 a 5 agentes comunitários de saúde.

Os dados foram coletados em novembro de 2016. Realizou-se uma análise da cobertura de ESF's, na área de abrangência da Gerência de Serviços em Atenção Primária à Saúde (GSAP) A e a adesão dessas equipes ao PMAQ.

A coleta de dados acerca da população assistida pelas Equipes de Atenção Primária, foi realizada mediante relatórios disponibilizados pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Dados (GPMA) da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) da Superintendência de Saúde da Região, no mês de novembro de 2016.

Os relatórios do PMAQ (Descritivos e Analíticos) integram os resultados obtidos nas avaliações externas do PMAQ no 1º e 2º Ciclo e foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, portanto são dados secundários e estão publicados no portal eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB) são de domínio público, o que dispensou a avaliação da proposta por um Comitê de Ética em Pesquisa. Os mesmos foram acessados em novembro de 2016.

A avaliação externa consistiu no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade referentes aos serviços ofertados pelas Equipes da Atenção Básica inscritas no programa. Para a realização da avaliação externa, o Ministério da Saúde contou com o apoio de Instituições de Ensino e na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que aplicaram um instrumento de avaliação.

Os dados foram analisados partindo-se dos relatórios analíticos referentes às ESF's denominadas A, B e C.

Os indicadores referentes ao padrão de qualidade das 5 dimensões foram analisados por estatística simples percentual, com média.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais indicadores de desempenho estão relacionados no Quadro 1:

Quadro 1. Resultados alcançados por cada Equipe de Atenção Básica referentes nos principais indicadores de desempenho

1 Saúde da Mulher	Equipe A	Equipe B	Equipe C	Município	Estado	Brasil
- Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	15,77	40,80	40,88	54,93	54,03	52,25
- Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	---	6,56	9,53	9,08	9,08	7,14
- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	100	91,67	100	76,97	76,97	83,73
- Proporção de gestantes com pré-natal em dia	100	100	100	80,42	80,42	92,00
- Proporção de gestantes com vacina em dia	100	100	100	83,19	83,19	93,67
- Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais	---	0,00	0,13	0,04	0,04	0,06
<hr/>						
2 Saúde da Criança	Equipe A	Equipe B	Equipe C	Município	Estado	Brasil
- Média de consultas de puericultura por criança cadastrada	7,33	7,16	6,54	8,39	8,39	5,24
- Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	100	95,24	100	90,21	90,21	73,76
- Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	57,78	100	100	86,65		86,65
- Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	95,42					
- Média de consultas médicas para menores de um ano	50,93	100	100	72,89		72,89
- Média de consultas médicas para menores de cinco anos	87,24					
	0,00	0,00	4,16	7,03	7,03	3,75
	0,00	0,00	1,63	2,30	2,30	2,23
<hr/>						
3 Doenças crônicas	Equipe A	Equipe B	Equipe C	Município	Estado	Brasil
- Proporção de pessoas com diabetes cadastradas	50,26	78,53	92,74	72,72	72,72	73,68
- Proporção de pessoas com hipertensão	---	84,55	98,82	79,21	79,21	74

cadastradas	1,48	4,16	4,02	5,82	5,82	5,33
- Média de atendimento por diabético	---	1,47	3,59	4,01	4,01	3,93
- Média de atendimento médico por hipertensão						

4 Produção Geral	Equipe A	Equipe B	Equipe C	Município	Estado	Brasil
- Média de consultas médicas por habitante	0,00	0,00	1,03	1,11	1,11	1,44
- Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/ programado	---	---	21,5	26,29	26,29	26,29
- Proporção de consultas médicas de demanda agendada	---	---	53,35	56,13	56,13	56,13
- Proporção de consultas médicas de demanda imediata	---	---	24,14	17,58	17,58	17,58

1 Saúde Bucal	Equipe A	Equipe B	Equipe C	Município	Estado	Brasil
- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,00	1,00	0,00	1,16	1,16	2,48
- Cobertura de primeira consulta odontológica programática	0,00	2,02	0,00	0,52	0,52	1,00
- Cobertura de primeiro atendimento odontológico à gestante	0,00	58,33	0,00	7,81	7,81	11,67
- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0,00	51,64	0,00	75,04	75,04	45,27

Fonte: Autoras, 2016.

3.1. Indicadores de Saúde da Mulher

Os indicadores relacionados à saúde da mulher demonstram que as equipes conseguiram desempenhar uma assistência adequada às gestantes, superando na maioria dos itens, a média estadual e nacional, porém os dados sugerem que há ausência de busca ativa de gestantes pela equipe, principalmente pelos agentes comunitários de saúde, estas deveriam ser cadastradas e acompanhadas incluindo também as que realizam pré-natal em outros serviços de saúde (Quadro 1).

O número médio de atendimentos de pré-natal por gestante ficou abaixo da média nacional para a maioria das equipes, sendo evidenciada a necessidade de ampliação dos atendimentos de pré-natal (Quadro1).

Quanto a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, os resultados alcançados, demonstram que as equipes conseguiram captar as gestantes precocemente, podendo realizar uma assistência de qualidade, oportunizando a detecção precoce de agravos à saúde e se necessário, intervenções, evitando-se complicações durante a gestação (Quadro 1).

Quanto à proporção de gestantes com vacina em dia, todas as equipes obtiveram resultados acima da média nacional. Tal procedimento durante a gestação objetiva prevenir o binômio mãe e feto de doenças imunopreveníveis (Quadro 1).

No que se diz respeito ao pré-natal, deve-se considerar que as gestantes possuem acesso as consultas (Quadro 1). As ESF's, promovem as ações previstas para a melhoria desse indicador, tais como: Garantia de acesso às referências especializadas para os casos de pré-natal de alto risco; acompanhamento prioritário das famílias com gestantes através de visitas domiciliares; busca ativa de gestantes faltosas às consultas de pré-natal; visita ao recém-nascido e à puérpera, etc⁶.

A proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais, apenas uma equipe ultrapassou o resultado nacional (Quadro 1). Esse indicador expressa a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero em relação à população feminina alvo em determinado local e período e possibilita verificar se as EAB's estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Neste âmbito, é alto o potencial de disseminação da informação à população sobre o rastreamento, de identificação de mulheres na faixa etária prioritária e com risco aumentado, de convocação para realização da coleta da citologia e de identificação de faltosas e consequente busca ativa⁷.

3.2. Indicadores de Saúde da Criança

Os indicadores relacionados à saúde da criança certificam que todas as equipes possuem a média de consultas superior a nacional. Os resultados alcançados demonstram que o acesso ao Programa de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança, está adequado.

Os dados referentes à proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo ficaram acima dos resultados nacional, Município/Estado e Estrato, o que evidencia boas práticas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

A cobertura de vacinação em crianças menores de um ano é superior aos índices alcançados no DF e Brasil, reflete que a população possui acesso aos imunobiológicos.

Quanto as médias de consulta médicas para menores de um ano e para menores de 05 anos, os resultados sugerem a ausência de profissional médico ou falta de registros dos dados.

Os dados relacionados à saúde da criança demonstram que as equipes estão conseguindo alcançar as metas, exceto o acesso das crianças maiores de um ano e menores de quatro ao CD. Algumas estratégias devem ser implementadas para assegurar o acompanhamento nessa faixa etária.

3.3. Doenças Crônicas

Quanto à proporção de pessoas com hipertensão cadastradas os resultados evidenciam que há necessidade de melhoria dos registros nos sistemas de saúde e busca ativa de pacientes portadores de hipertensão.

Quanto aos resultados obtidos referentes à média nacional de atendimentos por diabético e hipertenso, assume-se como pressuposto falta de oferta de consultas para esse público alvo.

3.4. Produção Geral

Os indicadores relacionados à produção geral das equipes obtiveram resultados abaixo das médias esperadas, evidenciando a dificuldade de acesso da população por demanda espontânea, às consultas médicas, inclusive, no indicador proporção de consultas médicas de demanda imediata, só existem registros de uma equipe.

3.5. Saúde Bucal

Na avaliação dos indicadores de desempenho para as equipes de saúde bucal, os dados são insuficientes para a avaliação dos serviços. Somente uma equipe registrou as atividades desenvolvidas.

3.6. Padrões de Qualidade

Na avaliação externa, foram verificados padrões de qualidade, organizados em 5 dimensões para as equipes de AB, conforme o quadro 2.

Quadro 2. As cinco dimensões para avaliação dos padrões de qualidade da Equipe de Atenção Básica (EAB)

Dimensão	Subdimensão
I Gestão Municipal para desenvolvimento da Atenção Básica	- Ações da Gestão para organização do processo de trabalho; - Apoio Institucional e Apoio Matricial para as EAB.
II Estrutura e condições de funcionamento da UBS	- Funcionamento da Unidade de Saúde; - Características estruturais, ambiência e Sinalização da UBS; - Equipamentos, materiais,

		<p>insumos e impressos na UBS;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatização, conectividade e telessaúde; - Medicamentos componentes da farmácia básica; - Imunobiológicos na UBS; - Testes rápidos na UBS.
III	Valorização do trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação dos profissionais da EAB; - Educação permanente; - Gestão do trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo; - Plano de carreira e remuneração variável.
IV	Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - População de referência da Equipe de Atenção Básica; - Planejamento das ações da EAB; - Organização da agenda da EAB; - Organização dos prontuários da EAB; - Coordenação do cuidado na Rede de atenção e resolutividade; - Acolhimento a demanda espontânea; - Saúde da mulher e da criança; - Saúde mental; - Condições crônicas (Obesidade, tuberculose e hanseníase); - Visita domiciliar e cuidado no domicílio; - Promoção da Saúde; - Participação do usuário e controle social; - População rural, quilombolas, assentados e indígenas; - Programa Saúde na escola; - Práticas integrativas e complementares.
V	Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso e marcação de consulta na UBS; - Acolhimento à demanda espontânea;

-
- Vínculo e responsabilização;
 - Atenção a saúde da mulher, gestante e criança;
 - Condições crônicas (Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus)
 - Satisfação e participação do usuário.
-

Fonte: Autoras, 2016.

Quanto à avaliação dos padrões de qualidade, as UBS's alcançaram metas quanto ao horário de funcionamento, porém 49, 55% dos usuários referiram que a abertura da unidade aos sábados, facilitaria o acesso aos serviços.

As equipes realizam acolhimento à demanda espontânea, em todos os turnos, durante os cinco dias da semana, com reserva de vagas para esses atendimentos, demonstrando a organização das agendas. Esses resultados estão compatíveis com o percentual alcançado no Brasil.

Todas as equipes conseguiram organizar as agendas aumentando e assegurando a oferta dos atendimentos aos grupos prioritários (gestantes, crianças e pacientes portadores de doenças crônicas).

As equipes realizam agendamento de consultas por horário. Essa é uma estratégia que permite a organização do trabalho, evitando a concentração de muitos pacientes no início dos turnos, promovendo mais tranquilidade para servidores e usuários. No Brasil, apenas 35,74% das equipes realizam atendimento com hora marcada e no Município/Estado 40,91%.

O acolhimento é fundamental para estabelecimento de vínculo, acesso e confiança do usuário quanto ao serviço ofertado. Os relatórios demonstram que os servidores não receberam capacitação para acolhimento com classificação e que as equipes não realizam todos os tipos de consulta médica (cuidado continuado, programado, demanda espontânea e demanda imediata), no entanto pode haver falha nos registros, foi recomendada a realização dos registros.

A agenda dos profissionais das equipes de saúde da família deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população adstrita e as demais podem ser reservadas a consultas destinadas à demanda espontânea⁸.

O cuidado continuado às condições crônicas como hipertensão, diabetes, asma, tuberculose, pré-natal, puericultura, pode-se dispor de 60% a 70% das consultas⁸.

A implantação dos indicadores de saúde é de grande relevância. Os indicadores, quando bem administrados, são ferramentas fundamentais para a gestão de programas e serviços bem como para avaliação do sistema de saúde⁹.

Surge, dessa forma, a necessidade de que os profissionais envolvidos em tal processo sejam devidamente preparados, que se tenha um programa de capacitação das equipes de saúde⁹.

A divulgação para a população quanto às ofertas de serviços realizadas pelas equipes e UBS, e a disponibilização de espaços de comunicação entre equipe e usuários também facilitam o acesso aos serviços.

As equipes apresentaram bons resultados nas variáveis analisadas no âmbito do acesso, acolhimento e agenda, porém foi recomendada a realização de processos autoavaliativos a fim de intensificar a análise crítica dos profissionais sobre os modos de fazer, adotados pelas equipes, pois podem dificultar ou facilitar o acesso e a vinculação dos usuários ao serviço de AB, uma vez que a autoavaliação é um processo potente para a identificação de situações que precisam ser revistas e/ou modificadas para avançar na qualificação das equipes.

As EAB's podem estabelecer diversas ações para a melhoria desses indicadores como: capacitação dos profissionais quanto às diretrizes dos programas de Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes o que possibilita o acompanhamento da evolução de resultados; negociação de metas, definição de prioridades de educação permanente e apoio institucional; cogestão; orientação à população a prevenção de agravos à saúde; busca ativa de pacientes e etc.

Considerando os padrões de qualidade utilizados na avaliação externa, os relatórios demonstram que as equipes apresentaram os seguintes resultados nas dimensões:

Dimensão I- Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica

A) Conceitos acima da média e muito acima da média, nas subdimensões: apoio matricial e apoio institucional para as EAB's;

B) Conceitos mediano ou abaixo da média nas subdimensões: ações de gestão para a organização do processo de trabalho das equipes.

Dimensão II- Estrutura e condições de funcionamento da Unidade de Saúde

A- Conceitos acima da média e muito acima da média, nas subdimensões: apoio matricial e apoio institucional para as EAB's; equipamentos, materiais, insumos e

impressos na UBS; informatização, conectividade e telessaúde; medicamentos componentes da farmácia básica; imunobiológicos; testes rápidos.

B- Somente uma equipe recebeu conceito mediano ou abaixo da média quanto a: subdimensão: informatização, conectividade e telessaúde e medicamentos componentes da farmácia.

Dimensão III- Valorização do trabalhador

A- Conceitos acima da média e muito acima da média, nas subdimensões: qualificação profissional; educação permanente; gestão do trabalho- garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo; e plano de carreira e remuneração variável.

B- Somente uma equipe recebeu conceito mediano ou abaixo da média quanto a: subdimensão: qualificação profissional; educação permanente; gestão do trabalho- garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo.

Dimensão IV- Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho

A- Conceitos acima da média e muito acima da média, nas subdimensões: planejamento das ações da EAB; organização da agenda da EAB apenas uma equipe; organização das agendas; organização dos prontuários na UBS, apenas uma equipe; coordenação do cuidado e resolutividade, apenas uma equipe; saúde da mulher e da criança, apenas uma equipe; visita domiciliar e cuidado realizado no município, apenas uma equipe; promoção da saúde, apenas uma equipe; participação do usuário e controle social, apenas uma equipe; práticas integrativas e complementares.

B- Somente uma equipe recebeu conceito mediano ou abaixo da média quanto a: subdimensão: população de referência da EAB; organização das agendas; organização dos prontuários na UBS; Coordenação do cuidado e resolutividade; acolhimento a demanda espontânea; saúde da mulher e da criança; saúde mental; condições crônicas; visita domiciliar e cuidado realizado no município; promoção da saúde; participação do usuário e controle social;

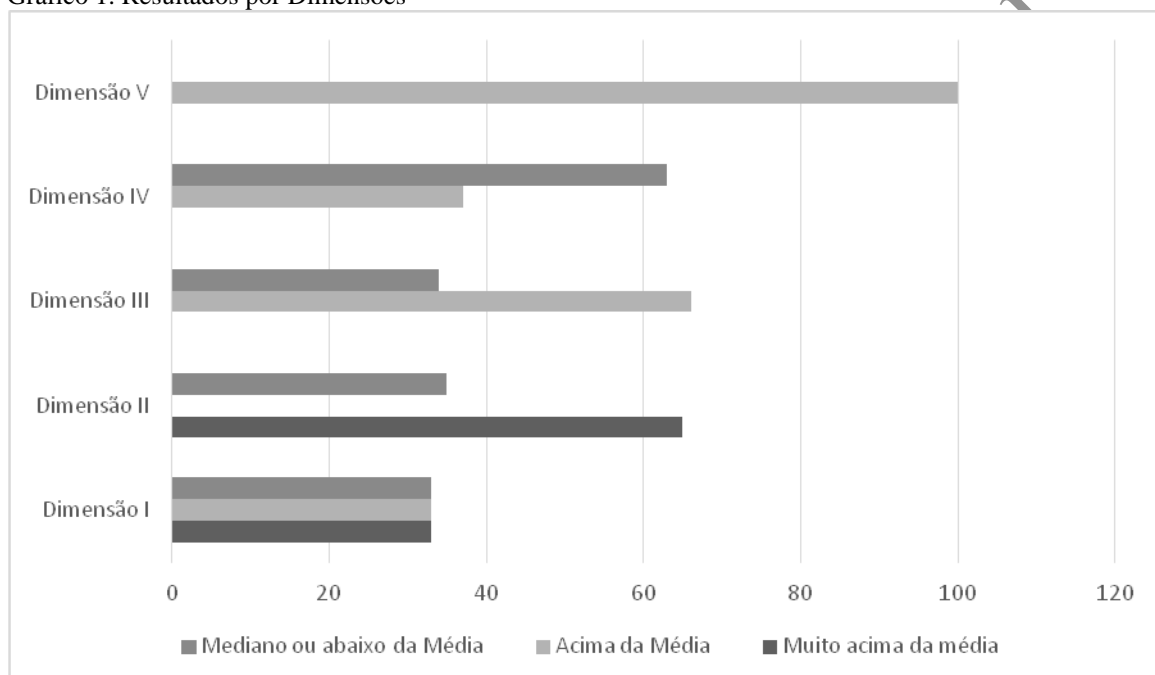
Dimensão V- Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário

A) Conceitos acima da média e muito acima da média, nas subdimensões: acesso e marcação de consultas na UBS; atenção a saúde da mulher, gestante e criança; condições crônicas;

B) Conceitos mediano ou abaixo da média nas subdimensões: acolhimento à demanda espontânea; vínculo e responsabilização;

De acordo com o gráfico 1, as EAB's, tiveram destaques no desempenho alcançado nas dimensões II e III, o que demonstra que em sua maioria, estrutura adequada, boas condições de funcionamento, insumos, materiais e equipamentos, além disso, bom plano de carreira e remuneração variável, qualificação dos profissionais, além promover ações de educação permanente e Gestão do trabalho (Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo).

Gráfico 1. Resultados por Dimensões



Fonte: Autoras, 2016

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento, e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa)².

Observa-se que as EAB's e gestão, asseguraram o acesso, utilização e participação e satisfação do usuário (Dimensão V), porém os resultados demonstram que tiveram dificuldades na oferta de acesso e qualidade da atenção (Dimensão IV).

Nos resultados alcançados, duas equipes, receberam o conceito mediano ou abaixo da média e as equipes de saúde bucal vinculadas a elas, também receberam o mesmo conceito. Apenas uma equipe recebeu o conceito acima da média bem como a equipe de saúde bucal vinculada a ela.

O Ministério da Saúde, no documento que normatiza o PMAQ, reconhece a precariedade da rede física das UBS e afirma a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de atenção básica, o que inclui integração dos membros das equipes, orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados.

Problemas como a instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais ainda comprometem o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe.

Além disso, a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade pode ter impacto na cobertura e qualidade de suas ações.³

O Fundo Nacional de Saúde (FNS), realizou repasses de recursos financeiros para o Fundo de Saúde do DF (FSDF)¹⁰ anualmente desde 2012. Na tabela 1, são apresentados os valores anuais referentes aos recursos financeiros recebidos pelo FSDF, para o PMAQ.

Não encontramos nenhuma informação sobre a utilização dos recursos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) e também não foram encontrados registros no site do FSDF.

Tabela 1. Valores anuais referentes aos recursos financeiros recebidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FSDF), para o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ

PAGAMENTOS REALIZADOS PELO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE PARA O FSDF DESTINADOS AO PMAQ

2012	2013	2014	2015	2016
R\$ 1.004.200,00	R\$ 1.222.500,00	R\$ 3.760.948,17	R\$ 3.363.300,00	R\$ 4.057.800,00

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado propôs a compreensão do PMAQ, como estratégia para o fortalecimento da gestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O caráter inovador do PMAQ para as Equipes da Estratégia de Saúde da Família evidencia uma série de desafios com características diversas. Para que as equipes

consigam obter resultados satisfatórios, há como desafio à necessidade de definição das competências e perfil dos profissionais, melhoria dos registros dos dados, discussão/problematização dos resultados encontrados entre profissionais e gestores, melhoria das condições estruturais, incluindo funcionamento, apoio institucional e valorização do trabalhador, incentiva a educação em serviço, incluindo capacitações, matriciamento, educação continuada e permanente.

Os relatórios demonstram que há falhas nos registros de informações, inferindo-se subnotificações de diversas atividades desenvolvidas pelas equipes, incluindo consultas e procedimentos.

Além dos seus indicadores e padrões de qualidade, esse programa permite, a aproximação dos profissionais das EAB's sobre a aplicabilidade desses indicadores de saúde no cotidiano de trabalho, promovendo a necessidade de reorganização do serviço, corresponsabilizando toda a equipe, gestores de todas as esferas e usuários nesse processo, para pactuação e alcance de metas, melhorando o acesso e a qualidade dos serviços ofertados na UBS.

Entretanto a transparência na utilização dos recursos financeiros repassados do MS para o FSDF, ainda é uma lacuna, pois não existem registros quanto a utilização dos mesmos, considerando que EAB's, gestores locais e usuários devem monitorar e acompanhar os investimentos desses recursos.

Constatou-se que a adesão da EAB ao PMAQ e a aplicabilidade desse instrumento de avaliação é importante para a SESDF, uma vez que abriu possibilidades de construção de soluções fundamentadas a partir da identificação de problemas, sendo um instrumento de caráter reflexivo e problematizador. Identificou com clareza as potencialidades e fragilidades de saúde local. Tem como vantagem, o fato de que o alcance das metas estabelecidas dos indicadores, dependem, em sua maioria, do empenho dos atores que estão diretamente em contato com os usuários, utilizando tecnologias leves na aplicabilidade. Além disso, proporciona o acompanhamento e monitoramento, avaliação e qualificação das ações e serviços ofertados na UBS.

Ressaltamos a necessidade de todos os envolvidos (gestores de todas as esferas e equipes), estarem empenhados quanto ao cumprimento das suas responsabilidades, valorizando os problemas e limitações reconhecidas localmente, promovendo um cenário com todos os recursos necessários para a aplicabilidade das ações e êxito nos resultados.

REFERÊNCIAS

- 1 Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. *Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família*. Epidemiol Serv Saúde. 2006;
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012;
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília, 2012;
- 4 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS; 2011;
5. Brasil. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2011;
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo anexo - Ficha de qualificação dos indicadores*. Brasília DF, 2012. Disponível em: http://189.28.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf. Acesso em 15/04/2017.
7. Tomasi, Eliane & et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife. 2015;15(2).
8. Duncan, Bruce Bartholow & et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
9. Ferreira AL & et al. *A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde*. Rev. APS. 2014 abr/jun;17(2):134-142. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1968>.

10. Brasil. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço – PMAQ (RAB-PMAQ-SM)*. *Fundo Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/simplificada/filtro.jsf>. Acesso em: 02/02/2017.
11. Ministério da Saúde. *Manual Instrutivo*. Brasília, 2013a.

Ahead of Print - Accepted Article