

# ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PMAQ-AB EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE

Francielle Karine Scariot<sup>1</sup>  
Rafael Gomes Ditterich<sup>2</sup>

**RESUMO** O presente trabalho trata de uma análise da avaliação externa do “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade” (PMAQ), no que se refere à Dimensão IV, que considera o processo de trabalho, a organização do trabalho, a atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, a Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde; observando a atuação das equipes com maior relevância no 2º ciclo. Um estudo descritivo qualitativo, com base nos dados do Relatório do PMAQ, na Atenção Básica em Ponte Alta do Norte/SC, realizado no 1º e 2º Ciclos. Constatou-se que os profissionais da equipe recebem apoio para o planejamento das ações do processo de trabalho e informações para embasamento sobre a situação de saúde através de relatórios, sendo organizado todo o processo de trabalho com base nos padrões do PMAQ. Os resultados demonstraram que a equipe realiza acolhimento à demanda espontânea durante o funcionamento da unidade, todos os dias da semana, com reserva de vagas para estes atendimentos. Os profissionais da equipe foram capacitados para classificação de risco destes clientes que chegam à UBS sem consulta agendada. Não há um local específico, privado, para a realização desta escuta, a fim de garantir privacidade dos usuários. A Equipe realiza agendamento de consulta em qualquer dia da semana ou horário, sendo a forma mais adequada, mas com filas para pegar senhas, o que limita o acesso aos usuários, e não estabelece vínculo além de dificultar o cuidado continuado.

**Palavras-Chave:** Acesso e Qualidade; Acolhimento; Avaliação Externa; Rede de Atenção.

**ABSTRACT** The present article is an external evaluation of analysis “Access Improvement Program and Quality” (PMAQ), as regards at the Dimension IV, which considers the work process, the organization of work, attention to health on the Basic Unit Health, the Care Coordination on the Health of Care Network; observing the performance of the teams with the highest relevance in the second cycle. A qualitative descriptive study, based on PMAQ report data in primary care in Ponte Alta do Norte/SC, held on the first and second cycles. It was found that the team members receive support for planning of the actions of the work process and information for grounding about the health situation through reports, being organized throughout the work process based on PMAQ standards. The results showed that the team performs host spontaneous demand during the drive operation, during the functional every day of the week to reserve places for these calls. The team members were able to risk classification of customers arriving UBS without an appointment. There isn't a specific location for private listening realization of this, in order to ensure user privacy. The team conducts consultation schedule any day of the week or time, and the most appropriate way, but with queues to get passwords, which limits access to users, and doesn't set bond and hinder the continued care.

**Keywords:** Access and Quality; Receivment; External Evaluation; Care Network.

---

<sup>1</sup> Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho UERJ, Rua: Pedro Antônio Casagrande, 1026, Bairro: Rondinha, Ponte Alta do Norte – SC CEP: 89535-000, e-mail: francipmeu@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva) pela PUCPR. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR. RuaPadre Camargo, nº. 280, 7º. andar, Alto da Glória, Curitiba-PR CEP 80060-240 e-mail: rafael.gomes@ufpr.br

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 90 com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para reorientar o modelo existente de saúde e os serviços, visando a expansão e acessibilidade para o cidadão, até o ano de 2012 pouco se sabia das condições reais de funcionamento, estruturas e processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (Eq. AB) (RODRIGUES; SANTOS; PEREIRA, 2014).

Mais recentemente com a Portaria GM 4.279 de 30/12/2010 que definiu a atenção básica como ordenadora da Rede de Atenção em Saúde, o processo de reordenação dos serviços requer uma avaliação ampla da qualidade, do acesso e estrutura dos serviços ofertados em todo território do país. (BRASIL, 2010).

Os desafios para consolidação da Política de AB, se relacionam com a melhoria dos processos assistenciais na Atenção Primária a Saúde e condições de integração da Atenção Básica á rede de serviços nos diversos níveis de atenção. Deve-se estabelecer um perfil de porta aberta para a Atenção Básica, facilitando o acesso e atendimento oportuno, as várias demandas dos usuários, com horários oportunos de funcionamento das Unidades, acolhimento e atendimento de rotina as demandas espontâneas. (FAUSTO et al., 2014).

Nesse sentido, o atendimento integral à saúde vai além da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se estendendo pela qualidade real da atenção coletiva e individual assegurada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (MACHADO et al., 2007 apud PROTAZIO et al., 2014). Os serviços de Atenção Primária à Saúde são atualmente na configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o centro ordenador e coordenador das ações do cuidado à saúde, no qual se caracterizam como a principal porta de acesso, capaz de responder positivamente as necessidades de seus usuários, não sendo apenas uma passagem burocrática para os demais serviços. Apesar de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, pode dar conta da maioria dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos, desde que identifique e compreenda as necessidades, problemas e demandas de saúde, intervindo nessas situações de forma abrangente e resolutiva.

A população das áreas de cobertura da atenção básica está em constante migração que acabam dificultando a cobertura total das equipes que as acompanham, nem todas as cidades possuem cobertura total de seus usuários, bem

como não é padronizado os serviços e rotinas que regem a atenção básica de um município para o outro. (BRASIL, 2014).

Atualmente as Equipes da Estratégia Saúde da Família estão sendo reformuladas e estruturadas, com o objetivo de atenderem os requisitos para a pactuação no Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB iniciou-se em 2011 e tem sido apresentado como uma proposta inovadora do Ministério da Saúde, estrategicamente pensado para alcançar mudanças nas estruturas, condições e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de incentivar os gestores locais a melhorar o padrão da Qualidade dos Serviços e Assistência prestados na AB. O PMAQ-AB está organizado em 4 fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. Estas fases ocorrem de forma sistemática, sendo que algumas equipes já foram avaliadas em dois ciclos, conforme organização descrita na portaria nº 1.654 de 19 de outubro de 2011, revogada em 01/10/2015, citada a seguir.

§ 3º Na Fase 1 serão observadas as seguintes etapas:

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

II - contratualização da equipe de saúde da atenção básica e do gestor do Distrito Federal ou municipal, de acordo com as diretrizes e critérios definidos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB; e

III - informação sobre a adesão do Município ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional.

§ 4º Para os fins do disposto no inciso III do § 3º, o Distrito Federal informará a adesão ao respectivo Conselho de Saúde.

§ 5º A Fase 1 será realizada pelas equipes que ingressarem no PMAQ-AB pela primeira vez a cada ciclo.

Art. 6º A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Certificação e será composta por:

I - avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados;

II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 5º; e

III - verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

§ 1º As equipes contratualizadas avaliadas nos termos deste artigo receberão as seguintes classificações de desempenho:

I - Ótimo;

II - Muito Bom;

III - Bom;

IV - Regular; e

V - Ruim.

§ 2º Caso a equipe contratualizada não alcance um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais, nos termos do

Manual Instrutivo do PMAQ-AB, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim.

§ 3º Para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar um conjunto de padrões considerados estratégicos, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB.

§ 4º O conjunto das classificações de desempenho das equipes contratualizadas comporá o Fator de Desempenho do Distrito Federal e de cada Município.

Art. 7º A Fase 3 do PMAQ-AB é denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular do Distrito Federal e dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB.

Parágrafo único. A Fase 3 será realizada pelas equipes que participaram do PMAQ-AB em ciclo anterior. (BRASIL, 2011)

As avaliações externas são divididas em 5 dimensões que caracterizam os padrões de qualidade. Dimensão I: Gestão Municipal para desenvolvimento da AB; Dimensão II: Estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde; Dimensão III: Valorização do Trabalhador; Dimensão IV: Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do Trabalho e Dimensão V: Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário. Todas organizadas em subdimensões.

No presente estudo, analisou-se os dados referentes a Dimensão IV, que considera o processo de trabalho da equipe por meio da análise das informações repassadas pelo profissional de nível superior da equipe na avaliação externa, somados as informações repassadas pelo gestor no modulo eletrônico. Considerando ainda aspectos da organização do trabalho a atenção à saúde na Unidade Básica, a Coordenação e Continuidade do Cuidado na rede de Atenção da Saúde (RAS). Tendo visto que nesta dimensão a atuação das equipes de AB tem maior relevância, com um percentual de 50 % no segundo ciclo. (BRASIL, 2014)

## **O Financiamento da Atenção Básica**

Sabe-se das deficiências no financiamento da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista, o PMAQ-AB surge para suprir e reorientar esta modalidade dentro da Saúde, além de instigar a gestão ao reconhecimento e formalização de seus profissionais como forma de garantir continuidade no acompanhamento da comunidade assistida pela Equipe. Padronizando a parte de estrutura física, visando a inclusão de todos os indivíduos garantindo não só o acesso, mas um nível de

Qualidade nos serviços ofertados, sendo resolutivo no acolhimento as diversas demandas e tratando cada ser em suas singularidades, construindo com ele uma conduta partilhada no que se refere aos cuidados e demandas que sua saúde requer. Neste contexto, faz-se necessário realizar uma comparação das avaliações realizadas em dois períodos distintos, constatando o caminho percorrido nesta mudança proposta pelo Ministério da Saúde, bem como as dificuldades e avanços identificados.

A presente pesquisa procurou avaliar o processo de trabalho na atenção primária à saúde por meio dos resultados dos ciclos avaliativos do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Identificando a realização de planejamento das ações da Equipe de AB, descrevendo a organização do processo de trabalho das equipes na atenção primária à saúde, com ênfase no acesso, acolhimento, resolubilidade, qualidade e coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Bem como relatou os processos gerenciais e organizacionais instituídos pela gestão e pelos profissionais de saúde após a divulgação dos resultados nos ciclos avaliativos do PMAQ-AB.

## **2 MATERIAIS E MÉTODOS**

Este artigo pretende apresentar os resultados das Avaliações do 1º e 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde, tendo por base o acesso a base de dados do Relatório do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB em Ponte Alta do Norte-SC, realizado no 1º e 2º Ciclo de avaliação da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde.

Ponte Alta do Norte localiza-se no meio-oeste catarinense, no Alto Vale do Rio do Peixe, na microrregião de Curitibaanos, a 302 km da capital, com uma área de 400.972 km<sup>2</sup>, criado em 30 de março de 1992, com 3.303 habitantes (IBGE, 2010), sua economia baseia-se em extração de madeira, agricultura e pecuária.

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, sendo que a certificação do 1º ciclo foi divulgada em setembro de 2012 e a do 2º ciclo em novembro de 2014. Com recorte da Dimensão IV que se refere ao Acesso e Qualidade da Atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho, avaliou-se o resultado

da entrevista realizada pelos profissionais representantes de cada uma das Equipe de Atenção Básica pactuadas. As variáveis de análise foram as seguintes Subdimensões: Planejamento das Ações da Equipe, Organização da Agenda da Equipe, Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade, Acolhimento a Demanda Espontânea, Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio.

Ocorreu pesquisa por meio de análise documental, avaliação dos dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como a avaliação dos relatórios analíticos e descritivos disponíveis no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde no perfil do gestor municipal, para compreensão do que mudou na gestão e no processo de trabalho após a os 2 ciclos avaliativos no PMAQ-AB no município.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A Estratégia de Saúde da Família, surgiu para reorientar o modelo assistencial do SUS com princípio na atenção básica e representa a porta de entrada e o primeiro contato com os serviços de saúde. O número de municípios com o ESF implantado se apresentou de forma crescente de 2000 a 2008, esse crescimento foi progressivo em todos os municípios, apresentando ritmo diferenciado conforme o porte populacional de cada município. Quanto menor o município, mais alta a cobertura do PSF. Após a implantação ocorreu uma melhora de alguns indicadores da Atenção Básica, como diminuição da mortalidade, incentivo ao aleitamento materno, melhora das coberturas vacinais e controle das doenças. Além do acompanhamento das informações por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É importante destacar que as condições de trabalho das equipes, a ausência de articulação entre a rede básica e os demais setores, o distanciamento da equipe e paciente, a falta de participação da comunidade são entraves ao funcionamento da ESF. (COIMBRA; PEREIRA, 2008)

O PMAQ apresenta limitações e potencialidades que devem ser consideradas, é uma avaliação orientada para as ações e atividades dos profissionais que integram a equipe, onde se propõe a identificação das áreas e ações prioritárias voltadas para os usuários, se revelando um forte apoio para os

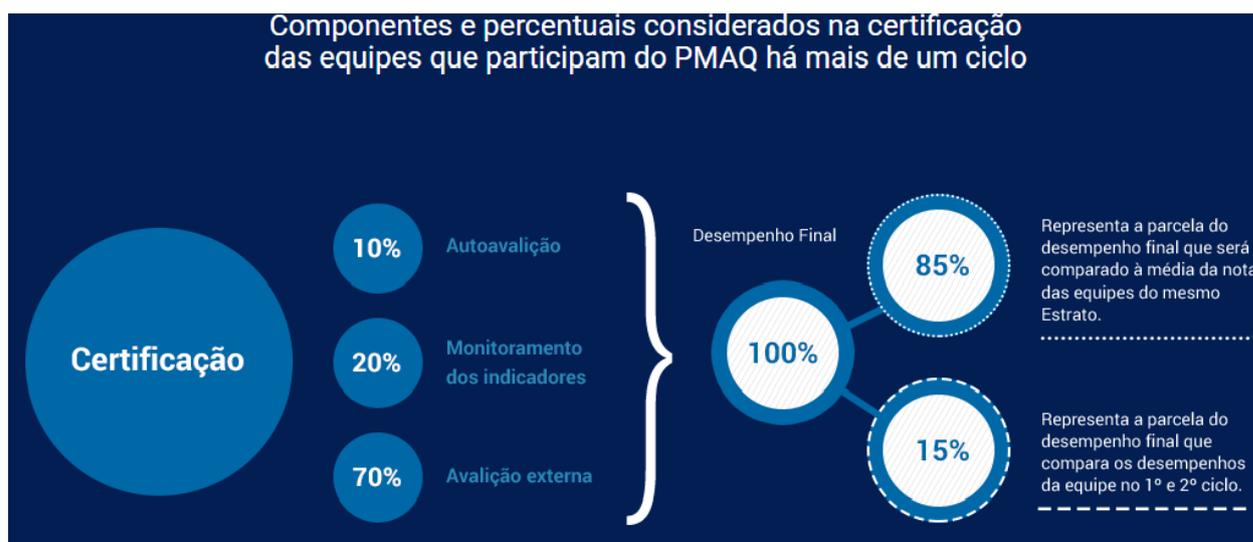
gestores, afim de desenvolver melhorias nas variáveis ações prestadas aos usuários do território de abrangência. (TEIXEIRA et al., 2014).

Segundo Albanes; Lobo e Bernardini (2012) 100% dos trabalhadores que participaram da avaliação externa, relatam que de alguma forma o PMAQ-AB pode facilitar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços, devido a constatação que muitas das ações propostas já foram trabalhadas em oficinas e se encontram atualmente acopladas dentro do processo de trabalho. Uma vez que mudanças já são identificadas no que se refere a qualidade de serviços prestados, o que confirma o principal objetivo do PMAQ-AB, induzir a ampliação do acesso e promover a melhora na qualidade da AB.

O PMAQ, ao disponibilizar diversas situações a serem transformadas e analisadas em cada cenário, não tem seu objetivo caracterizado por qualquer tipo de mudança, se firmando na valorização de diretrizes que contemplam ações e resultados almejados em cada situação problema, ainda que contemple amplo campo para singularidades em cada contexto coletivo priorizadas e definidas em seu local. (PINTO; SOUSA; NUNES, 2014).

A certificação das equipes é estruturada em 3 eixos, conforme descrito na figura 1:

**Figura 1 – O processo de certificação do PMAQ-AB.**



Fonte: BRASIL (2015)

Conforme os dados do relatório descritivo do PMAQ, referente ao primeiro ciclo (2011/2012) e segundo ciclo (2013/2014) houve um aumento na adesão

nacional das equipes no segundo ciclo de avaliação, sendo que no município estudado ocorreu adesão total no primeiro e segundo ciclo.

A Atenção Básica do município foi avaliada como Acima da Média no 1º Ciclo e Muito Acima da Média no 2º Ciclo. Já a Equipe de Saúde Bucal se conceituou como Muito Acima da Média no 2º Ciclo.

Se comparada à avaliação realizada no estado do Rio de Janeiro por exemplo, observou-se que no que tange as cidades de interior percebeu-se baixas porcentagens em algumas Dimensões, inclusive a VI, caracterizando uma limitação da gestão e das Equipes Avaliadas, no que se refere ao planejamento, avaliação e monitoramento das ações primordiais aos processos de trabalho, que se remete não só ao fato de cumprir metas (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

A apresentação dos resultados está ilustrada na DIMENSÃO IV – que se intitula: Acesso e Qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho. Esta Dimensão está subdividida em 15 subdimensões que foram avaliadas através da entrevista com o profissional de nível superior, complementadas com as informações fornecidas pelo gestor. (BRASIL, 2016). (Quadro 1).

**Quadro 1- Resultado do 1º e 2º Ciclo das Subdimensões da Dimensão IV.**

<b>Subdimensão</b>	<b>1º Ciclo</b>	<b>2º Ciclo</b>
População de Referência da Equipe de Atenção Básica	Acima da média	Acima da média
Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	Acima da média	Mediano ou abaixo da média
Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	Mediano ou abaixo da média	Acima da média
Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde	Acima da média	Acima da Média
Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	Mediano ou abaixo da média	Muito Acima da média
Acolhimento a Demanda Espontânea	Mediano ou abaixo da média	Muito Acima da média
Saúde da Mulher e da Criança	Muito Acima da média	Acima da Média
Saúde Mental	Acima da média	Acima da média
Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	Acima da média	Muito Acima da média
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	Muito Acima da média	Acima da média
Promoção da Saúde	Muito Acima da	Acima da Média

	média	
Participação do Usuário e Controle Social	Muito Acima da média	Acima da Média
Programa Saúde na Escola	Acima da média	Muito Acima da média
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	Muito Acima da média	Muito Acima da média
Práticas Integrativas e Complementares	Mediano ou abaixo da Média	Muito Acima da média

Fonte: Scariot e Ditterich (2016)

Na Subdimensão população de referência da Equipe na Atenção Básica, observa-se que o estado de Santa Catarina obteve um número maior em relação ao país, num total de 42,5 %, sendo que a equipe do Município atingiu Acima da Média, com 100% de cobertura. No que se refere ao Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica, houve uma queda na avaliação da equipe para mediano ou abaixo da média sendo que os municípios do extrato se destacaram em relação ao estado e país, com um percentual de 52,01%.

No que se refere a cobertura populacional, identificou-se que onde o território e população é definido, a ESF se identifica mais próxima do proposto pela Avaliação no PMAQ (LOPES; SCHERER; COSTA, 2015).

Na Subdimensão, Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica. A equipe progrediu no 2º ciclo para acima da Média, e o estado apresentou um melhor desempenho em relação ao país.

A organização da agenda é primordial para mapear a logística da rotina da equipe, contemplando atendimentos de demanda programada e espontânea e promover a conscientização da importância multidisciplinar e profissional na resolução de cada caso situação (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Na análise da Subdimensão Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde, no 1º e 2º Ciclo a equipe obteve o resultado Acima da Média, onde observa-se no comparativo das 3 esferas menos da metade das equipes obtiveram resultado positivo, onde o máximo está no Estado com 38,23%.

Quando avaliada em relação a Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade, no 1º e 2º Ciclo a equipe obteve o resultado Muito Acima da Média, se destacando e mostrando-se resolutiva em relação ao contexto geral, onde o estado obteve 24,37% em média. No que diz respeito ao Acolhimento a Demanda

Espontânea, a Equipe avançou do conceito de Mediano ou abaixo da Média para Muito Acima da Média.

Quanto a Subdimensão da Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Mental, em avaliação no 2º Ciclo a equipe apresentou um desempenho de Muito Acima da Média, demonstrando um desempenho de destaque em relação ao contexto geral do extrato, estado e país, sendo que todos não apresentaram uma porcentagem maior que 30 %.

Referente a Subdimensão: Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase). Neste item obteve o conceito Acima da Média, sendo que o estado teve um índice de 36,86%. Quando avaliada no item Visita Domiciliar (VD) e Cuidado Realizado no Domicílio, no 1º Ciclo obteve Mediano ou Abaixo da Média e no 2º Muito Acima da Média, pode-se observar o baixo índice nas 3 esferas, atribuído a rotatividade e ausência de tempo e profissional médico.

A organização da agenda para realização de visitas domiciliares é vista como prioridade em mais de 90 % dos municípios, sendo que constitui uma ação de operacionalização de uma política de assistência à saúde, proporcionando atendimento longitudinal, integral, acesso e interação entre equipe/profissional e família/usuário (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Certamente, a VD é uma importante estratégia de intervenção, uma vez que a ida do profissional de saúde ao domicílio, muitas vezes, representa uma nova forma de atuação: perde-se a proteção das paredes do consultório, obrigando-o a entrar em contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividades, conhecer o território e sua dinâmica e, ao mesmo tempo, maior compreensão dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado (REIS, 2007 apud MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015 p.1037).

Nas Subdimensões Promoção da Saúde e Participação do Usuário e Controle Social, no 2º ciclo classificou-se como Muito Acima da Média, demonstrando que a equipe desenvolve atividades de promoção e envolve a comunidade na participação do Usuário e Controle Social.

Um dos objetivos do Programa é incentivar a Controle Social, responsabilizando o usuário pelo progresso na qualidade dos serviços e melhora das condições (ALBANES; LOBO; BERNARDINI, 2012). Na prática destaca-se a importância e ao mesmo tempo, prevalece o distanciamento dos indivíduos das decisões sobre os serviços de saúde, como por exemplo a falta de participação nas

reuniões do Conselho de Saúde, sendo de suma importância esta construção de saberes entre trabalhadores, usuários e gestores com objetivo de construir um serviço de qualidade (ALBANES; LOBO; BERNARDINI, 2012).

Na subdimensão População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas, a Equipe tem em seu território apenas área rural, em uma grande extensão de terra e encontra dificuldades com relação a disponibilidade de carro, obtendo classificação Mediano ou abaixo da média no 2º ciclo.

Quando analisado ao que se refere ao Programa Saúde na Escola, a equipe obteve no 1º ciclo Acima da Média e no 2º Muito Acima da Média, considerando que no estado e país o percentual ficou abaixo de 16 %, o que reflete a baixa adesão ao programa e sua efetivação e desenvolvimento nas escolas. Já em relação as Práticas Integrativas e Complementares, no 2º ciclo classificou-se como Mediano ou abaixo da média, reflexo este da pouca divulgação deste segmento que vem para mudar o cenário na saúde pública.

É importante destacar a necessidade de mais avaliações e estudos neste novo segmento dentro da Atenção Básica, o PMAQ-AB, é inovador mais ao mesmo tempo foi apresentado em algumas equipes de forma impositiva. De acordo com as diretrizes do programa, o seu sucesso depende dos atores envolvidos e motivados. Diferente da Equipe analisada em outros casos os profissionais relatam não receber preparação e nem terem escolhido espontaneamente participar deste processo de implantação. No caso estudado todos os envolvidos recebem um termo de Compromisso individual de Adesão ao Programa (LOPES; SCHERER; COSTA, 2015).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gestão Municipal é responsável por implementar e avaliar a organização do trabalho de sua equipe, constatou-se que os profissionais da equipe recebem apoio para o planejamento das ações do processo de trabalho, afirmando receber informações para embasamento sobre a situação de saúde através de relatórios, além de realizar monitoramento dos indicadores, sendo organizado todo o processo de trabalho com base nos padrões do PMAQ.

Os resultados demonstram que ao avaliar a Coordenação do cuidado na rede,

identificou-se que há necessidade de capacitar e ampliar os atendimentos da equipe através de educação permanente continuamente, e através do matriciamento e estudo de casos pelo NASF, a equipe avançou implantando o Sistema de Informação do E-SUS depois de ter sido avaliada, o que irá contribuir para melhor coordenação do cliente na rede, através do prontuário Eletrônico compartilhado com toda a equipe. É necessário aprimorar e aumentar o escopo de atendimentos de emergência, para garantia de acesso e ampliação dos serviços.

O acolhimento é uma ferramenta de escuta qualificada, sendo fundamental que ocorra mediante demanda espontânea, conforme a avaliação, os resultados demonstraram que a equipe realiza acolhimento a demanda espontânea durante o funcionamento da unidade em ambos os períodos, durante todos os dias da semana com reserva de vagas para estes atendimentos. Constatou-se que os profissionais da equipe foram capacitados para classificação de risco destes clientes que chegam a UBS sem consulta agendada. Observando-se que não há um local específico, privado para realização desta escuta, afim de garantir privacidade dos usuários.

A agenda dos profissionais deve prever ações definidas prioritárias dentro do território, visando ampliar o acesso aos serviços, sendo ações coletivas e individuais, dentro e fora da Unidade, como visitas domiciliares, atividades comunitárias, consultas para cuidado continuado, grupos de educação em saúde e acolhimento as demandas espontâneas. Constatou-se que a agenda de profissionais desta equipe está contemplando todas estas atividades, sendo que não ocorre reserva de horários para esclarecer dúvidas após realização de consulta e nem para explanar evolução do caso/ usuário. E constatou-se ainda que a equipe realiza reserva para mostrar resultados de exames e renovar receitas. Segundo Ducan et al (2013), para cuidado continuado a condições crônicas como, diabetes, hipertensão, tuberculose, puericultura, asma e pré-natal, deve-se dispor de 60 % a 70 % das consultas, sendo que o 40% a 30% destinam-se a reserva para as demandas espontâneas. (CURITIBA et al BRASIL, 2015). Outras experiências como o Acesso Avançado, estabelecem que 65% a 75% da agenda de atendimento médico seja reservada para as demandas que surgem no dia e as demais para retorno ou seguimento.

A Equipe realiza agendamento de consulta em qualquer dia da semana ou horário, sendo a forma mais adequada, mas com filas para pegar senhas, o que limita o acesso aos usuários, por um número de senhas, sendo que muitos chegam

antes do horário para garantir vaga, o que gera um desconforto e não estabelece vínculo além de dificultar o cuidado continuado. As visitas domiciliares são realizadas e contempladas na agenda da equipe conforme consulta no banco de dados do SIAB, mas no momento de avaliação do 2º Ciclo constatou-se a baixa adesão aos protocolos e cadernos de diretrizes de atendimento continuado.

Durante a realização deste trabalho percebeu-se a dificuldade de encontrar referenciais teóricos relacionados ao tema, sendo fundamental o aprofundamento deste seguimento na atenção primária a saúde. Pois tem se revelado pioneiro e divisor de águas, uma vez que haja engajamento dos atores envolvidos no contexto.

## REFERÊNCIAS

ALBANES, Helton Carlos; LOBO, Eduardo; BERNARDINI, Isadora de Souza. **O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NOS CENTROS DE SAÚDE.** Coleção gestão da Saúde Pública – Vol. 4. Florianópolis, p. 83 – 103, 2012.

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; LYRA, Tereza Maciel; FARIAS, Sidney Feitoza; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; MARTELLI, Petrônio José de Lima. **ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA EM PERNAMBUCO.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p. 182-194, out. 2014.

BRASIL, **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html) Acesso em: 17 de maio de 2016.

BRASIL, **Relatórios Analíticos.** Departamento de Atenção Básica, 2015. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaqV2/sistema/certificacao> Acesso em: 11 de novembro de 2015.

BRASIL, **Relatórios Descritivos.** Departamento de Atenção Básica, 2015. Disponível em: BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica PMAQ – AB. Relatórios – 2º Ciclo.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php> Acesso em: 04 de jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654 de 19 de Julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica**

**Variável – PAB Variável.** Diário Oficial da União, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl654-19-07-2011.html>. Acesso em 15 de jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, 30 de dez. 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 14 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica. (PMAQ – AB): documento síntese para avaliação externa.** Brasília, DF: ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Cadernos de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / 2º ed.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2014.

COIMBRA, Liberata Campos; PEREIRA, Antonia Cristiane Souza;. **COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MARANHÃO.** Universidade Federal do Maranhão, São Luis – Maranhão, 2008.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSES, S J. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, p. 113-22, 2012.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SEIDL, Helena; GAGNO, Juliana. **A Posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ – AB.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p. 13 – 33, out 2014. <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaqV2/sistema/certificacao> Acesso em: 08 de novembro de 2015.

LOPES, Estela Auxiliadora Almeida; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; COSTA, Ana Maria. **O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E A ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO.** Tempus, Brasília, p. 237-250, jun, 2015.

MEDRADO, Josiane Ribeiro Silva; CASANOVA, Angela Oliveira; OLIVEIRA, Cátia Cristina Martins de; **Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB.** Saúde em Debate, p. 1033-1043, out-dez.2015.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves; FERLA, Alcindo Antônio. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p. 358-372, out. 2014.

PONTE ALTA DO NORTE. Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte. **Informações do Município,** 2013. Disponível em:

<http://www.pmpan.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/21489#.VYGmUfIViko>. Acesso em: 02 de jun. 2015

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; SILVA, Polyana Barbosa da; LIMA, Edmilson Calixto de Lima; GOMES, Luciano Bezerra; MACHADO, Liliane dos Santos; VALENÇA, Ana Maria Godim. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p. 209-220, out. 2014.

RODRIGUES, Valéria; SANTOS, Cleber Ronald Inácio dos; PEREIRA, Mariana Uchoa. **A Experiência de Planejar e operacionalizar o PMAQ –AB no Estado do Acre**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.38, p. 173 -181, out. 2014.

TEIXEIRA, Mirna Barros; CASANOVA, Angela; OLIVEIRA, Catia Cristina Martins de; ENSTROM, Elyne Montenegro; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. **Avaliação das práticas de promoção da Saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, p. 52 – 68, out 2014.

#### **AGRADECIMENTOS:**

Deixo aqui meu sincero agradecimento pelo apoio para realizar este estudo, a Secretaria Municipal de Saúde, Maria Salete Lourenço.

Agradeço também a minha família, pelo apoio e cuidado com o meu pequeno Joaquim, durante está jornada.

Em especial gostaria de agradecer ao meu orientador, pelo tempo dedicado ao meu estudo, por ser compreensivo e paciente.

Muito Obrigada Professor Rafael Gomes Ditterich.