UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI

CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANDERSON FEITOSA GONÇALVES

**INDICADORES DE desempenho DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:**

**uma análise dos resultados de uma equipe de saúde da família no biênio 2012-2013**

PICOS – PIAUÍ

2014

ANDERSON FEITOSA GONÇALVES

**INDICADORES DE desempenho DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:**

**uma análise dos resultados de uma equipe de saúde da família no biênio 2012-2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do titulo em bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Mailson Fontes Carvalho.

PICOS-PIAUÍ

2014

ANDERSON FEITOSA GONÇALVES

**INDICADORES DE desempenho DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:**

**Uma análise dos resultados de uma equipe de saúde da família no biênio 2012-2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do titulo em bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof. Esp. Mailson Fontes de Carvalho (Orientador)

Universidade Federal do Piauí – UFPI- CSHNB

Presidente da banca

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof.Ms. Fernando José Guedes da Silva Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI- CSHNB

1º Examinador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfo. Eduardo Carvalho de Souza

Secretaria Municipal de Saúde de Ipiranga do Piauí

2º Examinador

Dedico este trabalho aos meus pais, Francisco de Assis Gonçalves e Maria Francisca Feitosa Gonçalves, que me ensinaram, com todo amor e dedicação, a persistir na busca de vitórias diante da vida, tendo como princípio, o respeito ao próximo.

**Agradecimentos**

Aos meus pais, **Francisco de Assis Gonçalves e Maria Francisca Feitosa Gonçalves**, pela formação que me deram oexemplo e presenças constantes de incentivo em mais uma conquista na minha vida.

À minha avó **Martina** (*in memorian*), que sempre foi para mim como uma segunda mãe, me incentivando a não desistir em tudo e sempre me aconselhando e me defendendo.

As minhas queridas irmãs **Alessandra e Andreia,** pelo carinho, incentivo, força e ajuda.

Ao professor **Mailson Fontes Carvalho,** a quem admiro por sua competência intelectual e humana; generosidade e paciência; pelas oportunidades compartilhadas e os ensinamentos recebidos.

Aos meus amigos e parentes**,** pela disponibilidade e companheirismo em todos os momentos e por estarem sempre ao meu lado, me apoiando em todas as horas.

Aos colegas do curso, em especial ao Fagner , Jéssica Denise, Ítalo Bruno, Karoana e Thiago, pelas experiências compartilhadas e o convívio duranteesta caminhada.

E principalmente a**Deus**por estar sempre me iluminando, abençoando, protegendo... Sem ele, nada em minha vida seria possível.

*Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos supera-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser humildes, recatados e despidos de orgulho.*

*(Dalai Lama)*

**RESUMO**

A Atenção Primária à Saúde, considerada como primeiro nível do sistema de serviços de saúde, é concebida como o modo de organizar e fazer funcionar a “porta de entrada” do sistema de saúde orientada para satisfazer as demandas da população nos problemas mais comuns de saúde. O objetivo do estudo foi analisar os indicadores de desempenho de uma equipe de saúde da família do município de Picos-Piauí. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo estudo de caso. Os dados utilizados para o cálculo dos indicadores caracterizam-se como secundários e são provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), adquiridos por meio de fichas, formulários e relatórios utilizados cotidianamente no processo de trabalho das equipes. Os dados encontrados foram transportados para o *Software Excel* (*Microsoft Office* 2010), em queforam tabulados e inseridos nos cálculos referentes aos indicadores, individualmente. Diante da natureza individualizada deste estudo, os resultados são apresentados em tabelas, de acordo com as áreas estratégicas constantes no Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os resultados apontam que houve melhoria na maioria dos indicadores de desempenho avaliados. Conclui-se que este estudo contribui para o fortalecimento da Atenção Básica no país à medida que apresenta resultados pertinentes ao planejamento e organização das ações para alcance de resultados esperados para cada indicador.

**Palavras-chave:**Atenção Básica; Avaliação de Desempenho Profissional; Saúde da Família.

**ABSTRACT**

The Primary Health Care, regarded as the first level of the health services system is conceived as how to organize and run the "front door" of the health-oriented system to meet the demands of the population in the most common health problems. The aim of the study was to analyze the performance indicators of a team of health of the municipality of Picos - Piauí family. This is a quantitative study of a case study. The data used to calculate the indicators are characterized as secondary and are derived from the Sistema de Informação da AtençãoBásica( SIAB) , acquired through records , forms and reports used in daily work process of the teams , including SSA2 , PMA2, PMA2- C and record A. the data were transported to the Excel software (Microsoft Office 2010), which were tabulated and included in the calculations for the indicators individually . Given the individualized nature of this study, the results are presented in tables, according to the strategic areas listed in the Instructional Manual PMAQ. The results showed that there was improvement in most indicators of performance reviews is concluded that this study contributes to the strengthening of primary care in the country as it provides pertinent to the planning and organization of activities to reach expected results for each indicator results.

**Keywords**: Primary Care; Evaluation of Professional Performance; Family Health.

**LISTA DE TABELAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabela 1 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área saúde da mulher da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014.  | 25 |
| **Tabela 2 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área saúde da criançada ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014. | 27 |
| **Tabela 3 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área Controle do diabético e do hipertenso da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014. | 29 |
| **Tabela4 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área saúde bucal da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014. | 30 |
| **Tabela 5 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área Produção Geral da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014. | 31 |

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AB** Atenção Básica

**ABS** Atenção Básica em Saúde

**ACS** Agente Comunitário de Saúde

**AMQ** Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade

**APS** Atenção Primária à Saúde

**CONASEMS**Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CONASS** Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**ESF** Estratégia Saúde da Família

**MS** Ministério da Saúde

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**PMAQ** Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**PNAB** Política Na­cional de Atenção Básica

**PROESF** Programa de expansão da Estratégia saúde da família

**PSF** Programa de Saúde da Família

**SIAB** Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** Sistema Único de Saúde

**UBS** Unidade Básica de Saúde

**SUMÁRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **INTRODUÇÃO**........................................................................................................... | 11 |
| **2** | **OBJETIVOS**................................................................................................................ | 13 |
| **2.1** | **Geral**............................................................................................................................ | 13 |
| **2.2** | **Específicos**................................................................................................................... | 13 |
| **3** | **REVISÃO DE LITERATURA**................................................................................ | 14 |
| **4** | **METODOLOGIA**...................................................................................................... | 23 |
| **4.1** | **Tipo de Estudo**............................................................................................................ | 23 |
| **4.2** | **Definição da unidade caso**.......................................................................................... | 23 |
| **4.4** | **Coleta de Dados**........................................................................................................... | 24 |
| **4.5** | **Análise e apresentação dos Dados**............................................................................. | 24 |
| **4.6** | **Aspectos Éticos e Legais**............................................................................................ | 24 |
| **5** | **RESULTADOS E DISCUSSÃO**............................................................................... | 25 |
| **6** | **CONSIDERAÇÕES FINAIS**................................................................................... | 33 |
|  | **REFERÊNCIAS**......................................................................................................... | 34 |
|  | **ANEXOS**..................................................................................................................... | 37 |

**1 INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) considerada como primeiro nível do sistema de serviços de saúde é concebida por Mendes (2002) e Takeda (2004) como o modo de organizar e fazer funcionar a “porta de entrada” do sistema, com ênfase na função resolutiva, minimizando custos econômicos e orientada para satisfazer as demandas da população nos problemas mais comuns de saúde. No Brasil, a APS está organizada em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi denominada de Atenção Básica (AB).

Considerada também como uma estratégia de organização do sistema de saúde, a Atenção Básica apresenta-se como uma forma de recombinar, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população. Para operacionalizar o alcance deste objetivo, o Governo Federal lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que a partir de 1996 começou a romper com o conceito de programa reforçando a ideia de Estratégia de Saúde da Família (ESF) por reconhecê-la como marco histórico e determinante na reorientação das ações de atenção básica à saúde no país (CORBO; MOROSINI, 2005).

Em 2006, com o lançamento da Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde reafirmou a ESF como modelo estruturante do SUS, ancorando-se em princípios ligados a ações de uma equipe composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua a uma população adscritade, no máximo, 4000 pessoas (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) a APS considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Nesse âmbito, o modelo assistencial primário trabalha com promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo que nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela ESF e uma cobertura populacional por outros modelos de APS que pode variar entre 20% e 40%, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção primária tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do SUS.

Nesse sentido, o MS propôs várias iniciativas centradas na qualificação da APS entre elas a Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), Programa de expansão da Estratégia saúde da família (PROESF) e mais recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 efoi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil (BRASIL, 2011).

Objetivando induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, o PMAQ busca a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2011).

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes.

A implantação do PMAQ pode trazer benefícios para a qualidade da assistência diante da realização do ciclo de melhoria da qualidade, que inclui processos de autoavaliação, desenvolvimento de atividades e ações e reavaliação/repactuação.Contudo, por tratar-se de um programa lançado recentemente, muitos profissionais desencadeiam o processo como apenas de qualificação ou mesmo sem buscar o alcance de metas estabelecidas, fugindo do itinerário do programa.

As fases do PMAQ, a saber: Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização, formam o ciclo de melhoria do acesso e qualidade proposto pelo programa. Para este estudo, destacaremos a fase de desenvolvimento do programa, na dimensão *monitoramento*, buscando analisar os resultados dos indicadores das Equipes de Atenção Básica do município de Picos-Piauí.

**2 OBJETIVOS**

**2.1 Geral:**

Analisar o desempenho de uma Equipe de Saúde da Família do município de Picos-Piauí a partir de indicadores utilizados em avaliação pelo Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica.

**2.2 Específicos:**

* Conhecer melhor os indicadores de desempenho da atenção básica propostos pelo PMAQ-AB;
* Comparar o resultado dos indicadores de desempenho da atenção básica de uma equipe de saúde da família referentes ao biênio 2012-2013;
* Descrever o resultado dos indicadores contextualizando-os com indicadores regionais e nacionais;

**3REVISÃO DE LITERATURA**

**3.1 Atenção Básica no Brasil**

Apresentada mundialmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde, a APS visa atender, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44). Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS e convencionado no Brasil como AB. Neste estudo, os dois termos serão entendidos como similares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, definiu APS como atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (CAMARGO JÚNIOR *et al*., 2008).

Caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a respon­sabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Para Giovanella (2008), a atenção primária à saúde figura como estratégia fundamental para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população, exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui para a melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema.

Nos estudos acerca da organização da APS, Starfield (2004) definiu princípios ou atributos constitutivos, a saber: acesso (primeiro contato), longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária, sejam obedecidos e respeitados. Segundo ela, esses atributos são necessários para a garantia de padrões de qualidade da APS.

Assim, o nível primário de atenção à saúde deve ser desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

A estruturação serviços a partir das necessidades da população implica naimplementação de abordagens que viabilizem a compreensão de como os problemas de saúde se manifestam na comunidade (SARFIELD, 2007).

Nesta perspectiva a atuação dos profissionais não deve restringir-se apenas à Unidade Básica de Saúde (UBS). É necessário que ocorra também nos domicílios e demais espaços comunitários, permitindo aos trabalhadores de saúde maior contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade, de forma a contribuir para as ações de saúde efetivas e adaptadas às desigualdades dos grupos sociais e diferentes demandas em saúde (CANESQUI e SPINELLI, 2006; CARNEIRO JUNIOR, 2006).

No Brasil, a AB tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, conforme definido na Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2011 (CAMARGO JÚNIOR *etal*., 2008).

Neste contexto, o MS coordena ações voltadas ao aprimoramento da atenção básica em todo o país, incentivando os gestores locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)por meio das equipes de AB de Saúde. Esso novo modelo de atenção foca-se na melhoria da qualidade e do acesso aos serviços públicos de saúde(NOVAES, 2000).

Considerada pelo MS como ponto de partida para a reorganização do SUS, a ESF vem se expandindo em grande velocidade desde 1993 e atualmente beneficia 95,2% dos municípios brasileiros, com mais de 33.000 equipes implantadas (BRASIL, 2012), tendo como meta a prevenção das doenças, a promoção, a recuperação e a manutenção da saúde, promovendo atividades em território definido e propiciando tanto o enfrentamento quanto a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997; PEDROSA & TELES, 2001; PAIM,2003;CANESQUI& SPINELLI, 2006).

Especificamente quanto à ESF, compete às suas equipes a manutenção do cadastramento atualizado das famílias e indivíduos e utilizar os dados para análise da situação de saúde; definir com precisão seu território de atuação; programar e implementar atividades segundo critérios de risco à saúde, promover a prática do cuidado familiar ampliado através do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias; propiciar o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; desenvolver ações intersetoriais; valorizar diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva; estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e, acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas(MARTINS, 2009).

Contudo, apenas a implantação do PSF não garante a mudança do modelo assistencial proposta pelo SUS e a efetividade das ações de saúde. É necessário que ocorram também alterações dos processos de trabalho, de gestão, de formação e qualificação dos profissionais que atuam nas UBS (COTTA, 2006; REIS *et al*., 2007). Entretanto, a compreensão e avaliação deste processo devem considerar as imensas desigualdades sociais, regionais e intra-regionais da realidade brasileira (TEIXEIRA, 2002; BODSTEIN, 2006).

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos para ajustar as estratégias previstas na PNAB na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2012).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB no Brasil. Assim, o MS passa a considerar o PSF, não mais como programa e sim como estratégia prioritária para a reorganização da APS no país. A ESF representa para o SUS, uma oportunidade de expandir o acesso à APS para a população, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar a regionalização pactuada entre os municípios, e de coordenar a integralidade. (BRASIL, 2006).

Entretanto, devido à preocupação com a qualidade da assistência e com a garantia da integralidade e considerando a necessidade de adequação das normas que regulamentavam a AB no Brasil, o MS lançou, em 2011, a nova PNAB, onde surgem novos formatos de equipes e de incentivos financeiros, inclusive vinculados a um novo mecanismo de avaliação da qualidade: o PMAQ.

* 1. **O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**

Proposto pelo MS no âmbito da nova PNAB, o PMAQ, surge em 2011 como estratégia para alcançar a melhoria do modelo na AB.

O PMAQ–AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi resultado do processo de negociação e pactuação entre as três esferas de gestão do SUS: O MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo CONASEMS e CONASS (BRASIL, 2011a).

Assim, o programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2012).

 Procura ainda incentivar a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população(BRASIL,2012; NORMAN, 2012).

Dentre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para qualificação da atenção, destacam-se a precariedade da rede física; a ambiência pouco acolhedora das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação do trabalho das equipes; a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais; a insipiência dos processos de gestão; a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico; a baixa integralidade e resolutividade das práticas e o financiamento insuficiente e inadequado (BRASIL, 2011).

Segundo Pinto (2012), o PMAQ-AB busca estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo de trabalho cotidiano, onde estimula, por exemplo, a implantação do acolhimento, a constituição de uma agenda de trabalho compartilhada por todos os membros da equipe, o desenvolvimento de ferramentas de gestão do cuidado, uma dinâmica cotidiana de planejamento e avaliação, entre outros dispositivos de qualificação do processo de trabalho.

No PMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (CAMPOS, 2005).

Nesse âmbito o monitoramento e avaliação da AB proposto pelo programa está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que realizarem sua adesão. O incentivo de qualidade é variável e depen­dente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Esse incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ (BRASIL, 2012b).

 A organização do PMAQ divide-se em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo continuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização(BRASIL, 2012).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012).

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esta fase está organizada em quatro dimensões: Auto-avaliação; Monitoramento, foco deste estudo; Educação Permanente; e Apoio Institucional (BRASIL, 2012).

A terceira fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa (BRASIL, 2012).

E, finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2012).

Assim, as equipes de Atenção Básica são certificadas conforme seu desempenho, considerando três dimensões: implementação de processos autoavaliativos, verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (BRASIL, 2011).

Cumpre destacar que, no ciclo de melhoria da qualidade proposto pelo PMAQ-AB, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho (BRASIL, 2011, p. 29).

**3.3 Indicadores do pmaq**

Considerando os diversos focos estratégicos da AB (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando uma sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo, o Manual Instrutivo do Programa apresenta quarenta e sete indicadores divididos entre indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento (BRASIL, 2011).

Nesse âmbito, o processo de monitoramento dos indicadores estabelecido pelo PMAQ busca:

I - Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes de AB e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

II - Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;

III - Promover o aprendizado institucional, ao permitir a identificação e priorização de desafios para melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV - Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e

V - Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucesso, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios (BRASIL, 2011, p. 29).

Os indicadores da Atenção Básica são apresentados a seguir de acordo com as áreas estratégicas estabelecidas:

**Quadro 1 -** Indicadores da Atenção Básica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Área** | **Tipo** | **Indicador** |
| **Saúde da Mulher** | Desempenho | Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica. |
| Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada. |
| Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. |
| Proporção de gestantes com pré-natal no mês. |
| Proporção de gestantes com vacina em dia |
| Razão entre exames citopatológicos do colo do útero |
| Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares. |
| **Saúde da Criança** | Desempenho | Média de atendimentos de puericultura |
| Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo |
| Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia |
| Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas |
| Média de consultas médicas para menores de 1 ano |
|  Média de consultas médicas para menores de 5 anos |
| Monitoramento | Proporção de crianças com baixo peso ao nascer |
| Proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas no domicílio |
| Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).  |
| **Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica** | Desempenho | Proporção de diabéticos cadastrados |
| Proporção de hipertensos cadastrados |
| Média de atendimentos por diabético |
| Média de atendimentos por hipertenso |
| Monitoramento | Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio  |
| Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio |
| **Saúde Bucal** | Desempenho | Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada |
| Cobertura de primeira consulta odontológica programática  |
| Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante  |
| Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas |
| Monitoramento | Média de instalações de próteses dentárias |
| Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante |
| Taxa de incidência de alterações da mucosa oral |
| **Produção Geral** | Desempenho | Média de consultas médicas por habitante |
| Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado |
| Proporção de consultas médicas de demanda agendada |
| Proporção de consulta médica de demanda imediata |
| Monitoramento | Proporção de consultas médicas de urgência com observação |
| Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência. |
| Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado |
| Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar |
| Média de exames solicitados por consulta médica básica |
| Média de atendimentos de enfermeiro |
|  Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada |
| Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família |
| **Vigilância - Tuberculose e Hanseníase** | Monitoramento | Média de atendimentos de tuberculose |
| Média de atendimentos de hanseníase |
| **Saúde Mental** | Monitoramento | Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas |
| Proporção de atendimentos de usuário de álcool |
| Proporção de atendimentos de usuário de drogas |
| Taxa de prevalência de alcoolismo |

**Fonte:** Manual Instrutivo PMAQ, 2011.

Assim, ressalta-se a importância do monitoramento e análise dos indicadores no âmbito do PMAQ. Para que o monitoramento pudesse ocorrer de maneira uniforme, o PMAQ disponibilizou no Manual Instrutivo, as Fichas de Qualificação dos Indicadores, onde apresenta todos os indicadores contextualizados, sua base de cálculo, periodicidade e ações que promovem a melhoria de cada indicador. Estas Fichas foram encaminhadas aos municípios para que apresentassem as equipes e construíssem os indicadores de cada equipe individualmente.

Portanto os processos de monitoramento devem, além de ser baseados em informações que designem os aspectos fundamentais e reais do trabalho, implicar em discussões e reformulações, distanciando-se de interpretações que levem a punições, mas aproximando-se de processos de aprimoramento e aperfeiçoamento do trabalho (BRASIL, 2004).

**4METODOLOGIA**

**4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Creswell (2007), estudos quantitativos são aqueles em que o investigador usa primariamente alegações pós-positivas para desenvolvimento de conhecimentos, como o raciocínio de causa e efeito redução de variáveis específicas, hipóteses e questões, além de empregar estratégias deinvestigação que consiste em experimentos, levantamentos e coleta de dados e osinstrumentos predeterminados que geram dados estatísticos.

Este estudo de caso apresenta-se como estratégia de investigação do tipo estudo de caso único, tendo em vista a análise extensiva do objeto e considerando o fato de investigar o desempenho de uma única equipe de saúde da família. Segundo Gil (2010) este tipo não aceita um roteiro rígido para a sua delimitação, mas é possível definir quatro fases que mostram o seu delineamento: delimitação da unidade-caso; coleta de dados; seleção, análise e interpretação dos dados; elaboração do relatório.

**4.2 Definição da unidade caso**

Optou-se por investigar uma equipe de saúde da família do município de Picos-PI, que atendesse aos seguintes critérios:

- equipe com adesão ao PMAQ-AB no primeiro (2011/2012) e segundo (2013) ciclo do programa;

- equipe certificada com padrão “ótimo” no primeiro ciclo do PMAQ.

- equipe com manutenção regular de dados no SIAB.

Os referidos critérios foram escolhidos levando em conta que o objetivo deste trabalho também foi de auxiliar a equipe investigada no monitoramento de seus resultados, visto que essa é uma das estratégias de desenvolvimento do PMAQ-AB. Assim, a equipe que atendeu os critérios foi a Equipe de Saúde da Família do Bairro Aerolândia. A ESF Aerolândia é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 cirurgiã-dentista, 02 técnicas de enfermagem, 01 recepcionista e 4 agentes comunitários de saúde. Tem população adscrita formada por 2603 habitantes (2013), divididos em 04microáreas.

.

**4.3 Coleta de dados**

Os dados para a análise dos indicadores foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Picos, mediante ofício de solicitação de dados referente às Equipes de Saúde da Família. Os dados necessários para o cálculo dos indicadores caracterizam-se como secundários e são provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), adquiridos através de fichas e formulários utilizados cotidianamente no processo de trabalho das equipes, entre elas SSA2, PMA2, PMA2-C e ficha A.

**4.4 Análise e apresentação dos dados**

Os dados encontrados foram transportados para o *Software Excel* (Microsoft Office 2010), onde foram tabulados e inseridos nos cálculos referentes aos indicadores, individualmente.

A seguir, diante das séries temporais de cada indicador em questão, foram elaborados tabelas para apresentar os resultados que, ao final do tratamento dos dados, foram analisados utilizando como base a literatura existente na área relacionada.

**4.5 Aspectos Éticos e Legais**

Por ser uma pesquisa com material de livre acesso em bases de dados virtuais, destacamos a dispensa de solicitação de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa ou dos autores dos estudos. Contudo, ressaltamos a observância aos princípios éticos na realização de pesquisas e a apresentação da Carta de Anuência da Equipe de Saúde da Família Participante (Anexo A).

**5RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diante da natureza individualizada deste estudo, os resultados estão apresentados a seguir em tabelas, de acordo com as áreas estratégicas constantes no Manual Instrutivo PMAQ.

A tabela 1 apresenta os resultados dos indicadores de desempenho da área saúde da mulher da ESF Aerolândia. Pode-se perceber que a proporção de gestantes cadastradas no ano de 2012 foi de 54%, aumentando para 59% em 2013. Este resultado está acima do valor da média nacional que aponta uma captação média de 43% das gestantes no cadastramento das equipes da Saúde da Família (BRASIL, 2011).

**Tabela 1 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área saúde da mulher da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.0** | **Saúde da mulher** | **2012** | **2013** |
| 1.1 | Proporção de gestantes cadastradas | 54% | 59% |
| 1.2 | Média de atendimentos de pré-natal por gestante | 10,48 | 19,91 |
| 1.3 | Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre | 76% | 83% |
| 1.4 | Proporção de Gestantes com o pré-natal no mês | 100% | 100% |
| 1.5 | Proporção de gestantes com vacina em dia | 100% | 100% |
| 1.6 | Razão entre exames citopatológicos do colo do útero | 0,10 | 0,13 |

Já a média de atendimentos de pré-natal por gestante foi de 10,48 em 2012, aumentando em 2013 para 19,91 atendimentos. Gomes e Cesar (2013) encontraram em estudo similar este percentual em torno de 9,7, com desvio padrão de 5,0. Estes números estão também superiores a média brasileira, já que dados extraídos de uma base limpa do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontam, em 2010, uma média de 7 atendimentos/gestante(BRASIL, 2011). Isso é importantíssimo porque o início do pré-natal no primeiro trimestre e a regularidade das consultas são condições essenciais para o alcance de um número satisfatório de atendimentos com qualidade.

Segundo o manual de pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a atenção pré-natal deve ter uma média de 7 atendimentos durante a gestação (pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), além da consulta de puerpério. Porém esse número é controverso, visto que segundo a OMS, o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis), porém mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos.

O indicador de desempenho Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre foi de 76% em 2012, progredindo para 83% em 2013, um valor superior ao encontrado por Gomes e Cesar (2013) ao investigar uma UBS na capital do Rio Grande do Sul que demonstraram que nesta 78,4% das gestantes haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre. Já Costa et al. (2013) em estudo realizado em Goiânia identificou este percentual de apenas 54%. O resultado deste indicador neste estudo, ainda se comparado a média nacional encontrava-seabaixo da média no ano de 2012 e, em 2013, superou a mesma, porque através de dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), em média, 79% das gestantes acompanhadas pelos Agentes comunitários de Saúde (ACS) teriam começado o pré-natal no 1º trimestre(BRASIL, 2011).

Também é possível constatar que os indicadores Proporção de gestantes com o pré-natal no mês e Proporção de gestantes com vacina em dia tiveram o mesmo percentual nos anos 2012 e 2013, atingindo 100%. Ambos estão acima da média nacional pois de acordo Brasil (2011), resultados extraídos de uma base limpa do SIAB, apontam que em 2010 cerca de 90% das gestantes acompanhadas pelos ACS estariam com o pré-natal em dia e que 93% estariam com a vacinação em dia.

Quanto a Razão entre exames citopatológicos do colo do útero e mulheres em idade preconizada (25 a 64 anos) foi de 0,10 em 2012 e de 0,13 em 2013, constatando assim uma melhora nesse indicador que tem a finalidade de expressar a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) em relação à população feminina com 15 anos ou mais em determinado local e período(BRASIL, 2011). Ressalte-se que esse indicador está inserido no âmbito dos indicadores do SISPACTO (BRASIL, 2012), no objetivo que trata sobre fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero. Segundo o Manual Instrutivo (BRASIL, 2012a), a meta estabelecida para o ano de 2012 no Brasil foi de 0,75, valor muito acima do alcançado pela equipe ou mesmo pelo estado do Piauí (0,45) ou mesmo entre as equipes avaliadas pelo PMAQ em todo o Brasil em 2012 (0,35) (BRASIL, 2012b).

**Tabela 2 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área saúde da criançada ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.0** | **Saúde da criança** | **2012** | **2013** |
| 2.1 | Média de Atendimentos de Puericultura | 1,51 | 2,00 |
| 2.2 | Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo | 92% | 61% |
| 2.3 | Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia | 100% | 99% |
| 2.4 | Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas | 100% | 97% |
| 2.5 | Média de consultas médicas para menores de 1 ano | 0,16 | 0,08 |
| 2.6 | Média de consultas médicas para menores de 5 anos | 1,36 | 1,17 |

A tabela 2 apresenta os resultados dos indicadores de desempenho da área saúde da criança. Pode-se perceber que a média de atendimentos de puericultura aumentou de 1,51 em 2012 para 2,0 em 2013. Considerando o número de atendimentos de puericultura preconizados para menores de 1 ano (7 / ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2 / ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças nessa faixa etária seria de 4,5 / criança / ano(BRASIL, 2011). No estado do Piauí, a média de atendimentos de puericultura chegou a 7,6, valor muito superior ao encontrado nesta equipe (BRASIL, 2012b).

Em seguida, vemos que a Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo caiu de 92% para 61% nos anos 2012 e 2013, respectivamente. De acordo com os resultados regionais obtidos de uma base limpa do SIAB (2010), em média 76% das crianças acompanhadas pelos ACS nessa faixa etária estariam em aleitamento materno exclusivo(BRASIL, 2011), portanto, a ESF da aerolândia está acima da média nacional.

Gauterino, Irala e Cezar-Vaz (2012) em seu estudo acerca da puericultura apontem que no tocante à variável aleitamento materno exclusivo, este se manteve até o sétimo mês de vida de algumas crianças, apresentando percentual maior no terceiro(38,4%) e menor no sétimo mês de vida (3,1%). Dada a importância do aleitamento materno na determinação do processo saúde-doença de crianças, Augusto e Souza (2007) afirma nos resultados de seu estudo que o crescimento nos primeiros seis meses de vida é determinado por diversos fatores e que o aleitamento materno exclusivo dos três aos seis meses confere crescimento adequado.

Já a Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia também está acima da média nacional porque, dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010), apontam que, 97% das crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS estariam com a vacinação em dia( BRASIL, 2011). No ano de 2012, a ESF da aerolândia atingiu os 100%, caindo para 99% no ano seguinte, mas mesmo assim continuou com ótimos percentuais. Esses valores estão acima do preconizado para o ano de 2012 pelo SISPACTO (BRASIL, 2012a), que estabeleceu a meta em um valor ≥ 95%.

O indicador Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas no ano de 2012 foi de 100%, diminuindo para 97% no ano posterior, e em comparação com a média nacional foi superior tendo em vista que Brasil (2011) aponta que mais de 90% das crianças acompanhadas na Saúde da Família teriam sido pesadas em 2010.

No ano de 2012, a Média de consultas médicas para menores de 1 ano foi de 0,16, e em 2013, diminuiu para 0,08. No Brasil a média é de 2,8 consultas Méd./Crianças, ou seja, encontra-se um pouco abaixo em relação ao indicador do país inteiro. Esse indicador considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e demanda agendada, permitindo uma análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas. Ele permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança.

E a média de consultas médicas para menores de 5 anos foi de 1,36 em 2012, diminuindo para 1,17 em 2013. Segundo o anexo do Manual Instrutivo do PMAQ, dados extraídos de uma base limpa do SIAB (2010) demonstram que a média de consultas médicas por criança nessa faixa etária estaria em 1,7, o que demonstra que a equipe ainda apresenta resultados abaixo da média nacional para este indicador.

Na tabela 3, a seguir estão apresentados os resultados dos indicadores de desempenho da área Controle do diabético e do hipertenso da ESF Aerolândia. Pode-se notar que a proporção de diabéticos cadastrados no ano de 2012 foi de 103%, aumentando em 2013 para 122%. Este resultado está acima do valor da média nacional, já que os resultados conseguidos através de uma base de dados do SIAB, 52% dos diabéticos estimados estariam cadastrados pelas equipes da Saúde da Família. A importância do diagnóstico populacional para controle dessa doença se justifica amplamente, pois além da sua prevalência estar aumentando, o diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares(BRASIL, 2011).

**Tabela 3 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área Controle do diabético e do hipertenso da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.0** | **Controle do diabético e do hipertenso** | **2012** | **2013** |
| 3.1 | Proporção de diabéticos cadastrados | 103% | 122% |
| 3.2 | Proporção de hipertensos cadastrados | 97% | 113% |
| 3.3 | Média de atendimentos por diabético | 6,89 | 3,27 |
| 3.4 | Média de atendimentos por hipertenso | 3,75 | 2,07 |

O indicador de desempenho Proporção de hipertensos cadastrados teve um percentual de 97% em 2012, aumentando para 113% em 2013. Esses números foram superior a média nacional, porque o SIAB diz que 63% dos hipertensos estimados estariam cadastrados nas equipes da Saúde da Família(BRASIL, 2011). A importância do diagnóstico populacional para controle da hipertensão se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Já a Média de atendimentos por diabético teve uma variação de 6,89 em 2012 para 3,27 em 2013, constatando uma queda nos números da ESF. De acordo com os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para diabéticos seria suficiente para uma média de 4,5 atendimentos por diabético e, segundo parâmetros de programação preconizados pelo MS (Brasil, 2006), espera-se que pelo menos 65% dos diabéticos estimados sejam acompanhados pelas equipes de AB (BRASIL, 2011).

Em seguida, pode-se perceber que a Média de atendimentos por hipertenso no ano de 2012 foi de 3,75, diminuindo para 2,07 em 2013. Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para hipertensos seria suficiente para uma média de 3,5 consultas por hipertenso cadastrado na Saúde da Família e, segundo parâmetros de programação preconizados pelo MS (Brasil, 2006), espera-se que pelo menos 80% dos hipertensos estimados sejam acompanhados pelas equipes de AB (BRASIL, 2011).

A tabela 4 apresenta os resultados dos indicadores de desempenho da área saúde bucal. Vale ressaltar que os indicadores de saúde bucal não foram levados em consideração na certificação realizada pelo PMAQ para o ano de 2012. Ainda assim, os resultados aqui encontrados são relevantes diante das mudanças ocorridas na implantação de protocolos e novas formas de registro de atividades na atenção básica entre os anos investigados.

**Tabela4 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área saúde bucal da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.0** | **Saúde Bucal** | **2012** | **2013** |
| 4.1 | Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada | 66% | 28% |
| 4.2 | Cobertura de primeira consulta odontológica programática | 4% | 2% |
| 4.3 | Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante | 243% | 105% |
| 4.4 | Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas | 1,00 | 0,68 |

Pode-se notar que a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano de 2012 foi de 66%, diminuindo para 28% em 2013. Este resultado em 2012 estava acima da média nacional, já em 2013 estava abaixo da média porque segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos potencialmente seria suficiente para uma cobertura média nacional de 33%(BRASIL, 2011).

Na sequência, vemos que a cobertura de primeira consulta odontológica programática no ano de 2012 foi de 4%, diminuindo para 2% em 2013. Segundo dados do SIA-SUS, em 2010 a produção desses procedimentos daria uma cobertura média nacional de 17%(BRASIL, 2011), portanto, a ESF da aerolândia está muito abaixo da média nacional.

No tocante a cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante, a equipe alcançou excelentes percentuais apesar de cair de 243% em 2012 para 105% em 2013. Destaque-se que esse elevado percentual pode estar associado a inconsistências nos registros, visto que o indicador deveria circundar o percentual de 100%.

O indicador de desempenho Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas em 2012 foi de 1,00, diminuindo para 0,68 em 2013. Considerando a fórmula de cálculo desse indicador, temos duas possibilidades:

a) Resultado menor que 1(um): indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados.

b) Resultado maior que 1 (um): indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. Essa situação aponta para uma possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes(BRASIL, 2011), ou seja, em 2013 o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados.

**Tabela 5 –** Resultados dos indicadores de desempenho da área Produção Geral da ESF Aerolândia nos anos 2012 e 2013. Picos-PI, 2014.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.0** | **Produção geral** | **2012** | **2013** |
| 5.1 | Média de consultas médicas por habitante | 1,18 | 1,15 |
| 5.2 | Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado | 27% | 49% |
| 5.3 | Proporção de consultas médicas de demanda agendada | 41% | 71% |
| 5.4 | Proporção de consulta médica de demanda imediata | 19% | 33% |

A tabela 5 apresenta os resultados dos indicadores de desempenho da área Produção Geral. Pode-se perceber que a média de consultas médicas por habitante era de 1,18 em 2012, diminuindo para 1,15 em 2013. Este indicador reflete a média de consultas médicas realizadas por residente cadastrado da área de abrangência da equipe em determinado período e fornece uma estimativa da suficiência da oferta total de consultas médicas diante da demanda potencial da população cadastrada (BRASIL, 2011).

O indicador Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado teve um aumento de 27% em 2012 para 49% em 2013. Este indicador expõe a proporção de consultas médicas de cuidado continuado realizadas pela equipe de atenção básica em relação ao total de consultas médicas básicas e é muito importante porque o acompanhamento continuado constitui um dos principais atributos da atenção básica, promovendo o controle de situações de risco e complicações, a manutenção da saúde e a qualidade de vida da população da área adscrita(BRASIL, 2011).

Em seguida, pode-se perceber que a Proporção de consultas médicas de demanda agendada no ano de 2012 foi de 41%, aumentando em 2013 para 71%. Este indicador reflete a proporção de consultas médicas de demanda agendada realizadas nas unidades básicas de saúde em relação ao total de consultas médicas básicas, e o objetivo desse indicador é verificar a participação das consultas médicas de demanda agendada na oferta geral desses procedimentos médicos, analisando sua suficiência em relação ao esperado e sua relação com o atendimento continuado/programado, visando à integralidade do cuidado(BRASIL, 2011).

E para finalizar, pode-se observar que o indicador Proporção de consulta médica de demanda imediata foi de 19%, aumentando para 33% em 2013. Este indicador menciona a proporção de consultas médicas para o primeiro atendimento imediato ou de urgência em relação ao total de consultas médicas básicas e tem a finalidade de analisar o quanto as equipes funcionam como porta de entrada para o primeiro atendimento às urgências e, em alguma medida, sua disposição de acolhimento às urgências básicas; deve-se monitorar tanto a suficiência dessa oferta em relação ao esperado quanto a sua relação com os outros tipos de atendimento médico individual, visando à integralidade do cuidado(BRASIL, 2011).

**6CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste trabalho possibilitou conhecer e compreender como funciona o PMAQ e os benefícios que ele proporciona a ESF, bem como na melhoria da qualidade da assistência prestada e o acesso da população.

O estudo mostrou que a ESF da Aerolândiaobteve ótimos percentuais e melhoria nos indicadores em relação aos anos 2012 e 2013, ficando em alguns dos indicadores com percentuais maiores que os do país. Este fator pode ser explicativo, tendo em vista que trata-se de uma equipe com padrão de certificação ótimo no PMAQ.

As principais dificuldades encontradas para a realização da referida pesquisa estão relacionadas ao entendimento dos indicadores, a compreensão dos formulários e relatórios do SIAB e a consolidação dos indicadores, visto que são cálculos simples, mas que um mínimo erro pode comprometer o resultado do indicador.

Diante de tudo isso, cabe ressaltar a importância dos processos avaliativos entre as funções essenciais da Saúde Pública, representando um dos principais pilares para construção e fortalecimento das políticas de saúde.

Assim, o monitoramento realizado neste estudo pode contribuir para o fortalecimento desta equipe de saúde da família e da atenção básica municipal à medida que apresenta resultados precisos e interessantes para os entes envolvidos, a saber: gestão municipal, gestão da atenção básica e equipe de saúde, devendo induzir reflexões acerca dos necessários ajustes no planejamento e organização das ações para alcance de resultados esperados para cada indicador, bem como a participação de todos em processos de monitoramento e avaliação de indicadores das demais equipes de saúde da família do município de Picos – PI.

**REFERÊNCIAS**

AUGUSTO, R. A.; SOUZA, J. M. P. Crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**,  São Paulo,  v. 17, n. 2, ago.  2007.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,v.7, n.3, p. 401-412, 2006.

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 /Anexo**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas SISPACTO 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. p. 36. 1997.

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 648 de 5 de dezembro de 2006**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento do Departamento de Atenção Básica. Portal do Gestor. **Desempenho dos indicadores do PMAQ-AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>. Acesso em 12 de Fev. 2014.

\_\_\_\_\_\_\_. **Portaria 399 de 22 de Fevereiro de 2006**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2006.

BRASILEIRO, A. A. et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev Saúde Pública**. v.46, n.4, p.642-648, 2012.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. DE, CAMPOS, E. M. S., BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T., MASCARENHAS, M. T. M., MAUAD, N. M., FRANCO, T. B., … ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade, **Cad. saúde pública,** v. 24(supl. 1), p. 58–68, 2008.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. *5*(supl. 1), p. 63–9, 2005.

CANESQUI, A.M; SPINELLI, M.A.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil:perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Publica**2006;22(9):1881-92.

CARNEIRO J. N; ANDRADE, M.C; LUPPI, C.G; SILVEIRA, C. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social**. Saúde e Sociedade** 2006; 15(3):30-39.

CORBO, A. D’A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio empolíticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COSTA, C. S. C. *etal*. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.15, n. 2, p. 516-22, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE,

S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa

Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7-18. 2006.

gil, a.c. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2008.

Gomes R.M.T.; César J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **RevBrasMedFam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 80-9, 2013.

MARTINS, A. R; SILVEIRA, D. S; SOARES, M. C; Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos Modelos de atenção básica do sul e nordeste do brasil. **Pelotas**. v. 12, n. 21, p. 76-82, 2009.

MATTA, G. C. A.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em:12 de novembro de 2012.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará**, 2002.

NORMAN, A. H. Qualidade em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. *7*, n.23, 2012. Disponível em: http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/655

NOVAIS, H. M. D. (2000). Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev saúde pública**, *34*(5), 547–59.

PAIM, JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida FN.

In: Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86

PEDROSA, J.I.S; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da

Família. **Rev Saúde Pública**2001;35:303-11.

PINTO, H.A. Informe Técnico Institucional. O programa nacionaldemelhoriado acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, 2012.

REIS,M.A.S; FORTUNA,C.M; OLIVEIRA, C.T; DURANTE, M.C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 23, p. 655-66, 2007.

STARFIELD, B. Global Health, Equity, and Primary Care. **J Am Board Fam Med**, v. 20, n. 6, p. 511-13, 2007;

TAKEDA, S. M. P. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Bruce Bartholow D.; Maria I. S.; Elsa R. J. G. (Org.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre (RS):Artmed; 2004.

ANEXOS

**ANEXO A – Carta de Anuência**

****

**ANEXO B**

**RESULTADOS TABULADOS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA DA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO AEROLÂNDIA REFERENTE AO ANO 2013.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Num.** | **Fonte do num.** | **Denom.** | **Fonte do denom.** | **Resultado do indicador****2013** |
| **Saúde da mulher** |
| Proporção de gestantes cadastradas | 23 | SSA2 | 39 | SINASC + IBGE \* | **59%** |
| Média de atendimentos de pré-natal por gestante | 458 | PMA2 | 23 | SSA2 | **19,91** |
| Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre | 19 | SSA2 | 23 | SSA2 | **83%** |
| Proporção de Gestantes com o pré-natal no mês | 23 | SSA2 | 23 | SSA2 | **100%** |
| Proporção de gestantes com vacina em dia | 23 | SSA2 | 23 | SSA2 | **100%** |
| Razão entre exames citopatológicos do colo do útero | 150 | PMA2 | 1113 | FICHA A | **0,13** |
|   |   |   |   |   |  |
| **Saúde da criança** |
| Média de Atendimentos de Puericultura | 1349 | PMA2 | 891 | SSA2 | **1,51** |
| Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo | 11 | SSA2 | 12 | SSA2 | **92%** |
| Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia | 409 | SSA2 | 409 | SSA2 | **100%** |
| Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas | 891 | SSA2 | 891 | SSA2 | **100%** |
| Média de consultas médicas para menores de 1 ano | 64 | PMA2 | 409 | SSA2 | **0,16** |
| Média de consultas médicas para menores de 5 anos | 182 | PMA2 | 134 | FICHA A | **1,36** |
|   |   |   |   |   |  |
| **Controle do diabético e do hipertenso** |
| Proporção de diabéticos cadastrados | 72 | SSA2 | 59 | PNAD – 2008 e FICHA A | **122%** |
| Proporção de hipertensos cadastrados | 221 | SSA2 | 196 | PNAD – 2008 e FICHA A | **113%** |
| Média de atendimentos por diabético | 334 | PMA2 | 102 | SSA2 | **3,27** |
| Média de atendimentos por hipertenso | 959 | PMA2 | 463 | SSA2 | **2,07** |
|   |   |   |   |   |  |
| **Saúde Bucal** |
| Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada | 1727 | PMA2-C | 2601 | FICHA A | **66%** |
| Cobertura de primeira consulta odontológica programática | 105 | PMA2-C | 2601 | FICHA A | **4%** |
| Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante | 56 | PMA2-C | 23 | SSA2 | **243%** |
| Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas | 105 | PMA2-C | 105 | PMA2-C | **1,00** |
|   |   |   |   |   |  |
| **Produção geral** |
| Média de consultas médicas por habitante | 2990 | PMA2 | 2601 | FICHA A | **1,15** |
| Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado | 1453 | PMA2-C | 2990 | PMA2-C | **49%** |
| Proporção de consultas médicas de demanda agendada | 2134 | PMA2-C | 2990 | PMA2-C | **71%** |
| Proporção de consulta médica de demanda imediata | 993 | PMA2-C | 2990 | PMA2-C | **33%** |

\*Estimativa atribuída diante do percentual de famílias cadastradas, conforme Caderno de Ações Programáticas da UFPEL, 2012.

**ANEXO C**

**RESULTADOS TABULADOS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA DA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO AEROLÂNDIA REFERENTE AO ANO 2012.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   | **Num.** | **Fonte do num.** | **Denomi.** | **Fonte do denom.** | **Resultado do indicador****2012** |
| **1.0** | **Saúde da mulher** |
| 1.1 | Proporção de gestantes cadastradas | 21 | SSA2 | 39 | SINASC + IBGE \* | **54%** |
| 1.2 | Média de atendimentos de pré-natal por gestante | 220 | PMA2 | 21 | SSA2 | **10,48** |
| 1.3 | Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre | 16 | SSA2 | 21 | SSA2 | **76%** |
| 1.4 | Proporção de Gestantes com o pré-natal no mês | 21 | SSA2 | 21 | SSA2 | **100%** |
| 1.5 | Proporção de gestantes com vacina em dia | 21 | SSA2 | 21 | SSA2 | **100%** |
| 1.6 | Razão entre exames citopatológicos do colo do útero | 112 | PMA2 | 1082 | FICHA A | **0,10** |
|  |   |   |   |   |   |  |
| **2.0** | **Saúde da criança** |
| 2.1 | Média de Atendimentos de Puericultura | 1044 | PMA2 | 522 | SSA2 | **2,00** |
| 2.2 | Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo | 11 | SSA2 | 18 | SSA2 | **61%** |
| 2.3 | Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia | 592 | SSA2 | 597 | SSA2 | **99%** |
| 2.4 | Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas | 507 | SSA2 | 522 | SSA2 | **97%** |
| 2.5 | Média de consultas médicas para menores de 1 ano | 49 | PMA2 | 597 | SSA2 | **0,08** |
| 2.6 | Média de consultas médicas para menores de 5 anos | 185 | PMA2 | 158 | FICHA A | **1,17** |
|  |   |   |   |   |   |  |
| **3.0** | **Controle do diabético e do hipertenso** |
| 3.1 | Proporção de diabéticos cadastrados | 62 | SSA2 | 60 | PNAD - 2008 e FICHA A | **103%** |
| 3.2 | Proporção de hipertensos cadastrados | 191 | SSA2 | 197 | PNAD - 2008 e FICHA A | **97%** |
| 3.3 | Média de atendimentos por diabético | 703 | PMA2 | 102 | SSA2 | **6,89** |
| 3.4 | Média de atendimentos por hipertenso | 717 | PMA2 | 191 | SSA2 | **3,75** |
|  |   |   |   |   |   |  |
| **4.0** | **Saúde Bucal** |
| 4.1 | Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada | 731 | PMA2-C | 2580 | FICHA A | **28%** |
| 4.2 | Cobertura de primeira consulta odontológica programática | 40 | PMA2-C | 2580 | FICHA A | **2%** |
| 4.3 | Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante | 22 | PMA2-C | 21 | SSA2 | **105%** |
| 4.4 | Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas | 27 | PMA2-C | 40 | PMA2-C | **0,68** |
|  |   |   |   |   |   |  |
| **5.0** | **Produção geral** |
| 5.1 | Média de consultas médicas por habitante | 3042 | PMA2 | 2580 | FICHA A | **1,18** |
| 5.2 | Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado | 807 | PMA2-C | 3042 | PMA2-C | **27%** |
| 5.3 | Proporção de consultas médicas de demanda agendada | 1254 | PMA2-C | 3042 | PMA2-C | **41%** |
| 5.4 | Proporção de consulta médica de demanda imediata | 590 | PMA2-C | 3042 | PMA2-C | **19%** |

\*Estimativa atribuída diante do percentual de famílias cadastradas, conforme Caderno de Ações Programáticas da UFPEL, 2012.