

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

**SANDRAELANE KESS DA SILVA FERRO**

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO Á SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO**

**ARAPIRACA-AL**  
**2013**

**SANDRAELANE KESS DA SILVA FERRO**

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para à obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Tereza Angélica Lopes de Assis

**ARAPIRACA-AL**

**2013**

**SANDRAELANE KESS DA SILVA FERRO**

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO Á SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para à obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Tereza Angélica Lopes de Assis

Banca Examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Tereza Angélica Lopes de Assis- Orientadora

Prof<sup>o</sup>. Alisson Araujo

Aprovado em Belo Horizonte em : Fevereiro de 2014

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por sempre me guiar e por todas as experiências que ele me proporciona vivenciar. À minha Família, ao meu noivo, aos amigos, colegas de trabalho, pacientes que de maneira direta ou indireta contribuíram nessa trajetória, e que mesmo com minha ausência em momentos importantes nunca deixaram de estar ao meu lado. À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Tereza Angélica Lopes de Assis por me estimular e orientar com toda paciência e compreensão.

“Tudo posso naquele que me fortalece”...

(Filipenses 4:13)

“A ação nem sempre traz felicidade, mas não há felicidade sem ação”.

Benjamin Disraeli

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo propor a reorganização da assistência à saúde e melhorar a qualidade do serviço prestado à Unidade de Saúde Murici no Município de Taquarana em Alagoas. Onde toda a rotina de atendimentos encontra-se desorganizada, pautada apenas em demanda espontânea, filas enormes, sem a priorização do usuário de maior risco e prejudicando as atividades planejadas, não alcançando, pois, toda a população adscrita. Esse estudo de reorganização nesta Unidade de Saúde está orientado e firmado de acordo com os Princípios fundamentais definidos pela Estratégia de Saúde da Família, onde se contempla programas específicos, acompanhamentos domiciliares, triagem para os que necessitam de maior cuidado, atividades educativas, busca ativa de usuários, reuniões periódicas entre membros da própria Equipe de Saúde e com gestores para discussão das necessidades e melhorias. Essa reorganização do serviço para a melhoria da assistência à saúde se inspira ainda na Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da saúde, que visa um Sistema Único de Saúde mais acolhedor, mais ágil, que ofereça a todos o mesmo tratamento e com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que busca a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Planejamento em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Acolhimento.

## ABSTRACT

This study aims to reorganize health care and improve the quality of service will Murici Health Unit in the Municipality of Taquarana in Alagoas . Where all routine care is disorganized , based only on spontaneous demand , huge queues without prioritizing user riskier and harming the planned activities , not reaching therefore the entire population enrolled . This study of this reorganization Health Unit is guided and signed in accordance with the fundamental principles defined by the Family Health Strategy which includes specific programs , home monitoring, screening for those who need more care , educational activities , active search for users , regular meetings between members of own team of Health and with managers to discuss needs and improvements . This reorganization do service for the improvement of health care is still inspired by the National Humanization Policy, created by the Ministry of Health, which aims at a more agile, Health System cozier which offers everyone the same treatment and the National Program improving access and quality of Primary Care (PMAQ), which seeks to expand access and improve the quality of primary care.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Program; Public Policies; Health care Quality; Access; and Evaluation; User Embrace; (Termos do DECS)

## **SUMÁRIO**

**Nenhuma entrada de sumário foi encontrada.**

## **INTRODUÇÃO**

O Município de Taquarana está localizado no Agreste Alagoano, a uma distância da capital do estado de aproximadamente 111 km. Possui como limites territoriais os municípios de: Tanque Darca, Coité do Nóia, Belém, Igací e Limoeiro De Anadia. Encontra-se na Unidade Federativa Alagoas, Mesorregião do Agreste alagoano e Microrregião de Arapiraca (BRASIL, 2013). Esse Município teve seu território desmembrado de Limoeiro de Anadia no dia 24 de agosto de 1962, marcado por uma história que começou ainda em meados do século XVIII, partindo de uma fazenda de gado denominada de Cana Brava (Cana brava era uma planta característica da região que se encontrava as margens de um riacho que cortava o município), pertencente à família Correia Paes. Ao instalar a fazenda Canabrava - com a criação de gado e diversificadas lavouras em 1750, atraídos pelas belezas naturais do lugar e pela abundância de água, a família Correia Pais, proveniente do



Estado de Pernambuco, deu origem ao atual município de Taquarana, que até sua emancipação era conhecido por Canabrava dos Pais. A autonomia administrativa, porém, só veio em Agosto de 1962, através da Lei 2.465, que também alterou o nome da cidade de Cana Brava dos Paes para Taquarana. E por isso sua Emancipação Política é festejada todos os anos por seus moradores nessa respectiva data: 24 de Agosto de 1962 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

A população do município é de 19.029 habitantes, 7314 na área urbana e 11706 na área rural. Com relação ao Programa de Saúde da Família, apresenta oito equipes de saúde da família, sendo duas na área urbana e duas na área rural. Localizada na zona rural, a Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Murici conta com 547 famílias cadastradas, sendo 1753 a população adscrita de usuários ( SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Com relação ao diagnóstico situacional da área, discutido entre a equipe de saúde da família da Unidade de Saúde do Murici, muitas dificuldades foram encontradas, tanto estruturais como funcionais, estando enumerados abaixo:

1. A estrutura física das duas unidades de saúde, a sede e a de apoio encontram-se muito deficientes. Faltam salas para nebulizações, procedimentos, vacina, copa. Locais com pouca luz, sem ventilação, sem um mínimo de conforto, paredes sujas por dentro e por fora além de banheiros em condições inadequadas para o uso. Porém, foi colocado pelos gestores um planejamento de reforma nos prédios, tendo até uma visita pelos engenheiros. No momento, só nos resta aguardar para que seja colocada em prática a mudança proposta para a melhoria do ambiente de trabalho para, com isso, melhorar a assistência e o bem estar da comunidade e dos profissionais de saúde.

2. Desorganização do serviço, apresentando prejuízo na atenção à saúde. Não se está seguindo o preconizado pelo Programa de Saúde da Família, ou seja, o atendimento ocorre apenas na forma de demanda espontânea. Programas específicos como puericultura, HIPERDIA, Saúde da mulher, Saúde do idoso, Saúde do homem, Pré-nataleção sendo contemplados de forma fragmentada. Com isso se torna difícil traçar o perfil da população para direcionar a estratégia do atendimento.

3. Quantidade insuficiente de medicação para atender a demanda principalmente dos pacientes que apresentam DM, HAS e em Planejamento Familiar.
4. Ausência de três agentes comunitários de saúde, por motivos pessoais, há mais ou menos seis meses. E com isso algumas áreas ficam sem cobertura quebrando ou dificultando o elo de comunicação entre a equipe de saúde da família e essa população adscrita.
5. Não adesão ao tratamento regular da hipertensão arterial sistêmica.
6. Com Relação ao sistema de referência e contra referência deficiente, com acesso limitado e demora no atendimento ainda em planejamento pelos gestores, acrescentando ou mudando profissionais. Na última reunião a coordenadora comunicou que organizaria o serviço, discriminando as especialidades existentes e o número de atendimentos disponíveis para cada PSF.
- 7- Dificuldade na realização e marcação de exames complementares.
8. Dificuldade na coordenação do cuidado da saúde mental, pois a referência para psiquiatria demora até três meses para marcação. O Município não possui CAPS.
9. Dificuldade de trabalho entre com o NASF, pois tem atuado quase que de maneira independente da atenção primária a saúde, quando deveria ser o contrário.

Depois de discutido com a equipe, o principal problema encontrado na Unidade foi a desorganização do serviço, conforme citado no item dois. Até bem pouco a rotina de atendimento era baseada em demanda espontânea, onde os programas específicos como HIPERDIA, puericultura, saúde da mulher, do idoso, do homem, estavam presentes, porém de forma totalmente fragmentada sem um cronograma, e conseqüentemente sem um traçado do perfil da população. A proposta a ser implantada é que, após traçar esse perfil, o serviço deve ser estruturado com base nas demandas da população, para que a equipe possa fazer um planejamento e uma melhor identificação dos subgrupos que necessitam de uma maior atenção, com o intuito de proporcionar para as pessoas, com um maior risco de adoecimento, um direcionamento de atividades educativas voltada para a necessidade local (exercer a promoção e prevenção de agravos).

Diante do que foi exposto, foram identificados alguns “nós críticos” que são contribuintes e que agravam a situação: 1) Falta de atualização do número de usuários para o planejamento das atividades na Unidade de saúde de acordo com os programas específicos e a necessidade local, para um melhor planejamento e maior atenção em relação a usuários com maior risco de adoecimento; 2) Dificuldade no segmento e na coordenação do usuário; 3) Ausência de reuniões mensais entre a equipe de saúde da família e os gestores municipais para discussão dos problemas, mudanças e melhorias na Unidade, assim como avaliação e supervisão dos resultados das mudanças implementadas; 4) Falta de encontros regulares entre a equipe de saúde da família para discutir estratégias para resolução de problemas, como o alto fluxo de atendimentos, entre outros; 5) Ausência de três agentes comunitários de saúde, já por um período de mais ou menos seis meses (aguardando solução da Secretaria Municipal de Saúde), ficando áreas descobertas e com dificuldade de planejamento para a assistência. Prejuízo no agendamento de visitas domiciliares, atendimentos e acompanhamentos devido à dificuldade no acesso às residências; 6) Fluxo elevado de pessoas para atendimentos diários em regime de demanda espontânea como já foi relatado, que piora com a insistência de alguns usuários em levar medicamentos para seus familiares que estão em seu domicílio e não no posto, que entram na sala e solicitam atendimentos também para seus acompanhantes, onde não se tem agendamento de consulta para eles naquele dia. Apesar de muitos esclarecimentos da situação inadequada, ainda se tem muito a se fazer para o bom funcionamento da atenção e assistência à saúde; 7) Não atualização do número total de usuários e do número discriminado de clientes por microárea para uma melhor programação da assistência e dos atendimentos de acordo com as necessidades locais.

Ao se diagnosticar essas deficiências na organização do serviço e na assistência à saúde, houve o desejo de propor o Plano de intervenção.

## **JUSTIFICATIVA**

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, foi resultante da organização, no início dos anos 80, da luta de movimentos sociais, que contaram com a participação de profissionais da saúde e que tinham como objetivo a mudança do modelo de saúde vigente. Desde sua criação está pautado em princípios como: universalização do atendimento à saúde; integralidade do cuidado, considerando o indivíduo um ser integral inserido em um contexto social próprio; equidade, baseando-se na ideia de que todo cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme suas necessidades; participação social (OGATA *et al.*, 2009).

A Atenção Básica tem o Programa de Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para sua organização, assim como para reorientação do modelo assistencial de saúde. E nesse contexto um novo direcionamento está ajustado nos seguintes princípios: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3)

diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local. A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanentemente os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. A territorialização aponta para a relação precisa que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território (SOUZA & HAMANN, 2009).

Diante de tudo que foi exposto constatou-se um desvio na implementação dos reais conceitos do Programa Saúde da Família na Unidade de Saúde Murici, onde a desorganização do serviço torna prejudicial à rotina de atendimentos específicos, a demanda, a assistência à comunidade e as atividades planejadas. Alimentando sempre um ciclo de insatisfações pela população adscrita, que se queixa de elevado número de atendimentos diários, falta de visitas domiciliares, acompanhamentos. Pois, a forma que o serviço está estruturado com um fluxo elevado diário e desorganizado, sem prioridades, pautado apenas em demanda espontânea se torna insuficiente para suprir as necessidades locais. E a melhoria do serviço de saúde será visualizada quando for reestruturada e firmada de acordo com os Princípios fundamentais definidos pela Estratégia de Saúde da Família. A ação de saúde centrada na lógica da produção do cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (MATUMOTO, 2003).

Essa reorganização do serviço de saúde se torna complexa, pois o modelo de atenção à saúde voltada à comunidade é intrinsecamente complexo, em vista da complexidade em que se inserem os diferentes contextos sociais das diferentes populações assistidas, trabalhar com este modelo não é tarefa simples, pois exige olhar voltado para os grupos sociais específicos, através do rompimento dos antigos paradigmas dos serviços de saúde existentes no país (SOUZA & HAMANN, 2009).

Em uma atuação complementar, faz-se necessário uma supervisão constante para a avaliação das mudanças, dos resultados e das melhorias no processo de reestruturação do serviço da saúde e do modelo assistencial. Uma ação conjunta entre a Comunidade, a Gestão municipal de saúde e a própria Equipe de Saúde da Família. Um trabalho de autoanálise e sua autogestão, para uma melhora contínua

no desempenho dos trabalhadores, ou seja, trata-se de análise e intervenção institucional (BAREMBLITT, 1996). É imperativa uma proposta de reorganização no modelo assistencial vivenciado para melhorar a qualidade do serviço prestado a comunidade.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Propor um plano de intervenção para reorganização do serviço de assistência à saúde baseado nos Princípios da Estratégia de Saúde da Família.

### **Objetivos específicos**

-Estabelecer um plano de ação para reorganização do serviço de saúde.

-Implementar no serviço um Cronograma de atendimentos que englobe os programas específicos baseados nos princípios da Estratégia de Saúde da Família.

-Programar uma rotina de reuniões periódicas entre os membros da Equipe de Saúde da Família, entre a Equipe e Gestores e Comunidade.

-Propor uma atualização no número de usuários, com a discriminação dos acamados, hipertensos, diabéticos, crianças pequenas para a organização do cuidado.

## **MÉTODO**

O respectivo estudo incide na Unidade de Saúde Murici, Município de Taquarana, Alagoas. Transcorrerá como uma proposta de intervenção visando à reorganização do serviço de saúde local, no período de março de 2013 e março de 2014. A população estudada será a cadastrada e residente na área, onde atua a Unidade de saúde.

Foi realizado um levantamento bibliográfico baseado nos descritores “Atenção Básica em saúde”, “Estratégia de Saúde da Família”, “Atenção Primária em saúde”, “Modelos Assistenciais: Modelos, Sistemas e Redes de Atenção”, além de informações com os integrantes da Equipe de Saúde da Família, e dados na Secretaria Municipal de Saúde pelo Relatório de Anual Gestão, juntamente com texto disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora (Núcleo de Educação em

Saúde Coletiva, NESCON; Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG).

A partir desse referencial teórico, procedeu-se à sistematização das informações, permitindo, assim, a estruturação do plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES propõe quatro momentos: 1) *momento explicativo*: com a identificação e explicação dos problemas, bem como de suas causas; 2) *momento normativo*: definição de objetivos e resultados, além das estratégias para seu alcance; 3) *momento estratégico*: destaca a importância de analisar o projeto de intervenção juntamente com os recursos administrativos, econômicos e políticos disponíveis e/o necessários; 4) *momento tático-operacional*: programação de como será implementada as propostas, incluindo todos os envolvidos na execução e recursos utilizados (BRASIL, 2004; KLEBA *et al.*, 2011).

## REFERENCIAL TEÓRICO

Na Estratégia de Saúde da Família a assistência está organizada dentro de uma lógica com uma maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde de sua área de abrangência, prestando atenção continuada à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, da mulher, do adulto, dos idosos. Desse modo, é preconizada a assistência universal, ou seja, a todas as pessoas que vivem no seu território sobre sua responsabilidade, sendo esse território não apenas uma área geográfica bem delimitada, mas também um espaço social onde vive a população da sua área e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade



sofre influências de um processo historicamente construído (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A reorganização da atenção básica no enfoque da Estratégia de Saúde da Família modifica o caráter assistencialista dos serviços de saúde, que passam a atuar visando à promoção e prevenção em saúde, com base na família e nas atividades comunitárias. Diante de tudo que foi exposto na Unidade de Saúde Murici, constatou-se um desvio na implementação dos reais conceitos do Programa Saúde da Família, onde a desorganização do serviço torna prejudicial à assistência integral a saúde. A forma como o serviço está estruturado com um fluxo elevado diário de consultas, sem prioridades, pautado apenas em demanda espontânea e práticas curativas momentâneas se torna insuficiente para suprir as necessidades locais. Provocando prejuízos aos programas específicos e a prática da coordenação, da longitudinalidade e da acessibilidade da população adscrita.

Os profissionais que atuam na ESF apresentam atribuições específicas e também diversas responsabilidades em comum, como: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2006a).

Como proposta de uma nova relação entre usuários e profissionais de saúde, o Ministério da Saúde criou o Humaniza SUS, que é uma **Política Nacional de Humanização**, visando um Sistema Único de Saúde mais acolhedor, mais ágil, que reconheça e respeite a diversidade do povo, oferecendo a todos o mesmo tratamento, sem distinção de raça, cor, origem ou orientação sexual, construído com a participação de trabalhadores, gestores e usuários e, principalmente, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos (BRASIL, 2004).

Segundo a proposta do Ministério, com a implementação da Política Nacional de Humanização, serão trabalhadas quatro marcas específicas:

- 1- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com a ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- 2- Todo o usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;

- 3- As unidades de saúde garantirão as informações aos usuários, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha ) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- 4- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos seus trabalhadores.

Na Unidade de Saúde Murici a rotina se baseia em demanda espontânea, não se sabe ao certo o perfil dessa população, e com isso não se sabe as prioridades dos atendimentos e nem se trabalha com critério de risco. Observam-se na rotina as filas enormes, alguns usuários ficam sem atendimento pelo número elevado diário de consultas, ausência de busca ativa de usuários que raramente vão à Unidade de saúde, falha no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, falha nos programas de planejamento familiar, HIPERDIA. Um dos planos prioritários é traçar esse perfil, e conhecer o número real de hipertensos, diabéticos, crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, acamados da área de abrangência. Dessa maneira, haverá um melhor acompanhamento da saúde de todos, seja dentro da própria Unidade, ou mesmo numa busca ativa do usuário que não frequenta ou vai esporadicamente ao posto de saúde. Além de atividades educativas baseadas e direcionadas de acordo com a necessidade local.

É fator primordial a organização de um cronograma mensal de atendimentos, onde se deve englobar programas específicos como saúde da mulher/pré-natal, saúde da criança, HIPERDIA, saúde do homem, visitas domiciliares, palestras e atividades educativas, além da demanda espontânea e atendimentos de urgência.

Em paralelo a essa rotina se faz necessário reuniões periódicas entre os membros da Equipe de Saúde da Família, assim como entre a própria Equipe e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de discutir as melhorias e as dificuldades encontradas, inclusive deficiências na estrutura física do ambiente de trabalho e defeitos em aparelhos como tensiômetros, balanças, estetoscópios, sonar, entre outros, número insuficiente de impressos.

A população deverá ser esclarecida sobre as necessidades de mudanças, enfatizando a importância da organização do serviço para uma melhor assistência e qualidade da saúde. Entretanto, suas sugestões deverão ser ouvidas e avaliadas. A inserção do usuário como agente de transformação e avaliação apresenta-se como um indicador sensível de qualidade do serviço de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD,

2006). A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitira adequação do mesmo às suas expectativas. Desta forma, a avaliação do usuário sobre a prática do PSF apresenta grande relevância, uma vez que a comunidade é a razão da sua existência e deve ser capaz de avaliar e intervir de acordo com suas necessidades.

## 5.1 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse plano de intervenção visa um plano de ação para reorganização do serviço de saúde, como já relatado anteriormente, e que possa servir de orientação e discussão pela a equipe de saúde e pela comunidade para a melhoria do serviço prestado. E nesse plano toda a Equipe de Saúde da Família, médica, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde deverão ser mobilizados para as reuniões periódicas e discussão. Depois, reunião com a comunidade para esclarecimentos sobre as mudanças propostas na organização na unidade, além das sugestões e avaliações e se necessário, informação porta-a-porta, realizada pelos agentes comunitários de saúde, mas que pode se estender a qualquer membro da equipe. Somado a isso encontros com a Gestão Municipal de Saúde também programados para exposição periódica dos materiais necessários, e discussão das melhorias físicas e funcionais, para de forma satisfatória aprimorar a saúde nesta Unidade.

Com o objetivo de melhorar a atenção básica o governo criou o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. De acordo com o manual, ele é um Programa que procura induzir 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. 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 Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).

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.

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 Ministério da Saúde, 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 Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional).

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.

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.

Em fim, o Programa Nacional de Melhoria e do Acesso da Qualidade da Atenção Básica( PMAQ), veio para fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Estratégia de Saúde da Família a assistência está organizada para atender às necessidades de saúde de sua área de abrangência, prestando atenção continuada à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, da mulher, do adulto, dos idosos. De maneira a visar à promoção e a prevenção em saúde, com base na família e atividades comunitárias. Portanto, é imprescindível a reorganização do serviço para a melhoria da assistência, inicialmente com o traçado do perfil da população adscrita e planejamento das ações. Dessa maneira, haverá um melhor acompanhamento da saúde de todos, seja na Unidade ou mesmo numa busca ativa do usuário, que não frequenta ou vai esporadicamente ao posto de saúde. Porém, é fator primordial que todos os membros da Equipe de Saúde participem da reestruturação e do processo de mudança, que os encontros para discussão e planejamentos dentro da Equipe e entre Equipe, Gestores e Comunidade sejam regulares. Apenas dessa maneira todos poderão ter a chance ou a esperança de serem contemplados com uma saúde de melhor qualidade e maior acessibilidade.

## REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:**

Teoria e prática. 3.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** textos básicos. 20. Ed. Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS-Acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: Roteiros para Reflexão e Ação.** Brasília: Ministério da Saúde, Série C: Programas, Projetos e Relatórios. 2004. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Documento Técnico. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

BRASIL. Diretoria de Atenção Básica. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/apeesf.php>. Acesso em 08 de Junho de 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm1>. Acesso em 15 de Abril de 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, jun. 2006.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.



KLEBA M. E.; KRAUSER I. M.; VENDRUSCOLO C. O Planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 1, p. 184-93. 2011.

MATUMOTO S.; FORTUNA C. M.; MISHIMA S. M.; PEREIRA M. J. B.; DOMINGOS N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24. set.2004/fev.2005.

OGATA M. N.; MACHADO M. L. T.; CATOIA E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 820-9. 2009.

SOUSA M. F.; HAMANN E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335. 2009.

