

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIAS DE ACESSO DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ, NO MUNICÍPIO DE JOCA CLAUDINO : RELATO DE EXPERIÊNCIA

¹ Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá; ² Jordhanna Lopes dos Santos Duarte; ³ Edjane Leite Santos; ⁴ Alexsandra Layani Faustino de Andrade; ⁵ Maura Vanessa Silva Sobreira;

¹Enfermeira, Especialista em Processos Educacionais em Saúde pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – SP, Brasil. E-mail: amélia_haroldo@hotmail.com, ²Enfermeira, Especialista em saúde coletiva pela FSM Cajazeiras PB, E-mail jordhannalopes@gmail.com ³ Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC - SP, Especialista em Processos Educacionais em Saúde pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – SP, Brasil. E-mail: edjane_leite@hotmail.com, ⁴Enfermeira, Especialista em Processos Educacionais em Saúde pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – SP, Brasil. E-mail: lalinhaenf@hotmail.com, ⁵Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia - SP, Mestre em Enfermagem – UFRN, Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN e Docente Da Faculdade santa Maria – Cajazeiras – PB ,Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

Resumo: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi editado, em 19 de julho de 2011 pela Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) e surgiu com o objetivo de criar um ciclo contínuo de crescimento do acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários, para alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. O PMAQ vai envolver cada equipe, gestores municipais, estaduais e federais em compromissos interfederativos, além dos usuários, enquanto aliados na busca de uma saúde mais resolutiva. O presente artigo teve como objetivo avaliar o processo de sua implantação a partir da descrição de dados sobre a adesão dos municípios e das equipes de atenção básica. O artigo revela como o PMAQ se insere e se relaciona com o conjunto de estratégias prioritárias definidas pela Política Nacional de Atenção Básica e com outros movimentos mais amplos de reorientação do modo como se organiza o Sistema Único de Saúde. Foi realizado no Município de Joca Claudino – PB. De acordo com o relato o PMAQ foi de grande relevância no cumprimento das atividades preconizadas pelo SUS na atenção básica e contribuiu no desenvolvimento de boas práticas que garantiram a qualidade de acesso e a melhoria na assistência.

Palavras-Chave: Acesso, Atenção Básica; Qualidade.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. O caminho da reconstrução só foi possível a partir de um processo que agregou atores políticos diversos nos municípios, nos estados e na federação. Contudo desses agentes envolvidos, pudemos contar com a participação de membros da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde. Antes de se chegar à nova PNAB, com as atenções voltadas para os princípios e diretrizes alinhavadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a Secretaria de Atenção a Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica apresentou, na Comissão Intergestores Tripartite, o desenho da nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão serviu como estratégia complementar para facilitar a implantação da PNAB e a regulamentação da Atenção Básica. As discussões para alcançar o formato final da PNAB se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família. Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica em saúde por ser considerada uma porta de entrada e responsável pelo atendimento continuado de uma determinada população, possuindo a melhor condição de contextualizar o problema de saúde e identificar os diversos determinantes que contribuem por sua manifestação. Acrescenta ainda que a variedade de problemas de saúde da Atenção Básica é muito maior do que em qualquer outro nível de atenção, sendo ainda mais ampla a variedade de todos os tipos de intervenção. Cabe ainda ressaltar que o modelo de Atenção Básica a saúde possui

interpretações diferenciadas, onde para muitos é um programa para populações empobrecidas e de baixa renda, outros o tem como modelo de organização a saúde.No âmbito do SUS a denominação adotada para o modelo de atenção a saúde que incorpora a abordagem da atenção primária a saúde é a Atenção Básica. Esta designação essencialmente brasileira foi formulada no intuito de “construir uma identidade institucional própria capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção fragmentada e biologicista”. (STARFIEL,D 2002)

A ESF surge no cenário brasileiro como um importante indutor de mudanças no modelo assistencial, conforme a Portaria 648/2006 que institui a Política Nacional da Atenção Básica. Ondecaracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Desde a sua criação a ESF vem consolidando alguns eixos do sistema único de saúde, através desse movimento a expansão de cobertura populacional as ações de saúde, como o Pacto pela Vida e a política nacional de Atenção Básica vieram para contribuir com o fortalecimento da saúde da família no âmbito do SUS.

O processo de consolidação do SUS estabelece como desafio aos municípios a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários; para tanto faz se necessário monitorar e avaliar ações programadas/pactuadas. O monitoramento é compreendido como supervisão continua de uma atividade, com o intuito de verificar se os procedimentos estão sendo seguidos de acordo com o que foi programado. Avaliação é um processo dinâmico de conhecer, acompanhar e verificar os resultados visando tomada de decisão numa perspectiva educativa com base em instrumentos, parâmetros e metas. (BRASIL, 2017)

O monitoramento e a avaliação são entendidos como parte integrante do processo de planejamento/gestão e norteadores dos processos de mudança. Destaca-se a importância do processo de construção coletiva e do entendimento do momento de monitoramento e avaliação enquanto espaço de reflexão da equipe a respeito do processo e da qualidade do seu trabalho. Tal momento permite a identificação das necessidades de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho da equipe, tendo como referencial as necessidades de saúde de sua população. Possibilita ainda, o desenvolvimento de uma proposta de educação permanente que

responda às necessidades identificadas visando ofertar uma atenção relevante e de qualidade. Institucionalizar a prática do monitoramento e da avaliação tem sido um dos grandes desafios para equipes de saúde (gestão e atenção) ao longo dos anos, visando adotar estas práticas “como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos” No SUS, é crescente a necessidade e o interesse que a avaliação de políticas, programas e serviços de saúde vem ganhando. Este interesse é justificado por mudanças nos procedimentos legais e administrativos, a complexificação do perfil epidemiológico e demográfico no Brasil, que exige novas formas de pensar políticas, programas e serviços de saúde, bem como a necessidade de controlar os gastos em saúde (FRIAS, FIGUEIRÓ e NAVARRO, 2010).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) busca induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das esferas de gestões, além das equipes de Atenção Básica (AB), em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, garantindo um padrão de qualidade que permitirá maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em todo o Brasil (BRASIL, 2012a).

A Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB). Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. Além disso, é um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (BRASIL, 2011c)..

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (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 (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. (BRASIL, 2012a).

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões (Auto avaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional). Segundo o Ministério da saúde a auto avaliação é o ponto de partida, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas e formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2012b).

A terceira fase consiste na avaliação externa, momento em que será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Esta fase contará com apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa. A quarta fase é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores 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 programa (BRASIL, 2011).

OBJETIVO

Discorrer sobre a implantação da melhoria de qualidade do acesso a atenção básica no município de Joca Claudino - PB.

METODOLOGIA

Trata se de um relato de experiência vivenciada pela equipe de saúde da família, na análise da implantação e desenvolvimento do PMAQ no município de Joca Claudino, realizado no período de julho de 2012 a janeiro de 2013.

O presente estudo foi desenvolvido na estratégia de saúde da família no Município de Joca Claudino que fica situada no sertão semiárido do Estado da Paraíba, distante 530 km da capital João Pessoa, apresenta uma temperatura média anual entre 23°C e 30°C e a vegetação predominante é a caatinga.

O município de Joca Claudino possui população estimada em 2.615 habitantes, dos quais 72% localizam-se na zona rural e 28% na urbana. A assistência à saúde do município tem sido praticada através de 01 (uma) Unidade de Saúde da Família localizada na sede e 03 (três) Postos de Saúde na zona rural com assistência ambulatorial básica. No tocante a atenção básica a assistência se dá por meio de 01 (uma) Equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal, seis Agentes Comunitários de Saúde e 01 (uma) Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em consórcio com os municípios de Uiraúna, Bernardino Batista e Poço Dantas. No que diz respeito ao PMAQ a adesão aconteceu em outubro de 2011 sendo assim realizado o cadastro de uma ESF e SB envolvidas no Programa.

A presente pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois não foram utilizadas pessoas como público alvo, e sim, dadas constantes durante a implantação do PMAQ.

RELATO DO CASO

Trata-se de um relato de experiência, o qual foi vivenciado durante o processo de adesão e implementação do Programa de Melhorias do Acesso a Qualidade na Atenção Básica– PMAQ/AB na cidade de Joca Claudino – PB.

O PMAQ se insere e se relaciona com as estratégias definidas pela Política Nacional de Atenção Básica, todavia entende-se que a função primordial do PMAQ/AB é de estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, na qual o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde passem a ser incorporados à cultura dos serviços, fortalecendo a reorganização da Atenção Básica nos Municípios. Destaca-se ainda que o PMAQ, segundo Pinto, Koerner e Florencio (2012), responde justamente pelo componente do novo financiamento da Atenção Básica que leva em conta a contratualização de compromissos, o monitoramento de indicadores e o alcance de resultados.

Pensar em pactuação de indicadores e metas para atenção básica é visualizar a sua relevância a partir dos resultados obtidos como forma de instrumentalização e de apoio para o desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde. Esse mecanismo possibilita uma maior autonomia para a gestão municipal, superando a lógica do financiamento por procedimento, criando também a

necessidade da institucionalização de outras formas de acompanhamento e avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Brasil, 2008).

Em se tratando do município de Joca Claudino – PB, a implantação e implementação do PMAQ/AB não foi diferente. A primeira fase parte do princípio de caráter voluntário da adesão o qual foi associado a idéias de qualificação do serviço e mudanças de práticas envolvendo a atenção básica. A formalização da proposta foi exposta em reuniões promovidas pela Comissão Intergestores Regional (CIR), e os gestores tiveram tempo para “amadurecer” a idéia de aderir ou não ao programa, uma vez que os trabalhadores, gestores e usuários são os atores centrais para o êxito do programa; e assim foi feito. A proposta de adesão ao PMAQ foi exposta em reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS), analisada e aprovada pelos conselheiros que entenderam que seria mais um avanço para a saúde dos municípios.

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de operação fundamentada nas ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica e gestão municipal baseada em quatro dimensões: auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, analisada a partir de um instrumento AMAQ o qual foi proposto pelo Ministério da Saúde. Para operar foi necessário pactuar e um dos pontos ora pactuados no momento da adesão foram os indicadores de monitoramento e desempenho, os quais foram divididos por áreas estratégicas e possuíram grande relevância político-epidemiológico junto a equipe de atenção básica e os usuários do serviço nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, controle de hipertensão e diabetes, vigilância de tuberculose e hanseníase e outros. Nesta fase foram desenvolvidas oficinas de qualificação nas quais os participantes expuseram todas as facilidades e dificuldades ora encontradas para que as ações pactuadas fossem desenvolvidas de forma exitosa. Dessa forma houve articulação dos trabalhadores da atenção básica municipal, gestão e usuários os quais buscaram novas formas de agir/pensar/fazer junto aos processos de trabalho no âmbito da estratégia de saúde da família (ESF). Nesta fase além das oficinas de qualificação das equipes, o município também adquiriu material permanente e insumos para o desenvolvimento adequado das ações pactuadas, tendo o acesso e a qualidade da atenção básica como propósitos de emancipação dos sujeitos e garantia da consolidação dos princípios do SUS.

A terceira fase foi o momento da avaliação externa, na qual foi realizado um levantamento de informações sobre as condições de acessos e da qualidade dos serviços ofertados pela equipe de atenção básica municipal. A equipe foi avaliada levando em consideração a satisfação dos usuários,

a organização do processo de trabalho, a estrutura física da UBS, assim como o funcionamento da mesma; também foram avaliados elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento das ações da atenção básica municipal. Para tal avaliação o município recebeu a visita de uma equipe do Ministério da Saúde que se subdividiu para avaliar os pontos sugeridos pelo instrumento utilizado pelos componentes da equipe; foram realizadas visitas a UBS e as unidades de apoio na zona rural, entrevistas aos usuários que aguardavam atendimento e entrevistas com membros da ESF e com o gestor.

A quarta fase correspondeu à consolidação das fases anteriores. O município foi certificado como bom; a partir daí será possível seguir com a reconstrução com novos padrões a partir de um processo cíclico de retroalimentação no qual os avanços e entraves durante toda a fase de implementação do PMAQ servirão como balizadores para a reconstrução. É a fase menos descritiva, uma vez que aguarda respostas que serão frutos de todo um processo implementado.

CONCLUSÃO

O presente artigo procurou descrever as principais características e elementos constituintes do PMAQ, além de avaliar o processo inicial de sua implantação a partir da descrição de dados sobre a adesão no município Joca Claudino - PB. Diante da configuração o que foi visto foi um processo revestido de expressiva complexidade, dada sua multidimensionalidade. Instrumentaliza-se ao longo desse relato o ideário da execução das políticas de atenção e da gestão do cuidado, merecendo uma atenção pormenorizada de um instrumento que influencia todas as práticas do fortalecimento da integralidade da atenção a saúde, lançando mão de estratégias para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar os espaços democráticos, a participação social e o poder local.

Diante do exposto, viu-se que o PMAQ é um avanço no cumprimento de atividades preconizadas pelo SUS na atenção básica e contribui no desenvolvimento de boas práticas que garantem a qualidade de acesso e a garantia do mesmo. Contudo 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, programação e reconstrução de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL Presidência da República. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 866, de 03 de maio de 2012**. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.089, de 28 de maio de 2012.** Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

FRIAS, P. G. FIGUEIRÓ, A. C. NAVARRO, L. M. **Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições em Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Organizadores: SAMICO et al. Rio de Janeiro – MedBook, 2010.

PINTO, H. A.; KOERNER, A.; FLORENCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** Acesso em 02 de dezembro de 2012, disponível em [:http://www.rededepesquisasaps.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/Artigo_PMAQ_Revista_02-07-Final-docx1.pdf](http://www.rededepesquisasaps.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/Artigo_PMAQ_Revista_02-07-Final-docx1.pdf)>.19p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde, 2002