



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

**SERVIÇO PÚBLICO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A APLICAÇÃO DO
PMAQ NO MUNICÍPIO DE POCINHOS, PARAÍBA.**

EDNAÍRA RAMOS DO NASCIMENTO

Campina Grande, 2016

EDNAÍRA RAMOS DO NASCIMENTO

**SERVIÇO PÚBLICO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A APLICAÇÃO DO
PMAQ NO MUNICÍPIO DE POCINHOS, PARAÍBA.**

Relatório de Estágio Supervisionado apresentado ao curso de Bacharelado em Administração da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento parcial das exigências para obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Darcon Sousa, Doutor.

Campina Grande, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

N244s Nascimento, Ednaira Ramos do.
Serviço público de atenção básica à saúde : a aplicação do PMAQ no município de Pocinhos, Paraíba. – Campina Grande, 2016.
65 f. : il. color.

Relatório Técnico-científico (Bacharelado em Administração) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2016.
"Orientação: Prof. Dr. Darcon Sousa".
Referências.

1. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). 2. Saúde – Atenção Básica. 3. Saúde da Família - Estratégia. 4. Pocinhos (PB). I. Sousa, Darcon. II. Título.

CDU 658.56(813.3)(043)

COMISSÃO DE ESTÁGIO

Membros:

Ednaíra Ramos do Nascimento

Aluna

Darcon Sousa, Dr.

Professor Orientador

Victor Vidal Bezerra, Mestre.

Coordenador de Estágio Supervisionado

Campina Grande – 2016

EDNAÍRA RAMOS DO NASCIMENTO

**SERVIÇO PÚBLICO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A APLICAÇÃO DO
PMAQ NO MUNICÍPIO DE POCINHOS, PARAÍBA.**

Relatório aprovado em ____ / ____ / ____

Darcon Sousa, Doutor.

Orientador

Suzanne Érica Nobrega Correia (Doutora)

Examinador

Victor Vidal Negreiros Bezerra (Mestre)

Examinador

Campina Grande - 2016

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.”

(Dalai Lama)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, digno de toda honra e glória, que me abraçou todas as vezes que pensei em fraquejar.

Os agradecimentos são muitos, de certa forma agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente na realização desse trabalho, enfim a todos que cruzaram meu caminho durante esse período de tempo.

A minha mãe, Risonete, que com toda a sua fragilidade tem me apoiado e acreditado desde sempre.

A meu Pai, Edmilson, que sempre buscou me proporcionar a realização profissional, a qual o mesmo não teve a oportunidade de buscar.

Aos meus filhotes, Elton e Vinícius, que são a minha esperança de grandes homens.

A minha irmã, Edneide, que dedica todo o seu amor e cuidado aos meus filhos para me dar sempre um tempinho, pra correr atrás dos meus objetivos.

Ao meu esposo Eduardo, por todo seu carinho e atenção.

A todas minhas cunhadas e cunhados, que se prontificam a me ajudar.

A minhas tias e primos que torceram pelo alcance dos meus objetivos, e acreditam que sou o estopim da mudança na minha família.

As minhas amigas de faculdade, que tive a honra de encontrar no meio do caminho, Maria, Adriana, Cil, Priscila e Lelly, guerreiras e batalhadoras, sem vocês teria sido quase impossível chegar até aqui, obrigada sempre pela força.

A Itamira, pela sua amizade, pelos seus ensinamentos, grande gênio que sempre nos ajudou.

Aos meus sogros por me acolherem sempre com tamanha paciência, depois de dias difíceis e de lutas.

As minhas colegas de trabalho, por toda ajuda disponibilizada, sempre tão prestativas.

Ao professor Darcon, que me deu o prazer de ser sua orientanda, me ensinando com sua infinita sabedoria, acreditando em meu potencial, que em toda vida acadêmica, me repassou seus conhecimentos, tanto para minha formação quanto para meu crescimento profissional, sendo assim, fica registrado meu infinito apreço e agradecimento por você.

A Adail Marcos, por me entender e acolher em momentos que realmente necessitei.

A Universidade Federal de Campina Grande e a todos os professores com os quais aprendi lições e conhecimentos que levarei por toda vida.

NASCIMENTO, E. R. SERVIÇO PÚBLICO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A APLICAÇÃO DO PMAQ NO MUNICÍPIO DE POCINHOS, PARAÍBA. Relatório de Estágio Supervisionado (Bacharelado em Administração) – Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2016.

RESUMO

A pesquisa descreve o resultado da aplicação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no serviço público de saúde do município de Pocinhos. Para isso estabeleceu-se como objetivo aplicar os indicadores de finalidade da atenção básica à saúde no município. Os aspectos metodológicos da pesquisa, quanto à abordagem foram qualitativa e quantitativa, quanto aos objetivos se configurou como descritiva, em relação aos procedimentos, considera-se como pesquisa documental e a fonte de dados utilizados foi a análise de documentos relacionados. Os resultados alcançados apontam que a participação e capacitação dos profissionais são fundamentais para que o processo ocorra de forma planejada pelo programa. Conclui-se com a pesquisa que o município procura desenvolver a qualidade necessária para satisfação dos usuários e atender aos pontos exigidos pelo programa e em contrapartida recebe incentivo financeiro do governo para investir em suas unidades de saúde da família.

Palavras Chave: PMAQ, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família.

NASCIMENTO, E. R. PUBLIC PRIMARY HEALTH CARE: The PMAQ FOR IN Pocinhos MUNICIPALITY, PARAÍBA. Relatório de Estágio Supervisionado (Bacharelado em Administração) – Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2016.

ABSTRACT

The research describes the result of the application of the Access Improvement Programme and Quality (PMAQ) in the public health service of the municipality of Pocinhos. For this settled as objective to apply the objective indicators of basic health care in the municipality. The methodological aspects of the research, as the approach was qualitative and quantitative, on the objectives it set as descriptive in relation to the procedures, it is considered as documentary research and the source of data used was the analysis of related documents. The results achieved indicate that the participation and training of professionals are essential for the process to occur in a planned way by the program. It concludes with the research that the municipality seeks to develop the quality to user satisfaction and meet the points required by the program and in return receive financial incentives from the government to invest in their family health units.

Keywords: PMAQ Improvement Program Access and Quality, Primary Care, Family Health Strategy

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Praça Central da Cidade de Pocinhos.....	64
Figura 02: Vista Panorâmica da Cidade de Pocinhos.....	64
Figura 03: Brasão da Cidade.....	64
Figura 04: Unidade Básica de Saúde Luiz Paulino da Costa.....	64
Figura 05: Sala de Curativos.....	65
Figura 06: Recepção da UBS.....	65
Figura 07: Sala de Triagem.....	65
Figura 08: Consultório de Enfermagem.....	65
Figura 09: Consultório Médico.....	65
Figura 10: Sala de Imunização.....	65
Figura 11: Sala de Arquivos gerais.....	66
Figura 12: Consultório Odontológico.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Registro do acompanhamento das gestantes.....	35
Gráfico 02 - Registro do acompanhamento de crianças até dois anos.....	37
Gráfico 03 - Registro da Vacinação no acompanhamento das crianças de dois anos.....	38
Gráfico 04 - Realização de procedimentos de enfermagem para usuários idoso e/ou que necessite de cuidado no domicilio.....	45
Gráfico 05 - Realização de registros das atividades realizadas na escola.....	46
Gráfico 06 – Realização de registros de Visitas Domiciliares.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Fundamentos e diretrizes da atenção básica.....	21
Quadro 02 - Quadro-síntese dos indicadores selecionados.....	22
Quadro 03 - Fundamentos e diretrizes da atenção básica.....	23
Quadro 04 – Indicador Descritivo.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica.

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

AD: Atenção Domiciliar.

APS: Atenção Primária à Saúde.

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial.

DM: Diabetes Mellitus.

EAB: Equipe de Atenção Básica.

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

ESF: Estratégia de Saúde da Família.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.

IMC: Índice de Massa Corporal.

MS: Ministério da Saúde.

NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PAC: Programa de Aceleração do Crescimento.

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

PNAB: Programa Nacional da Atenção Básica.

PNPMF: Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

PSE: Programa Saúde na Escola.

PSF: Programa Saúde da Família.

RN: Recém Nascido.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

SIPNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

Sisprenatal: Sistema de Informação do Pré-Natal (sistema de acompanhamento das gestantes).

SUS: Sistema Único de Saúde.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 Qualidade no Serviço Público.....	21
2.2 Atenção Básica à Saúde: origem, sinônimo e conceito.....	22
CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	31
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	31
3.2 Unidade de Análise, sujeitos da pesquisa e instrumento de coleta de dados.....	31
CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	55
CAPÍTULO 6: REFERÊNCIAS.....	58
CAPÍTULO 7: ANEXOS.....	63

CAPÍTULO 1:
INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Surgimento dos centros de saúde a partir de século XX promoveu tentativas de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), porém só em 1990 foi que realmente observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação a esta questão, chamados também de atenção básica a saúde. Sendo essa, um conjunto de ações, que visa promover a proteção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, de forma coletiva e individual, desenvolvida por uma equipe, ou seja, é o contato inicial do usuário, com o serviço de saúde, a porta de entrada do mesmo com o serviço público, onde este é orientado e também direcionado para um serviço especializado.

O programa saúde da família trás na sua essência a referência de ser um programa de atenção primária, chamada assim por evidenciar a primeira atenção dada ao paciente na chegada ao serviço, o programa saúde da família trata do usuário e de sua família de forma holística, e se dá através das equipes das Unidades básicas de Saúde.

Nas cidades do interior a dificuldade de um atendimento de qualidade é ainda maior, pois há vários problemas de saúde pública, como recursos insuficientes, escassez de profissionais, falta de capacitação, vínculo instável de profissionais, condições inadequadas de trabalho e um problema maior encontrado na maioria das vezes é a questão da gestão, ainda falta uma atenção maior voltada ao gerenciamento da gestão de qualidade.

Através de várias tentativas de aprimoramento desse serviço, foi criado pelo governo federal, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um programa de incentivo as unidades básicas de saúde (UBS), o chamado PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade), que tem como intuito a melhoria no atendimento, acesso e na estrutura dessas unidades, através de incentivo financeiro. Os profissionais são avaliados e instruídos a melhorar a qualidade dos serviços de saúde para os cidadãos. O programa está dividido em fases, as quais permitem avaliações através de indicadores de qualidade, tanto para os profissionais, como gestores e usuários.

Neste cenário, foi estabelecido o seguinte problema de pesquisa: **Como se apresentam os indicadores de finalidade da atenção básica à saúde no município de Pocinhos?** Dessa forma, o objetivo geral dessa pesquisa foi: Avaliar a qualidade da atenção básica de saúde na Unidade Básica de Saúde Luiz Paulino da Costa de acordo com os indicadores do PMAQ.

Tendo como objetivos específicos:

- Descrever os objetivos e condições para o funcionamento do PMAQ;
- Identificar os indicadores constantes no PMAQ;
- Investigar as informações fornecidas pelo município;
- Analisar a situação da Unidade Básica de Saúde em face desses indicadores.

A pesquisa justifica-se por apresentar a implantação do PMAQ no contexto específico do município de Pocinhos e suas contribuições para alcançar os objetivos propostos.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos, apresentados da seguinte forma: o Capítulo 1 compreende a Introdução, apresentando a contextualização do tema. O Capítulo 2 refere-se à Fundamentação Teórica, tratando a teoria relacionada ao PMAQ e seus métodos de aplicação. O Capítulo 3 revela os Aspectos Metodológicos, trata sobre as técnicas e os instrumentos de pesquisa utilizados. O Capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa e suas conclusões. O Capítulo 5 aborda as considerações finais, bem como, as conclusões gerais obtidas sobre o trabalho. Subsequentemente; apresentou-se as referências bibliográficas utilizadas.

CAPÍTULO 2:
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUALIDADE NO SERVIÇO PÚBLICO

A gestão da qualidade ao longo dos anos vem transpondo o seu domínio industrial e adquirindo proeminência em todos os setores de atividade, fazendo parte, cada vez mais, do conjunto de ideias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos. Do ponto de vista do cenário mundial acredita-se que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços públicos e sim requisito fundamental para sobrevivência. E, mais importante do que isso, é uma responsabilidade social e ética.

No entanto, Rich, et al (2010) defende que a qualidade é ainda mais complexa no serviço de saúde, porque não age em função de um produto final, ou único serviço, por se tratar de não obedecer aos padrões estabelecidos, é sempre incerto e não tem qualidade uniforme. Na visão de Cerqueira (2010), os indivíduos têm seu próprio conceito de qualidade. “É possível dizer que qualidade é aquilo que cada um acredita que é ou percebe que é”, a percepção de qualidade dos serviços prestados tende a contribuir para o sucesso do produto final. Não se trata apenas de organizar os serviços para a demanda, mas de ordená-los para as necessidades dos clientes que será sempre a razão da existência do serviço.

A necessidade crescente da sociedade em relação a serviços de qualidade gerou uma necessidade de mudanças nas características destes e maior exigência na melhoria do uso dos recursos, as organizações públicas tem uma relação direta com a sociedade, sendo elas a maior fornecedora de serviços à comunidade. Segundo Munro (2009 apud FADEL E FILHO 1994, p. 9), ”a prestação de serviços realizada pelo poder público ainda mantém em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada a um segundo plano”. A importância gira em torno de oferecer o serviço à comunidade, pouco se preocupando com a qualidade do mesmo.

A demanda do serviço público necessita da presença e da participação do cliente, por se tratar de um serviço, a produção e o consumo são simultâneos, por não poderem ser estocados, dificulta sua inspeção e controle de qualidade. Por tudo isso, o processo de prestação do serviço pode ser muito mais importante que o seu próprio resultado. Conforme Gianesi e Côrrea (1996, p.23). “O que os clientes observam em relação à boa qualidade do serviço é se suas percepções e expectativas a respeito do serviço foram atendidas, mais não é só necessário, é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço”. O que se torna

necessário e decisivo em relação à qualidade para os usuários dos serviços públicos de saúde é a satisfação, se o usuário se sente satisfeito quanto ao serviço prestado ele avalia de forma positiva a qualidade do serviço, se não encontrou satisfação no atendimento tem-se uma avaliação negativa.

No que diz Munro (1994 apud FADEL e FILHO 2009, P. 10), as dimensões da qualidade em serviços são: Confiabilidade, que se trata de fornecer o serviço que foi prometido de forma segura e precisa; Segurança: a habilidade de transmitir segurança e confiança, através do conhecimento e cortesia dos funcionários; Aspectos tangíveis são os aspectos físicos, como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários etc.; Empatia, grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes e receptividade, que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.

Aos gestores cabe proceder em razão de motivar e incentivar os subordinados com o intuito de detectar problemas e ainda mais que isso, propor soluções para evitá-los. No serviço público há grande dificuldade de padronização de produto, pois existem organizações onde os trabalhos ou produtos desses trabalhos não podem ser padronizados, o que é o caso dos serviços de saúde, em casos como esse, é necessário construir a força de trabalho dos profissionais, ou seja, tentar padronizar trabalhador, para que dessa forma se possa usar as experiências e qualificações anteriores, a fim de nortear o trabalho.

Já no que se refere Fadel e Filho (2009), a organização governamental deve universalizar o acesso aos serviços prestados pela unidade, o mesmo autor cita também que “o cidadão é a maior razão da existência das instituições públicas”, sendo assim, não se deve tratar tal como um cliente que gera lucro para a organização em troca de bom atendimento.

Os serviços públicos tem tentado de toda forma melhorar o acesso e atendimento prestado a população, tendo em vista, que sempre se precisam ajustar os serviços, pois são vistos de diferentes ópticas, alterando assim seu conceito de qualidade de acordo com quem o recebe.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ORIGEM E CONCEITO

A conferência internacional de Alma Ata, realizada em 1978 tornou-se representativa por chamar a atenção dos governos por trabalhar no desenvolvimento da saúde para a comunidade mundial. De acordo com Canuto (2011), essa reunião realizada

pela Organização Mundial de saúde, com a participação de 134 países, transcorreu que havia uma necessidade da comunidade em adotar um modelo de atenção à saúde, que tivesse como foco o tratamento das enfermidades, a subespecialização, a fragmentação, o alto custo dos serviços públicos. Desta forma pensando em atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos.

A partir de então, foi desenvolvida a Atenção Primária à Saúde, mais em 2006, com a criação da Portaria N° 648 GM/2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, onde se estabeleceu uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, também chamada da Atenção Básica, é o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde. Para Proença e Szekir (2010, p.32) “Com a Constituição Federal em 1988, foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), reunindo as químicas e as leis físicas da universalidade, da integralidade e da equidade”. No que se refere à conceituação, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, 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 (PNAB, 2012, p.19).

Desta forma, para Gil (2006, p.1171) “na perspectiva de Atenção Primária, outros o fazem na Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados como sinônimos, ora como contraposição”. Segundo Lavras (2011, p. 868), a "Atenção Primária à saúde (APS), expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de sistema”.

Em países de terceiro mundo, a Atenção Primária é interpretada como um programa específico, direcionado aos marginalizados e excluídos, ofertando cestas reduzidas de serviços destinadas à população pobre. (CONILL, 2008). De acordo com o PNAB a atenção básica:

É desenvolvida por meio do exercício das práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob 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. (PNAB, 2012)

O programa de atenção básica se dar principalmente através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois o mesmo é voltado a atender de forma integral todos os problemas da comunidade e direcionar para o serviço especializado. Para Gil (2006, p.1171), “Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF), que vivificou debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais”.

Ultimamente tem-se acompanhado crescimentos com relação à saúde no país, desde a Conferência Internacional da Alma Ata que foi realizada em 1978, foca-se muito em políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito fundamental de todos. O programa de Atenção básica é formado por fundamentos e diretrizes como veremos no quadro 01 (um), e visa creditar-se na universalidade, acessibilidade, vínculo dos profissionais com os usuários e continuidade dos cuidados.

Quadro 01: Fundamentos e diretrizes da atenção básica.

I	Permitir planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação.
II	Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
III	Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população vinculada, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
IV	Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.
V	Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Fonte: elaborado pelo autor, com base em dados do PNAB (2012).

No entendimento de Gil (2006, p. 1179), “vinte anos depois da alma Ata emerge o conceito de Atenção Básica que, assim como Atenção Primária à Saúde, sofreu várias influências quanto às ações de saúde”.

Na opinião de Proença e Szekir (2010), com o crescimento econômico os repasses não se mostram suficientes para a melhoria de infraestrutura das UBS, de equipamentos, de salários e capacitações de profissionais, com isso o Governo Federal cria em 2007 o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), para suprir necessidades de infraestrutura das unidades e incentivar os profissionais, mesmo assim o programa não supre todas as necessidades do serviço. Posteriormente, “foi instituído através da Portaria 1.654 GM/MS,

de 19 de Julho de 2011”, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). “objetiva criar um ciclo contínuo de crescimento do acesso às ações e serviços de saúde, pelos usuários, pra alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local.” (LADEIRA, 2011, p.31). Ainda de acordo com o autor:

Ter função de Acesso é ser a porta de entrada principal da pessoa na rede de cuidado do SUS”. Isso significa estar geograficamente próxima da população e acolher todos os usuários e suas necessidades de saúde com qualidade e resolutividade. (LADEIRA, 2011, P.32).

No que tange ao Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade (PMAQ), cada Unidade de Saúde é responsável por preencher indicadores necessários para a melhoria da qualidade e do acesso as unidades de saúde. Estes indicadores são supervisionados pelo Ministério da Saúde (MS), entre os principais estão os citados no quadro 02 (dois), que são os pilares da Atenção Básica, tratando da Saúde do homem, da mulher e da criança, de saúde mental e bucal.

Quadro 02: Quadro-síntese dos indicadores selecionados.

Áreas estratégicas	Natureza do uso*		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde Bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: (PMAQ- Manual instrutivo, apud Ladeira, 2011).

Consta no manual do PMAQ (2015), que o Governo Federal se compromete crescentemente em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade aos serviços do SUS. O programa trata-se de um modelo de avaliação de desempenho nos serviços de saúde públicos, buscando mensurar a qualidade e garantir transparência,

visibilidade e uma forma padrão de qualidade comparável tanto nas esferas federais, estaduais como municipais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Segundo Nard (2011 apud LADEIRA, 2011 P. 33), “em uma década aproximadamente poderemos avaliar com segurança os resultados do que estamos implementando”, pois se houver boa impactação dos indicadores e também melhoria da resolutividade, estarão melhores os indicadores municipais e também os respectivos índices de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma medida usada para classificar os países em desenvolvimentos e subdesenvolvidos (IBGE, 2016).

O PMAQ está organizado em três fases, são elas: Etapa formal de adesão; Certificação e Reconstratualização. Nessas etapas são averiguados o desempenho dos indicadores e as condições de acesso às unidades de saúde, como também a equipe e estrutura das mesmas unidades. Durante o processo, os avaliadores que são externos, buscam reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e gestores, como também a opinião e satisfação da população que busca os serviços de saúde. No Quadro 03 (três) podemos analisar de forma mais detalhada as fases do programa.

Quadro 03: Fundamentos e diretrizes da atenção básica.

1ª FASE	ADESÃO	Contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes.
2ª FASE	CERTIFICAÇÃO	Avaliação externa; Avaliação de desempenho dos indicadores; Verificação do momento auto avaliativo.
3ª FASE	RECONTRATUALIZAÇÃO	Repactuação das equipes de atenção básica e seus gestores.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do PMAQ.

Desta forma, o programa se organiza em fases e busca estratégias para desenvolver a melhoria contínua do acesso à qualidade de atenção básica, havendo a possibilidade de adesão de forma universal das equipes, alcançando as Equipes relacionadas; de Saúde da Família, de Atenção Básica Parametrizadas, de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Durante a primeira fase, a qual consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante Contratualização de compromissos e indicadores 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. A segunda fase, compreendida como de certificação é composta por avaliações, as quais estão descritas no Quadro 03 (três). Depois da certificação das equipes, há cinco tipos de desempenho nos quais estas são classificadas, são eles: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim (PMAQ, 2016).

O Manual do PMAQ (2016) remete-se à terceira fase, como a fase de reconstrução, que constitui um processo de pactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, visando um estímulo da institucionalização de um processo cíclico e sistemático através dos resultados alcançados pelos participantes do programa. Através de métodos complementares, as informações serão analisadas com instrumentos específicos para gestão municipal, UBS e usuários, incluindo análise documental. O momento em que se realiza um conjunto de ações com o objetivo de averiguar as condições de acesso de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica, como por exemplo, UBS e NASF, participantes do PMAQ é chamado de avaliação externa. Este vai buscar reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Os programas de avaliação externa são instrumentos usados para avaliar o desempenho das equipes, as necessidades das unidades e dos usuários, e também uma forma de fiscalizar se os recursos financeiros estão sendo usados de forma a melhorar o acesso e a qualidade das Unidades Básicas de saúde dos municípios contemplados. Para a realização das avaliações externas o Ministério da Saúde conta com vínculo de apoio com instituições de ensino e pesquisa, a exemplo das universidades federais, onde inclui seleção e capacitação de equipes, seguidamente é feito o contato com a gestão municipal e só assim desenvolvido a avaliação no Município. Os instrumentos utilizados para avaliação das equipes de atenção básica estão classificados em módulos:

- I- Observação na Unidade de Saúde;
- II- Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de documentos na Unidade de Saúde;
- III- Entrevista com o Usuário em Domicílio;
- IV- Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal;

V- Entrevista com o Profissional da Equipe de Saúde Bucal para Verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

Em contrapartida, há compromissos a serem zelados entre as equipes e a gestão, citando alguns deles: Organizar os processos de trabalho; Programar processos de atendimento a demanda espontânea; Alimentar o Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica) de forma regular e consistente; Programar e implementar atividades coletivas para grupos de risco e vulneráveis; Instituir espaços para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares; Desenvolver ações voltadas para a promoção de saúde; e Pactuar metas e compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal.

No que se trata da pactuação de compromissos a serem assumidos pelas equipes e pelos gestores dos municípios vinculados ao PMAQ, estão elencados 40 indicadores descritivos compostos por padrões de qualidade que serão captados a partir do e-SUS AB/SISAB, sistemas onde é disponibilizado todo o feito de produção das Unidades de Saúde da Família, os quais estão disponíveis para leitura nos anexos desse trabalho.

Como forma de contrapartida ao acordo firmado existe um prêmio financeiro variável previsto pelo PMAQ as equipes dos municípios que faz a adesão, e este é repassado pelo Ministério da Saúde ao Município se o mesmo atingir os objetivos e metas previstos no manual do programa. O município repassa essa soma às equipes das seguintes formas de acordo com a lei 1274/2013:

- ✓ São destinados a Secretaria Municipal de Saúde, 50% (cinquenta por cento) do valor total para que sejam aplicados na estruturação e Custeio da Atenção Básica Municipal (Estratégias de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde), como também estruturação das unidades básicas de saúde;
- ✓ São destinados aos trabalhadores com função de apoio Institucional no Município, 5% (cinco por cento), divididos em três por cento 3% (três por cento) para profissionais do nível superior e 2% (dois por cento) para profissionais do nível técnico e demais apoiadores.
- ✓ São destinados ao pagamento dos profissionais e trabalhadores das Equipes de Saúde Família com Saúde Bucal ou não, independente do vínculo dos mesmos com o Município, a porcentagem de 45% (quarenta e cinco por cento) do valor total. Desse

montante, considerando como sendo 100% do valor destinado ao prêmio. Divide-se por categorias como se mostra abaixo:

- São destinados aos trabalhadores de nível superior lotados nas equipes de Saúde da Família 40 % (quarenta por cento);
- São destinados ao responsável técnico pela equipe 5% (cinco por cento);
- São destinados aos trabalhadores de nível técnico lotados nas equipes de saúde da família 15 % (quinze por cento);
- São destinados aos trabalhadores de apoio lotados nas Unidades de Saúde, 10 % (dez por cento), exemplos dos cargos: Recepcionistas, vigilantes, auxiliar de serviços gerais, ou seja, todo e qualquer profissional de apoio que trabalhe diretamente com a população.

O valor do prêmio é dividido entre a equipe de acordo com a sua classificação na avaliação do desempenho e alcance de metas, utilizando o método proporcional, por essa questão é necessário não apenas a adesão do município como também de todos os profissionais da Equipe de Atenção Básica. É necessário que todos os profissionais estejam envolvidos (médico, enfermeiro, odontólogo, profissionais técnicos, agentes de saúde e todos os profissionais que compõem a equipe ESF), no cumprimento e desempenho das metas estabelecidas pela Gestão em Saúde em comum acordo com a Portaria 1654/2011, os valores são repassados anualmente, em parcela única a todos os trabalhadores vinculados ao Programa Saúde da Família.

As equipes que alcançam desempenho máximo na avaliação recebem o valor total da gratificação, e esse valor é dividido por toda a equipe, as que atingirem 80% ou ultrapassarem esse percentual, mais não chegar a 100%, recebem 50% do valor da gratificação, e aquelas que ficarem inferior a 80% não recebem a gratificação, a mesma é dada para a Secretária de Saúde do Município para que seja revertido em estrutura e capacitação daquela determinada equipe.

CAPÍTULO 3:
ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa está classificada com uma abordagem qualitativa e quantitativa, Kauark, et al (2010, p.26-27), definem pesquisa quantitativa, “Considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.” E pesquisa qualitativa, sabendo-se que o material analisado é predominantemente descritivo, contém análise documental através de leitura de artigos e documentos. De acordo com Fonseca (2002 apud CÓRDOVA E SILVEIRA 2009), “pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico”, nesse tipo de pesquisa é feito levantamentos e análise em revistas, cartas, filmes, fotografias, jornais, relatórios, documentos oficiais. Já nas palavras de Vergara (2013), a análise documental é realizada em documentos encontrados em órgãos públicos e privados, como por exemplo, registros, regulamentos, ofícios, memorandos, circulares entre outros.

Quanto aos objetivos, foi classificada como descritiva definida por Triviños (1987 apud GERHARDT E SILVEIRA, 2009) como sendo um tipo de estudo que pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Esse tipo de pesquisa busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, o que está ocorrendo, permitindo alcançar as características de um indivíduo, um grupo ou situação e desvendar a relação entre os eventos. Já no que se refere aos procedimentos, foi realizada uma pesquisa documental, através de revistas da área, sites relacionados, documentos oficiais, manual específico do programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e artigos relacionados com Atenção Primária à saúde e com o programa. Em relação à coleta de dados foi feita uma análise de conteúdo e documentos, que de acordo com são análises de técnicas de comunicações que visam obter objetivos e descrição de indicadores e conteúdos de mensagens. O período de duração da pesquisa foi de 06 meses, sendo eles de Janeiro a Junho de 2016.

3.2 UNIDADES DE ANÁLISE, SUJEITOS DA PESQUISA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A unidade de análise da pesquisa caracteriza-se na atuação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Unidade Básica de Saúde Luiz Paulino da Costa,

localizada no Município de Pocinhos, Paraíba, o município aderiu ao programa no ano de 2013, com o intuito de melhorar o acesso da população às unidades básicas de saúde.

Para responder aos objetivos da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados foram: a observação e análise documental, os quais forneceram dados necessários para descrever os objetivos e condições para o funcionamento do programa; apresentar o contexto local sob o qual foi aplicado o programa; identificar os indicadores constantes no programa; investigar as informações fornecidas pelo município; analisar a situação do município em face desses indicadores, através da pesquisa foi possível conhecer a quantidade de 913 (novecentos e treze) pessoas beneficiadas pelo programa, o que corresponde a aproximadamente 5 % (cinco por cento) do total da população do município. Percebeu-se também que a observação ajudou a avaliar o desempenho dos profissionais com relação à atualização de dados, contribuindo para os resultados descritos no presente trabalho.

A análise foi realizada através de documentos oficiais, onde foram observados conteúdos diversos, Manual do PMAQ, prontuários dos pacientes da unidade básica de saúde, livros atas da unidade de saúde, lei do município 1274/2013 relacionada ao programa, artigos e revistas relacionados.

CAPÍTULO 4:

ANÁLISE DOS RESULTADOS

4 ANÁLISE DOS INDICADORES DO PMAQ NO MUNICÍPIO

O município de Pocinhos está situado no estado da Paraíba, de acordo com dados do IBGE (2015) a cidade se estende por 628,084 km² e tem população estimada em cerca de 17 032 mil habitantes de acordo com o último censo realizado pelo mesmo em 2010. A cidade conta com oito unidades básicas de saúde: 1) Rafael Marcone; 2) Silvio Souto; 3) Acácio Marinho; 4) Padre Galvão; 5) Antônio Galdino de Araújo 6) João Bonfim de Araújo 7) Cícero Canuto de Araújo e 8) Luiz Paulino da Costa. Com uma zona rural de área geográfica bastante extensa, de frente disso tem-se a dificuldade de acesso da população até os serviços públicos de saúde. Diante dessa realidade o município decide por aderir ao programa de melhoria do acesso e da qualidade com o intuito de trazer melhorias ao município quanto ao acesso da população às unidades de saúde da família. O programa envia recursos financeiros para que sejam aplicados nos municípios onde a situação da saúde é bem precária, visando assim melhorar a qualidade da saúde na comunidade. A Unidade de Saúde a ser estudada será UBS Luiz Paulino da Costa, situada no sítio Cabeça do boi, a 12 km da cidade de Pocinhos, assiste a 378 domicílios, 276 famílias e um total de 913 pessoas, população carente que tira boa parte do sustento da agricultura e do cultivo de agave, uma equipe com 13 profissionais divididos em 05 agentes comunitários de saúde, 01 médico generalista, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem, 01 odontologista, 01 auxiliar de odontologia, 01 vigilante, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 recepcionista, os dados foram coletados entre Junho e Agosto do presente ano, sendo analisados documentos referentes aos meses de Janeiro à Julho de 2016.

O programa fiscaliza através de indicadores se os recursos disponibilizados estão sendo aplicados de forma correta, são 40 indicadores e está classificado em Indicadores de desempenho, os quais estão vinculados ao processo de certificação e que são utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho, e indicadores de monitoramento, são acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pela equipe (PMAQ, 2015, p. 38). Analisando esses indicadores nos meses citados, temos a seguir descrição dos mesmos.

A “Realização o registro do acompanhamento das gestantes”, o acompanhamento das gestantes é realizado, considerando que o Ministério da Saúde nos uso de suas diretrizes e princípios preconiza que toda gestante tem direito a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. As mulheres que buscam a unidade básica de

saúde são acompanhadas e registradas nos cartões individuais de gestantes, e no caderno de gestantes, são cadastradas no sistema de pré-natal, Sis prenatal-WEB, esse sistema é implementado pelo município e é um dos compromissos acordados com o programa para a adesão, a partir da primeira consulta a paciente passa a ser acompanhada e avaliada pelo serviço de saúde, é feito consultas mensais, solicitações de exames necessários e agendamento de uma próxima consulta. Através das anotações dos profissionais tanto no prontuário do paciente como em cadernos, podemos saber o histórico do paciente. Através do pré-natal visa-se reduzir taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país.

No gráfico 01 (um) tem-se um número de grávidas acompanhadas pela UBS, as anotações que são realizadas em relação a esse indicador, são estes: o nome da gestante; endereço; data; agente de saúde responsável pela região; idade gestacional; número de cartão do SUS; número de cadastro no SIS prenatal; relação das vacinas; e algum tipo de observação que possa ter em relação à usuária de acordo com o profissional.

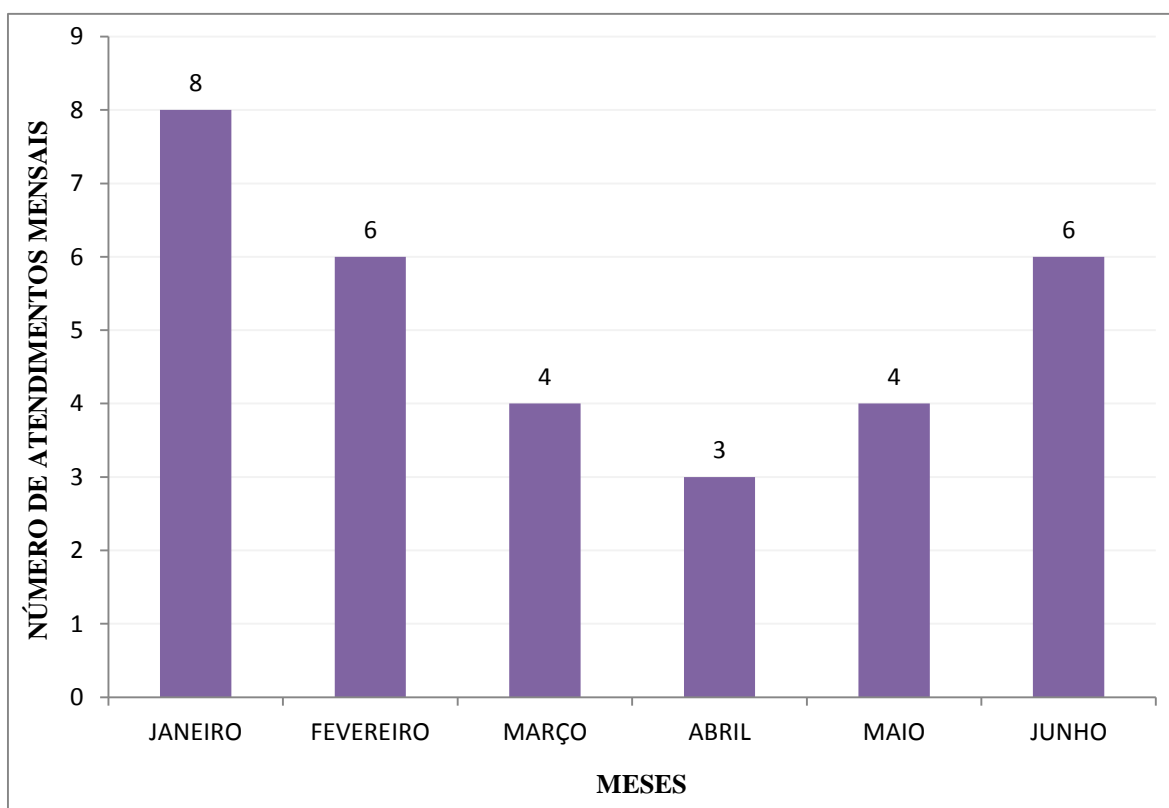


Gráfico 01: Registro do acompanhamento das gestantes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Pode-se ver no gráfico 01 (um) que a coluna que está relacionada com o mês de janeiro contém uma soma de 08 gestantes, número bem alto com relação aos demais, tendo em vista que nos meses subsequentes há uma queda, representando que o número de gestantes baixou no mês de abril chegando apenas a 03, pois as mesmas pariram seus bebês, já no mês de junho tem-se novamente uma alavancada chegando a um número de 06 gestantes, o índice representa o surgimento de novas gestantes na unidade para dar início aos cuidados do pré-natal.

Na “Realização de busca ativa das gestantes faltosas a consulta de pré-natal”, a assistência é essencial para assegurar o bem estar da mãe e também do bebê, o acompanhamento de forma regular trás garantias de uma gestação saudável, porém existem mulheres que deixam de ir à unidade de saúde para fazer esse acompanhamento, são as chamadas gestantes faltosas, nesses casos é necessário que seja feito a busca ativa, onde é feita orientação à futura mãe, agendada nova data de consulta, e a tentativa de conscientização para que a gestante entenda que é essencial para sua gravidez o fortalecimento do pré-natal, é feita uma visita domiciliar através dos ACS (Agente Comunitário de Saúde), o profissional vai até a casa da paciente para atender e conhecer as necessidades da mesma e o motivo do não comparecimento às consultas agendadas, caso não consiga resolver e fazer com que ela volte a comparecer a unidade, então é feita uma visita com toda a equipe para tentar sanar o problema.

No que diz respeito a “Realização do registro do acompanhamento das crianças até dois anos”, é o acompanhamento nos primeiros anos de vida que são decisivos para o crescimento e desenvolvimento das crianças, é realizado para que possa se detectar casos de doenças genéticas, desnutrição e outros tipos de agravos, o objetivo é reduzir o índice de mortalidade infantil, e realizar tratamentos de forma precoce. Nesse caso é feito acompanhamento com os profissionais da equipe de saúde, agendamentos e registros da passagem mensal das crianças atendidas, esse tipo de registro é feito em livros, cartão da criança, prontuários e nos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O indicador visa garantir e favorecer a promoção do aleitamento materno, o desenvolvimento e nutrição de forma correta a criança, proporciona para a criança de até dois anos de idade possa ter um acompanhamento e direito de crescer de forma adequada e com saúde.

No gráfico 02, pode-se ver que nos meses de Janeiro e Maio os índices estão baixos, com um número de 07 (sete) atendimentos, devido a recessos e férias, já em maio a

baixa do gráfico se deu a ausência de profissional Agente comunitário de saúde está afastado do seu trabalho e não ter outro profissional para substituí-lo, sem informação as pessoas deixam de procurar a unidade.

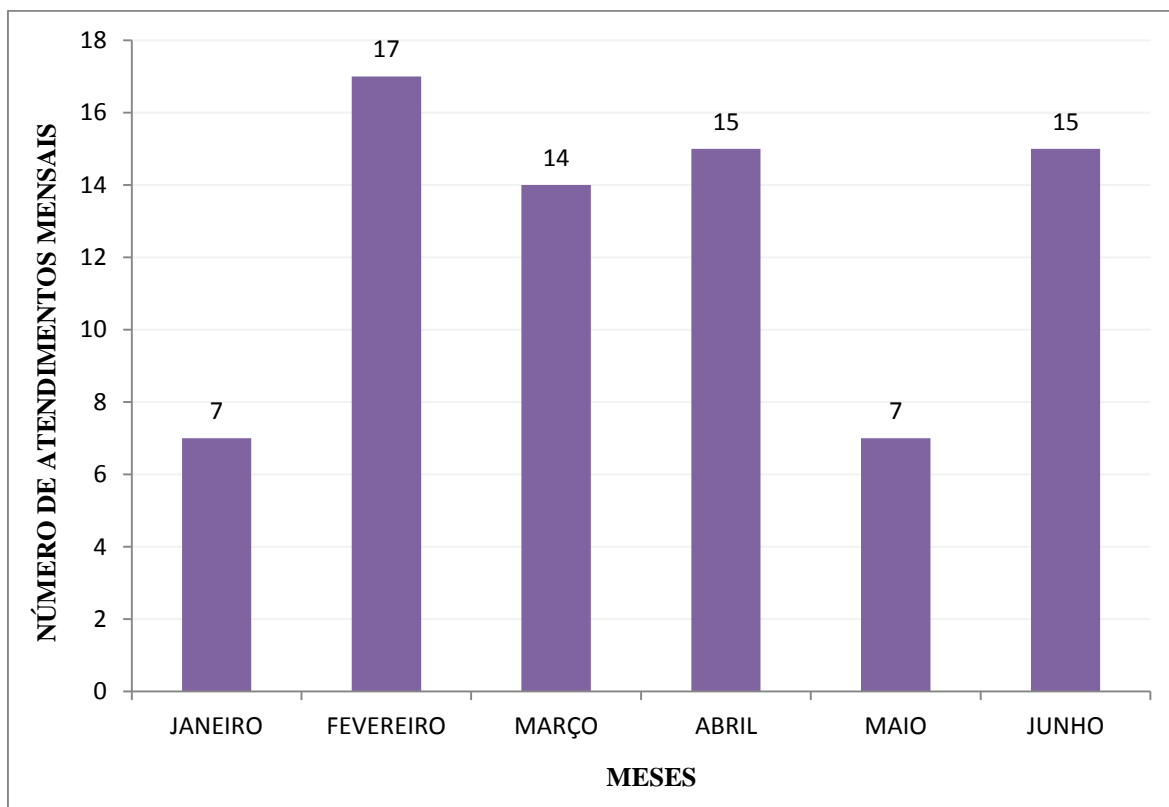


Gráfico 02: Registro do acompanhamento de crianças até dois anos
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ainda com relação ao gráfico 02 (dois), pode-se perceber que no mês de Fevereiro temos um numero de 17 (dezessete) crianças registradas no acompanhamento mensal, já em Junho, percebemos que esse número também se aproxima chegando a 15, explica-se por haver maior empenho com relação à equipe na questão da busca e chamamento da comunidade a fortalecer o vinculo, contando também com o termino das férias e a volta do profissional ao trabalho, uma população orientada busca mais os serviços disponíveis para a comunidade.

Com relação a “Realização do registro da Vacinação no acompanhamento das crianças até dois anos”, a necessidade de se acompanhar as crianças menores de dois anos de idade como recomendado pela Organização Mundial de Saúde e também pelo Ministério da Saúde têm-se então, um pilar de extrema importância, a imunização, à maior parte das vacinas são feitas até os dois anos de idade, pois é quando o sistema imunológico

do ser humano está em desenvolvimento, à vacina é uma forma duradoura e preventiva de imunização, é uma medida profilática de doenças. Logo após o nascimento da criança, a mãe é orientada a procurar unidade saúde mais próxima da sua residência para iniciar o esquema de vacinação do bebê. Logo que começa esse acompanhamento, é sempre agendada pelo profissional uma nova data para que a volta da criança a sala de vacina é feito registro pelo vacinador, que é o profissional de saúde responsável pelo setor, seja ele enfermeiro ou técnico de enfermagem, o registro é feito no cartão e vacina da criança, em prontuário e também no sistema de informação disponibilizado pelo MS, o SIPNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização).

No gráfico 03 (três), percebe-se que as crianças são acompanhadas de forma rotineira como recomenda os órgãos de saúde pública, a equipe da UBS procura fazer a busca ativa as pessoas responsáveis por esses pacientes de até dois anos com o intuito de melhorar o acesso e também de cumprir com os indicadores clausulados no PMAQ.

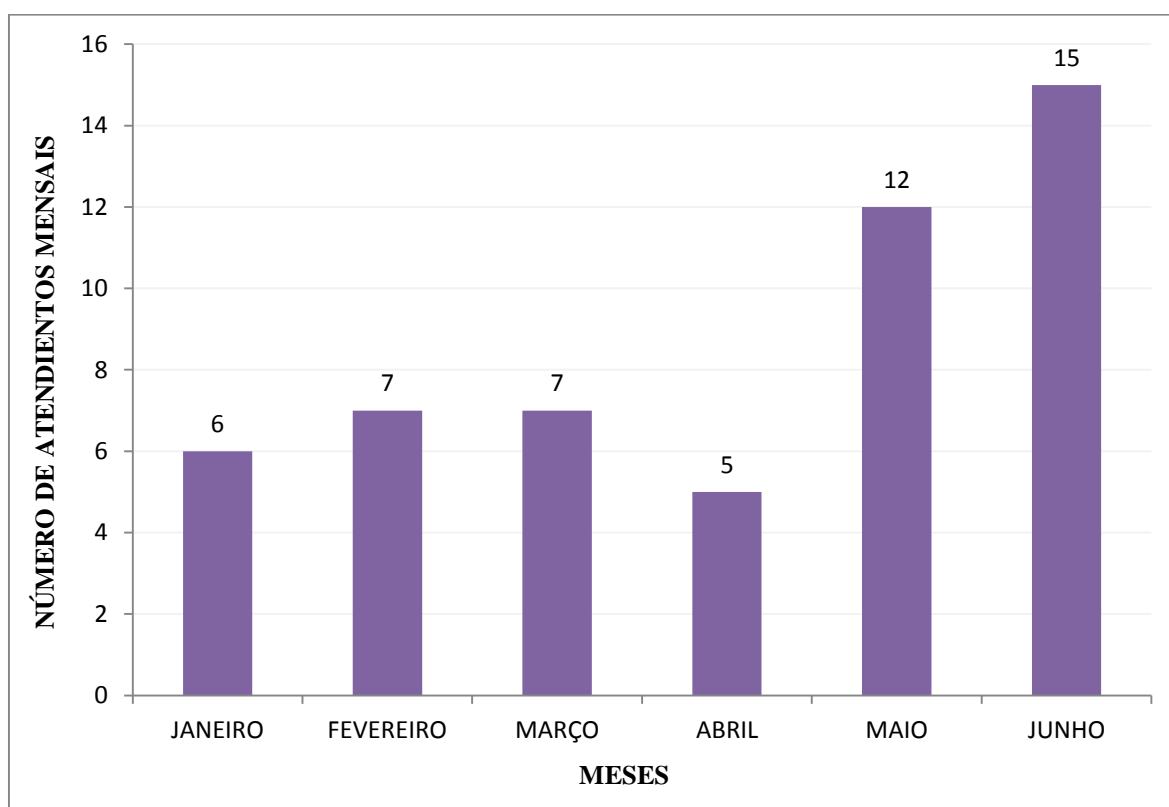


Gráfico 03: Registro da Vacinação no acompanhamento das crianças de dois anos
Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Pode-se perceber em análise ao gráfico 03 (três) que o mês de abril foi o que menos se destacou, com uma soma de apenas 05 crianças acompanhadas e vacinadas, caso

justificado ainda pela ausência do profissional, já em Julho com 16 crianças, percebe-se que esses números de crianças que buscaram a UBS para vacinação aumentaram devido à proximidade da campanha da vacina Influenza H1N1, por questões de intensificação na divulgação, busca e orientação, as pessoas acabam por ir em busca da imunização de campanha que estão sendo divulgada e acaba por colocarem o calendário de rotina em dia também, e pela questão da volta do profissional a área de atuação.

A respeito da “Realização do registro sobre o crescimento e desenvolvimento no acompanhamento das crianças até dois anos”, é um indicador que mostra os registros do crescimento e desenvolvimento da criança que está sendo acompanhada, pois é de extrema importância para as crianças que seja feito esse acompanhamento, para analisar o seu crescimento desenvolvimento adequado e estado nutricional, dessa forma é capaz de se evitar e detectar possíveis doenças como desnutrição, obesidade, baixa estatura, crescimento fora dos padrões, possíveis doenças genéticas também, o acompanhamento é feito na unidade de saúde, intercalando consultas com médico e enfermeiros da unidade, a criança pesada medida e avaliada pelos mesmos e depois os dados são registrados em cadernos específicos da UBS, no cartão da criança, no prontuário do paciente e no sistema de informação específico.

De acordo com a “Realização do registro sobre o estado nutricional no acompanhamento das crianças até dois anos”, tem o acompanhamento como uma importante ferramenta, onde são analisadas a presença de fatores que afetam o estado nutricional do indivíduo, geralmente esse acompanhamento é feito através do apoio da equipe de profissionais do NASF, os nutricionistas são comunicados da necessidade de acompanhamento e vêm até a unidade para avaliar cada criança. Nessas consultas é avaliado o consumo adequado e suficiente de nutrientes que promovem o crescimento e desenvolvimento, se a dieta administrada é capaz de atender as necessidades diárias do organismo, a avaliação visa a identificar os pacientes em risco nutricional, promover suporte nutricional adequado e monitorar sua evolução.

No que se trata da “Realização do registro das orientações sobre saúde bucal das crianças até dois anos”, esse indicador é voltado ao atendimento de saúde bucal, os profissionais atuantes na área, observa e orienta quanto à forma correta de escovar e cuidar dos dentes, tipo de alimentação que pode interferir no cuidado diário com a boca, esse acompanhamento é feito por Odontologistas e auxiliares de forma dinâmica e atrativa, por se tratar de crianças menores e dois anos que estão sendo iniciados os cuidados com a

saúde, principalmente as palestras tem que ser de fácil entendimento e que desperte curiosidade sobre o assunto. Os registros são feitos em prontuários odontológicos, cadernos e sistema de informação específico.

Considerando a “Realização do registro de Teste o Pezinho”, o mesmo é realizado em recém-nascidos, capaz de detectar doenças congênitas, o exame é realizado 48 horas de nascimento da criança podendo ser feito até o 5º dia de vida, é feita uma pequena picada no calcanhar do bebê então é coletado algumas gotas de sangue, que são colocadas num papel tipo mata-borrão e encaminhado ao laboratório. Esse tipo de exame é obrigatório em todos os recém-nascidos. Após recebimento do resultado a mãe e a criança recebem atendimento médico para que se interprete o resultado do exame, para se necessário iniciar tratamentos, o diagnóstico é registrado no prontuário do paciente, cartão da criança e livros da unidade de saúde.

Em face da “Realização do registro do teste da orelhinha”, similar ao teste do pezinho é uma triagem neonatal, esse exame é feito em recém-nascidos entre 3º e o 5º de vida, tem por objetivo detectar irregularidades auditivas. O exame consiste na colocação de um fone acoplado a um computador na orelha do bebê que emite sons de fraca intensidade e recolhe as respostas que a orelha interna do bebê produz. O paciente recebe o resultado logo após o término do exame, é enviado ao médico solicitante um diagnóstico por escrito, na unidade de saúde esse resultado vai para o prontuário do paciente, para o cartão da criança e para os livros de acompanhamento da unidade.

No que refere a “Realização do registro do teste do olhinho”, o exame é realizado em recém-nascidos preferencialmente na primeira semana de vida podendo ser feito até os dois meses de idade, tem o objetivo de detectar precocemente doenças de visão no bebê, o médico pediatra utiliza um pequeno aparelho que projeta luz nos olhos do RN, e observa se a luz for de cor avermelhada, alaranjada ou amarelada significa que as estruturas dos olhos do bebê estão saudáveis, quando essa luz refletida é quando a luz refletida é esbranquiçada ou de forma diferente entre os olhos, deve-se fazer outros exames com o oftalmologista para investigar problemas de visão. A unidade de saúde tem fator importante no acompanhamento principalmente de crianças com alterações, pois é a unidade de saúde que encaminha de forma periódica esse paciente para os serviços especializados. Os registros desses encaminhamentos e dos testes realizados começando pelo do olhinho são registrados em livros da unidade, prontuários e no cartão da criança.

No caso, da “Realização de registro violência familiar das crianças até dois anos”, em 1990 com a criação da ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), mudou-se a visão de atendimento à criança e ao adolescente, pois há leis que exige prioridade absoluta por parte da família, da sociedade e do Estado das necessidades delas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, P. 10). Entende-se que o atendimento exige uma abordagem diferenciada, é preciso tratar não apenas do estado físico da criança, tem-se que entender que a violência familiar é um trato de cunho social, nesse caso é fundamental que se adote procedimentos de controle de situação de risco, diálogo com familiares e acompanhamento de grupos de risco mais vulneráveis, muitos estudos mostram que a violência nos primeiros anos de vida gera sequelas por toda a existência. O trabalho dos serviços de saúde em casos como esses, é de prestar total apoio e acionar órgãos competentes para que se tenha um acompanhamento da família, o órgão a ser acionar em primeira linha é o conselho tutelar, o qual aciona autoridades judiciárias ou ao Ministério Público e se necessário abrir processo policial à família. Essas notificações são feitas através da Ficha de Notificação Compulsória, e em cadernos da unidade, e registrado no prontuário do paciente, que é uma forma legal de provas que a criança sofreu violência e precisou de cuidados médicos.

Em relação a “Realização do Registro de acidentes da criança até dois anos” a curiosidade aumentam de acordo com o crescimento das crianças, elas passam cada vez mais a movimentar-se em buscas de novas descobertas e com isso aumenta o risco de acidentes, como exemplo quedas, queimaduras, sufocação, afogamento e ingestão de medicamentos, são as principais causas de óbitos e crianças menores de dois anos, a conduta de supervisão ainda é a melhor forma de se evitar mortes e sequelas que podem durar por toda a vida. As unidades básicas de saúde atuam na forma de realizar palestras e os pais para a necessidade da vigilância as crianças e também para orientar para que em caso de acidentes procurem de imediato a unidade de saúde para atendimento, quando atendidas esses tipos de casos a unidade faz notificações no livro de ocorrências de acidentes a crianças menores de dois anos, realiza o encaminhamento da criança ao serviço mais especializado se necessário e anota no prontuário do paciente a situação que o mesmo chegou à unidade.

Observa-se que na “Realização do exame do pé diabético em usuários com diabetes” o mesmo é realizado em pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, observa-se se há infecções, ferimentos e ou obstruções do tecido profundo nos membros inferiores e pés, o bom controle da doença e prevenção diminui o risco de amputações, é recomendado pelo MS

que haja um monitoramento contínuo dos pacientes com diabetes pela equipe de saúde, com a finalidade de prevenir complicações e hospitalizações e encorajar aceitação ao tratamento. O serviço de saúde através das UBS faz o controle mensal desses pacientes, e reforça as práticas de vida saudável para evitar complicações no tratamento, dessa forma o paciente que frequenta a unidade de saúde tem históricos nos livros de hipertensos e diabéticos, anotações no prontuário e cartões do usuário com o acompanhamento e datas de agendamento dos atendimentos.

Na “Realização do exame de fundo de olho em usuários com diabetes” também chamado de fundoscopia, avalia-se a situação clínica e fornece informações sobre o desenvolvimento e detecção de algumas doenças locais, como glaucoma, degeneração macular, diabetes ou, pode ser feito em pessoas de qualquer idade, sendo maior recomendado em portadores de DM. Os pacientes portadores de Diabetes Mellitus, tem grande predisposição de desenvolver cegueira, que é uma das consequências de agravo da doença, por essa razão é feito o controle através do exame de fundo de olho.

Quanto a “Realização da avaliação antropométrica das crianças menores de 02 (dois) anos de idade” que consiste na observação de medidas, tamanho e proporções do corpo humano, são elas: peso, altura, circunferência do quadril e da cintura, tem o objetivo de avaliar o estado nutricional dessa faixa etária da população e observar o índice de obesidade e os fatores associados. Essa avaliação é feita nas crianças menores de dois anos como parte do cuidado que está previsto na ECA. A Unidade de saúde acompanha essas crianças, faz registro nos cartões, observa gráficos de riscos nos mesmos, anotações em cadernos da unidade e sistema de informação.

Verifica-se que a “Realização de avaliação antropométrica das crianças menores de 02 (dois) anos até de 10 (dez) anos” por ser um dos pilares da linha de cuidado a criança e ao adolescente as avaliações antropométricas são feitas também em crianças de 2 a 10 anos, para dar continuidade ao cuidado iniciado nos primeiros anos de vida, as ações que aparentemente são simples como pesa, medir, garante diagnósticos precoces e garantia de acesso ao tratamento de forma mais rápida, esse acompanhamento se intensifica em crianças com risco de obesidade e desnutrição. Os registros desses acompanhamentos são registrados nos livros específicos da unidade de saúde, nos prontuários do usuário e sistema de informação do SUS.

Para a “Realização da avaliação antropométrica das gestantes” é feito o acompanhamento e são realizadas com o intuito de avaliar o peso materno e o estado

nutricional das gestantes, como fala Barros, 2009, a adequação de peso na gestação traz um bom desfecho do bebe ao nascer. Essas futuras mães passam pela unidade e são orientadas quanto à alimentação, horas de sono necessárias, repouso, reafirmando que o primeiro cuidado com a criança vem desde o ventre materno, esses tipos de cuidados são feitos no momento do pré-natal, os registros são feitos nos prontuários, cartão da gestante, livro específico da unidade de saúde e alimentado o sistema de informação correspondente.

Conforme dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão, a “Realização da avaliação antropométrica dos adultos com hipertensão”, a HAS tem grande causa de mortes em indivíduos adultos, o índice maior está entre os indivíduos acima do peso de ambos os sexos, sendo que os homens apresentam em média duas vezes mais chances de desenvolver a doença do que as mulheres, o principal fator de risco é o sobrepeso, desenvolvendo o risco de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, esses agravos são importantes causas de morbimortalidade e apresenta elevado custo social. A avaliação das medidas antropométricas em adultos que são peso, altura, circunferência da cintura e circunferência do quadril, e calculo do IMC (Índice e massa corporal) e aferição da Pressão arterial, assume papel importante para a prevenção, por está razão, as unidades básicas de saúde da família estabelecem vinculo com esse paciente para que se tenha um acompanhamento voltado à melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Os registros dos pacientes são feitos em cadernos de hipertensos, cartões do usuário onde são colocados os agendamentos e o controle da pressão arterial, do peso, glicemia e medicação, e também no sistema de informação à saúde.

No que se refere a “Realização da avaliação antropométrica dos adultos com diabetes” a avaliação antropométrica realizada em adultos busca avaliar o nível de equilíbrio do corpo quanto a ingestão de nutrientes, se há desnutrição ou obesidade, no caso de pacientes com diabetes mellitus, sendo a diabetes também um resultado da obesidade. Esses pacientes são avaliados com frequência na tentativa prevenir uma possível complicação do seu estado de saúde. A avaliação é realizada através da observação da história clínica do paciente; peso, altura, Combinações de peso e altura; circunferências (do braço, cintura, quadril, panturrilhas) e exames laboratoriais.

No que diz respeito a “Realização do registro do número de casos de usuários com deficiência”, Othero (2002 apud VAITSMAN 2009, P. 179) cita que “há uma negação na dignidade das pessoas diferentes, erguendo-se estereótipos e se vinculando uma qualidade negativa À diferença”, as representações sociais contribuem para que seja mais complexa a

atenção à saúde ao paciente com deficiência. Sendo a Unidade Básica de Saúde, de acordo com o mesmo autor (2009) um lugar de atendimento global, é necessário que nela seja atendida todo paciente que necessite dos serviços de atenção à saúde. Logo após a criação do SUS, viu-se que os pacientes com deficiência precisavam de assistência não apenas de reabilitação como era oferecido pelo sistema, a partir daí foram criados programas com a atenção voltada aos portadores de deficiências, sendo assim as unidades de saúde da família buscam acolher esse tipo de paciente, tornando-o mais vinculando possível com a equipe.

Citando a “Realização de atendimento clínico para usuário idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio” o Ministério da Saúde (2012, p. 9-10) apud Mendes (2011) “o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio”, a medida que a população envelhece se tem um aumento de doenças crônicas degenerativas com isso a necessidade do cuidado continuado, por vezes essa população idosa não dispõe de condições físicas para se deslocar as unidades de saúde, devido a essa necessidade foi criado a AD (Atenção Domiciliar), com o intuito de dar continuidade ao trabalho iniciado nos hospitais, e de proporcionar celeridade nos processos hospitalares, no que diz respeito à prevenção de contágio de doenças oportunistas devido à baixa imunidade dos pacientes idosos, já que essa ação busca promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, tendo a garantia do cuidado continuado, não existindo assim rupturas no cuidado prestado ao paciente. Esses cuidados são dirigidos a população de territórios definidos e exercido por uma equipe da unidade de saúde.

Todos os cuidados realizados pelos profissionais de saúde da UBS são registrados no prontuário do paciente, e no livro de procedimentos, no caso da “Realização de procedimentos de enfermagem para usuários idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio”, os procedimentos a serem realizados na residência do usuário, esses dados são registrados também no livro de visitas domiciliares, no gráfico 04 (quatro) temos os dados de atendimento da unidade com relação aos idosos, sempre que é feito injeções prescritas por médicos, curativos, acompanhamento de com aferição da pressão arterial e controle da diabetes mellitus através da medição da glicemia capilar.

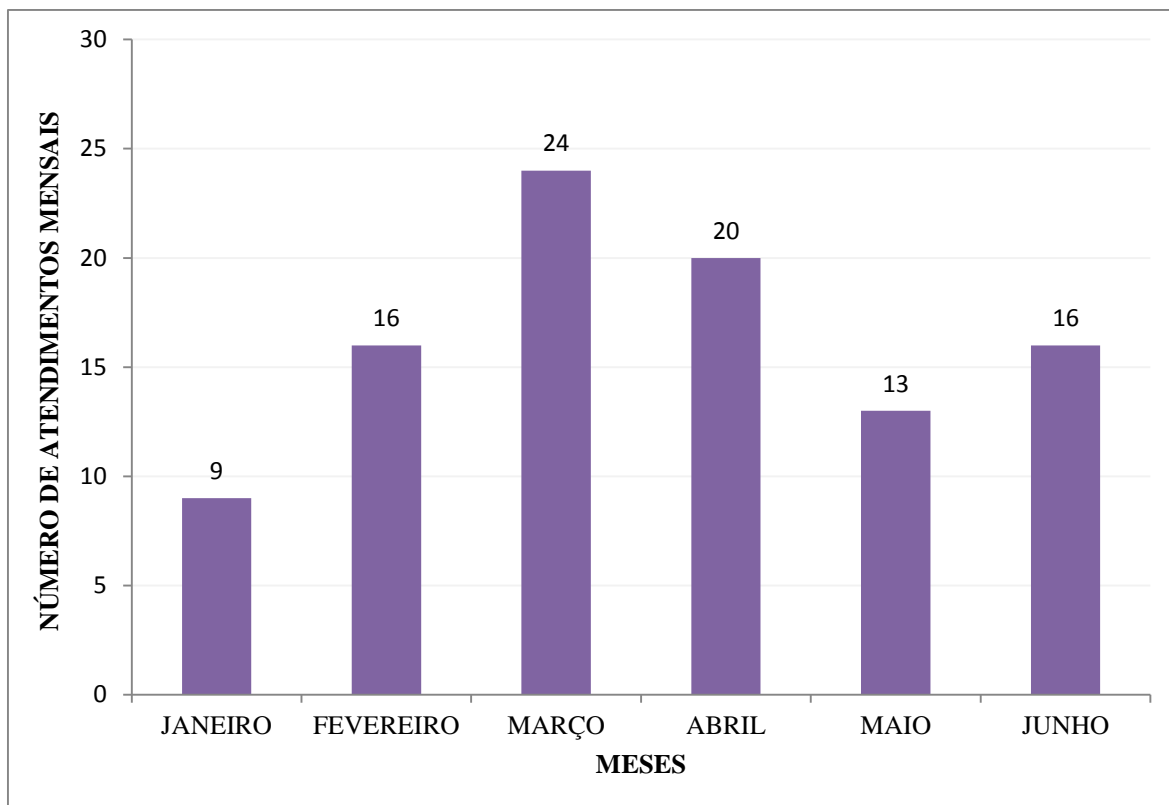


Gráfico 04: Realização de procedimentos de enfermagem para usuários idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

No gráfico 04 (quatro) temos no mês de janeiro uma soma de 09 (nove) procedimentos de enfermagem realizados para idosos, esse resultado se deu devido à disponibilidade de transporte suficiente para os profissionais visitarem os domicílios dos idosos, já no mês de março e abril temos um número de 20 e 24 respectivamente, explica-se por a equipe conseguiu sanar o problema com o transporte resolveu desde fevereiro de forma gradativa os agendamentos de visitas domiciliares.

Ao que se diz respeito a “Realização do registro do número de acamados/domiciliados no território” é feito o controle de registro necessário para que se tenha o número exato de pessoas acamadas e dependentes das visitas da equipe de saúde, se explica por essas pessoas necessitarem na maioria das vezes de exames diferenciados, vacinas, agendamento de consultas com especialistas. O monitoramento é feito pelo ACS responsável ela área, e repassado para o responsável técnico da unidade, como também para toda a equipe todas as questões em relação ao paciente são avaliadas, desde a necessidade de visitas até o cuidado continuado.

A Realização do registro dos usuários do território que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados/domiciliados) se trata de um registro feito pelos ACS para

que a equipe de saúde tenha números das pessoas que não são acamadas mais necessitam de visita domiciliar da equipe de saúde, que tenham dificuldade de locomoção, que tenha retardo mental, perturbação psicológica, ou que necessitem de cuidados continuados do serviço de saúde. Então, a equipe de saúde em reunião faz agendamento com o ACS e com a família para assistir aquele determinado usuário. A UBS Luiz Paulino conta com alguns casos especiais como, pessoas com mal de Parkinson, com síndrome de mucopolissacarídose, esclerose múltipla, que necessitam de cuidado continuado, no gráfico 05 (cinco), mostra-se que em fevereiro tem-se uma alta de resultados, isso mostra que houve bastante visitas a pessoas necessitadas, cumprindo o indicador do programa.

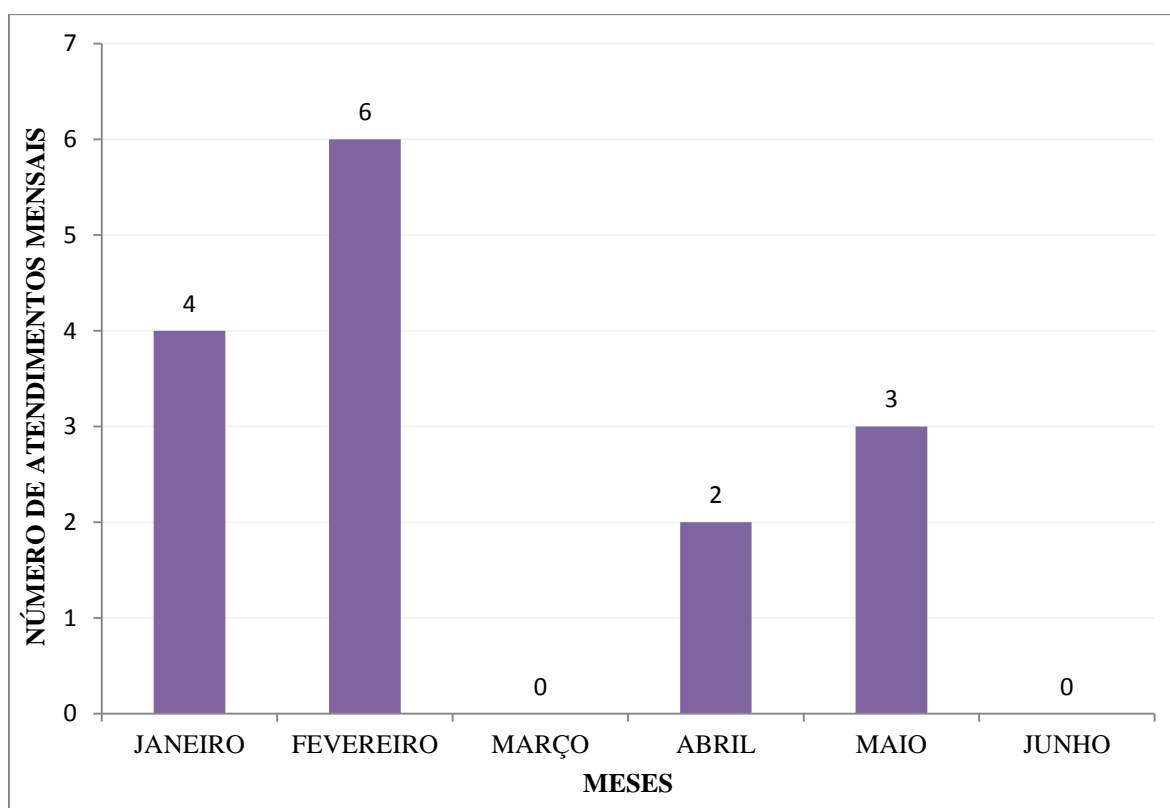


Gráfico 05: Realização do registro dos usuários do território que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados/domiciliados)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Pode-se avaliar no gráfico 05 (cinco) que nos meses de Março e Junho, não houve atendimento, isso se deu em março por conta da ausência de transporte para locomover a equipe até os domicílios dos pacientes necessitados, isso se torna uma realidade muito dura para toda a equipe e também para a comunidade, implica dizer que infelizmente fatores externos influenciam no fluxo do trabalho e na realização do cumprimento dos indicadores.

Ao que se trata da “Realização de consulta na UBS para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico” as consultas agendadas ou emergenciais de pessoas com sofrimento psíquico, essas pessoas são acompanhadas por profissionais de saúde e encaminhadas quando necessário para serviços especializados que são os CAPS, ou hospitais de urgência psiquiatria, no caso do município a referência é a cidade de Campina Grande, que conta com dois hospitais de urgência psiquiatria, o Hospital Dr. Edgley no bairro do José Pinheiro e o Hospital Dr. Maia, localizado no centro da cidade.

No caso da “Realização de grupos terapêuticos para cuidar de pessoas com sofrimento psíquico” são criados grupos para apoio e acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico, com intuito de orientar quanto ao uso de medicamentos e quanto à dependência dos mesmos. A unidade de saúde tem registros desses pacientes que são frequentadores desses grupos, pois é nas UBS que é feito o contato continuado desses usuários em tratamento, os pacientes e familiares são orientados a frequentarem a unidade de saúde e fortalecerem o vínculo com os profissionais, as reuniões também tem o intuito de alertar os familiares quanto a possíveis surtos.

Na perspectiva da “Realização de atividades de educação em saúde para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico” é feita através do apoio com profissionais do CAPS é feita orientação educativa a pessoas em sofrimento psíquico, com o intuito de acompanhá-los de forma periódica, para que se evitem surtos repentinos e agravos na sua doença, nas palestras realizadas pelas unidades de saúde, a orientação do usuário é feita juntamente com a família.

Diante da “Realização de atendimento com profissionais NASF para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico” o paciente com sofrimento psíquico é de atenção total voltada a saúde mental, as unidades básicas de saúde contribuem diretamente para a consolidação da reforma psiquiátrica, onde deixa-se de atuar com internações em hospitais psiquiátricos e passa-se a atender esses pacientes em unidades terapêuticas. No serviço de atenção básica o paciente é acompanhado pela equipe da unidade que trabalha de maneira multidisciplinar, juntamente com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que dispõe de profissional especializado, o psiquiatra para tratar e acompanhar o caso do paciente, dando suporte a unidade básica. De acordo com a gravidade dos casos que orientam amaneira articulada de encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios e Programa de Volta para Casa.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são instituições destinadas a acolher o paciente com transtornos mentais, oferece-lhe atendimento médico e psicológico, é referencia dos serviços de saúde para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicose, neurose graves e outros casos de transtornos, Na “Realização de atendimento com especialistas da rede/CAPS (psicólogo/psiquiatra) para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico” o CAPS assume o papel estratégico na rede de cuidados comunitários, por ter o objetivo de acompanhar clinicamente os usuários e reinseri-los socialmente nos laços familiares e comunitários. Os CAPS são serviços articulados na rede de saúde e precisam permanentemente de outros setores afins, fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais, a instituição desenvolve projetos terapêuticos e comunitários, acompanhando pacientes que moram nas residências terapêuticas e dispensando medicamentos de uso controlado e contínuo, esse trabalho realizado pelos centros de atenção psicossocial surge para apoiar o trabalho das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no cuidado e acompanhamento dos usuários.

De acordo com Coelho (2010 apud OMS 2001, p. 5), os transtornos mentais será a segunda causa de adoecimento da população em poucos anos. Através dessa percepção, entende-se que o número de pacientes de SM só irá aumentar. De frente disso a “Realização de encaminhamento para o CAPS ou outro dispositivo de Saúde Mental para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico” é de extrema importância, pois é necessário que se faça um contato amigável e acolhedor, para que o mesmo possa entender a sua doença e também para que se criem vínculos com a equipe, em cima de cada caso é avaliado a situação, e nos casos graves, a equipe de profissionais da UBS decide juntamente com a família o encaminhamento do paciente ao CAPS, no serviço especializado o paciente terá um acompanhamento mais voltado para sua doença, melhorando sua qualidade de vida, são desenvolvidos trabalhos como orientação, acompanhamento das medicações, oficinas terapêuticas, atendimento a família, e atividades que buscam a inserção no leito familiar e social.

Nesse sentido a Realização de encaminhamento para o CAPS AD ou outro dispositivo de Saúde Mental para cuidar de pessoas em sofrimento psíquicos feito através da UBS ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPSad), trabalha com a paciente com transtornos mentais, onde abuso excessivo de álcool e drogas é secundário a condição clínica do transtorno, nesse tipo de atendimento o paciente pode até ficar interno

na unidade pra desintoxicação se necessário, se diferenciando do outro tipo de CAPS, onde os paciente tem o acompanhamento de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 e voltam para suas casas todos os dias, mais esse acompanhamento de internos só é feito em casos muito graves. O intuito da unidade CAPS é reinserir esse paciente na sociedade, em face disso, é realizado oficinas terapêuticas, orientação educativa e acompanhamento de medicamentos, a UBS que trabalha de forma conjunta com o CAPS, encaminha o paciente de estado grave de doença com agravante do uso de álcool e drogas para o CAPS, desse momento em diante a unidade trabalha junto com o CAPS na orientação e acompanhamento do paciente e da sua família.

Atividades de educação em saúde para crianças no PSE, programa saúde na escola, a abordagem é feita através de temas atuais, de forma prática e objetiva, para que as crianças e adolescentes possam entender a necessidade de procurar o serviço de saúde, e entender também o trabalho da equipe na comunidade. Na “Realização de registros das atividades realizadas na escola” o objetivo é fortalecer a comunicação entre escolas, equipes de atenção básica e unidades básicas de saúde. O gráfico 06 (seis) pode-se observar a frequência com que foram feitas as visitas nas escolas.

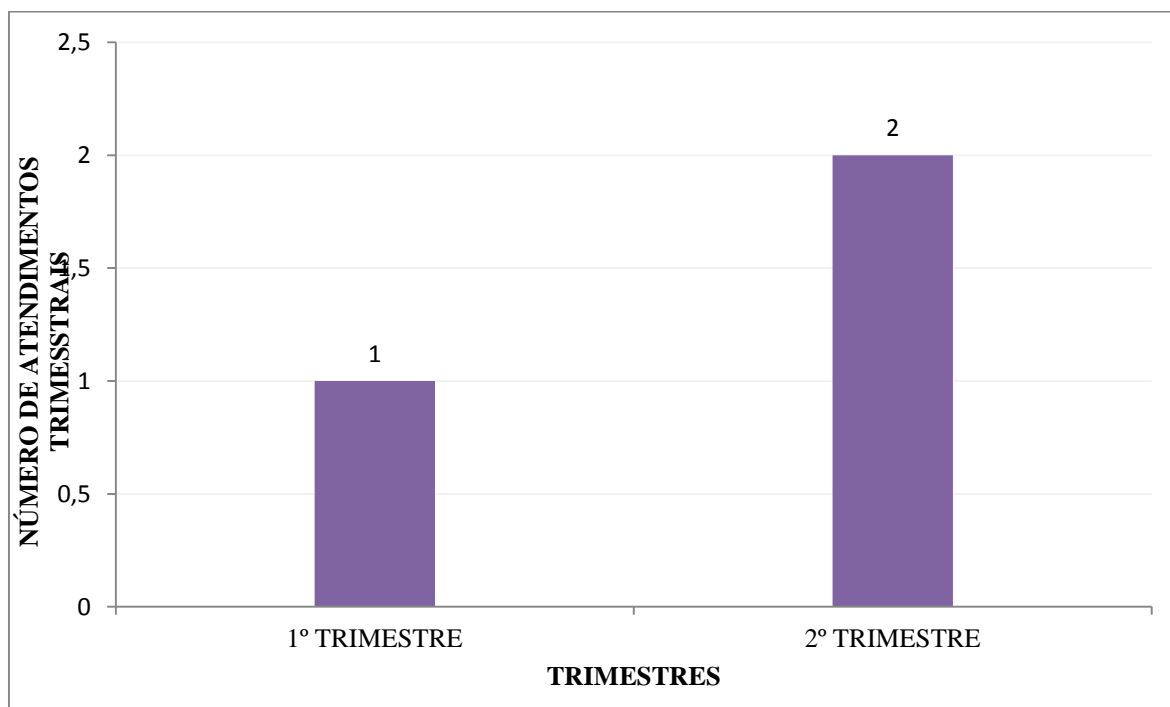


Gráfico 06: Realização de registros das atividades realizadas na escola.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

As unidades de saúde da família rotineiramente fazem visitas nas escolas, para orientar e prevenir agravos, com o intuito de aproximar a comunidade e a unidade de saúde, os índices do gráfico 06 (seis) mostra que no primeiro semestre do ano foram realizadas três visitas nas escolas, no primeiro trimestre, ou seja, de Janeiro à Março, foi realizada apenas uma palestra, e no segundo trimestre de abril a junho foram realizadas 02, a equipe tinha uma meta de 08 palestras, a qual não conseguiu atingir, por questões de disponibilidade de transporte e de profissionais qualificados para ministrar as palestras.

O Ministério da Saúde de acordo com a (PORTARIA 931), considera e a OMS estimula as medicinas Tradicionais como formas alternativa e complementar, e quanto a “Realização de praticas integrativas e complementares para os usuários do território”, recomenda que as Secretárias de Saúde dos Estados e Municípios, implementem ações de serviços a práticas integrativas e complementares para que possam se utilizar dessas Medicinas alternativas como forma complementar de tratamento de enfermidades, na perspectiva de prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde, observando-se os requisitos de segurança, eficácia, uso racional e acesso, este tipo de tratamento com ênfase na atenção básica é voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral da saúde. A acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental, fitoterapia e homeopatia, incorporam as unidades de saúde consultas e tratamentos alternativos, contemplando práticas populares.

Na Medicina Tradicional Chinesa, trata do ser humano como um todo, diferente da Medicina oriental, na “Realização de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura” o cuidado de cada pessoa é realizado considerando o corpo e a mente de forma unificada. E a Acupuntura é um método incentivado pelo SUS, principalmente no nível de atenção básica, se trata da inserção de agulhas especiais, podendo ser de prata, aço inoxidável e ouro, com o intuito de estimular o organismo a melhorar sua função natural de reação contras as doenças, as agulhas são inseridas em pontos específicos e em diferentes profundidades da pele, elas tem capacidade de tratar de grandes variedades de doenças, alterando condições físicas e bioquímicas.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a “Realização de Medicina Tradicional Chinesa; Auriculopuntura se trata de uma especialidade da Medicina Chinesa, menciona o uso de pontos na orelha para tratamento de diversas enfermidades, à prática se dá através da colocação de pequenas esferas ou sementes com adesivos na orelha dos pacientes, podendo tratar cerca de 200 doenças, o pavilhão auricular constitui um microssistema,

capaz de funcionar como um receptor de sinais de alta especificidade. Nesse tipo de técnica são realizados vários tipos de tratamentos de várias doenças, por ter baixo custos e geram poucos efeitos colaterais. As técnicas de práticas integrativas e complementares são autorizadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 971 (2006), para serem realizadas nos serviços de atenção básica do SUS, desde que haja profissionais capacitados para atuarem.

Já no que diz “Realização de Medicina Tradicional Chinesa/Práticas Corporais (Tai Chi Chuang, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)”, se trata de métodos profiláticos de meditação e artes marciais que ajuda na manutenção da saúde de formas de intervenção para recuperá-la, são artes milenares que beneficiam as pessoas como um todo, equilibrando tanto o corpo como a mente, ajuda ao corpo a executar suas funções de forma eficiente, a prática constante dessas atividades pode gerar muitos benefícios com, por exemplo, aumento da vitalidade; aumento da atenção e concentração mental; auxilia na prevenção e redução do estresse e a sobrecarga mental e fortalecimento do sistema imunológico ajudando na prevenção de doenças.

Integrando o grupo de medicinas alternativas e complementares a “Realização de Medicina Antroposófica” é segundo Benevides (2012, p.5), uma abordagem complementar médica-terapêutica, onde o modelo busca a integralidade do cuidado a saúde, ou seja, de forma transdisciplinar, está inserida no Brasil a cerca de 60 anos (MS, 2006, p. 23), nesse tipo de medicina alternativa destaca-se o uso de medicamentos asseados na homeopatia, na fitoterapia, medicina chinesa e acupuntura, o SUS passou a ver a Medicina Antroposófica, como forma alternativa de tratamentos das doenças, ainda segunda a autora, a antroposofia vem galgando reconhecimento desde 1970, sendo inserida nas unidades básicas de saúde da família, essa forma de medicina complementar segue auxiliando a medicina tradicional do país, tendo em vista o cumprimento dos princípios do SUS. A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

A indicação o uso de águas com finalidade terapêutica, ou seja, a “Realização de Termalismo Social/Crenoterapia” está associada à medicina tradicional e complementar/alternativa, compreende as diferentes maneiras de tratamento de saúde utilizando água mineral, se configura como prática promotora de saúde está alinhada as necessidades de saúde da população do SUS, por ser um modelo atenção sistêmico pautado na universalidade de acesso, integralidade e equidade. A crenoterapia passou a inserir-se nas abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde,

cujos alvos principais são a busca e a manutenção da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, sua ênfase nos serviços básicos de saúde, está pautada na escuta acolhedora e no desenvolvimento do vínculo terapêutico do ser humano, integrando o mesmo ao ambiente e a sociedade.

Quanto a “Disponibilização de plantas medicinais e fitoterapia” o SUS estabelece critérios na unidade básica de saúde com relação à inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicas, como forma de aproveitamento potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, identifica-se as necessidades da maioria da população de doenças passíveis de ser tratada com plantas medicinais e fitoterápicas, a unidade de saúde que dispõe desse tipo de atendimento deve desenvolver instrumento de acompanhamento e avaliação desses pacientes que utilizam esse tipo de tratamento.

Segundo o MS (2006, p. 20) a “elaboração e aprovação da PNPIC aconteceram as articulações para aprovação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (PNPMF), concretizada por meio do Decreto n. 5.813, de 22 junho 2006”. Depois de criada esse decreto, foram criados vários programas voltados a práticas de inserção de plantas medicinais nas unidades de saúde da família, com o intuito de estimular alternativas inovadoras no desenvolvimento das comunidades, na prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Conforme o MS (2006, p.17) em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina. A “Disponibilização de medicamentos homeopáticos” e inserção da homeopatia pelo SUS representa uma estratégia de serviço centrado na saúde, ainda segundo o MS, coloca o sujeito-paciente no centro do paradigma, compreendendo todos os aspectos, físico, psicológico, social e cultural; atua no fortalecimento do vínculo com os profissionais da unidade de saúde, e contribui para o uso racional de medicamentos. Em 1988 foi fixadas normas de atendimento em homeopatia na rede pública de saúde, nesse intuito visa apoiar e fortalecer as iniciativas da homeopatia na atenção básica.

No que se observa, os indicadores exigidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, estão totalmente vinculados às diretrizes dos SUS, são serviços básicos de atendimento voltados ao paciente de forma integral, as unidades básicas de saúde são as maiores responsáveis pelo acolhimento, direcionamento e criação de vínculos desses pacientes com o serviço público de saúde, por essa razão se preza pela prestação de

serviços de qualidade, pois sendo o serviço a porta de entrada satisfatória, o paciente torna a voltar para se beneficiar dos serviços disponibilizados. Quanto há alguns indicadores foi encontrado dificuldade de cumprimento de registros de dados, principalmente nas medicinas alternativas, a unidade não dispõe do serviço, por não haver profissionais capacitados para garantir o atendimento, mais o que se percebe que com o apoio do SUS, esses serviços estarão brevemente em funcionamento.

Capítulo 5:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora já existisse a preocupação com o desempenho do serviço público no país, nos últimos anos tem-se maior repercussão quanto a esse assunto, constrói-se que na prestação do serviço público, a qualidade é uma percepção que pode se modificar dependendo da pessoa que a está avaliando, no caso das organizações públicas a qualidade não é considerado um fator opcional e sim uma peça indispensável para sobrevivência do serviço. A qualidade se torna mais complexa com relação aos serviços de saúde.

Por esse motivo, em 1974 os governos decidiram por se reunir juntamente com a Organização Mundial de Saúde, para decidir à adoção de um modelo voltado a atenção à saúde, pensando em uma forma de atingir o objetivo maior de assistência à saúde para os seres humanos. Desde a realização desta reunião até os dias atuais busca-se a cada dia melhorar o desempenho dos serviços voltados à saúde, e com o esse intuito de melhoria, o governo federal cria em 2006 a rede de Atenção Básica à Saúde, voltada para os cuidados da saúde da família através de Unidades Básicas de Saúde, quando colocado em prática à estratégia, viu-se a necessidade de Melhoria do Acesso até essas unidades, mais só em 2011 o governo federal em parceria com o Ministério da Saúde e municípios, cria o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, programa voltado a disponibilizar recursos financeiros para os municípios utilizarem na melhoria das unidades de saúde, para que se possa investir no acesso da população aos serviços, na estrutura das Unidades e na capacitação dos profissionais, com o intuito maior de melhorar a qualidade no atendimento.

Nesse sentido a pesquisa buscou avaliar a qualidade da atenção básica de saúde no município de acordo com os indicadores do PMAQ, para isso, buscou-se descrever os objetivos e condições para o funcionamento do mesmo, a pesquisa foi realizada na unidade de saúde Luiz Paulino da Costa, localizado na zona rural do município de Pocinhos; ao todo foram verificados 40 (quarenta) indicadores, os quais foram analisados os de maiores e menores índices na unidade; quanto a investigação das informações fornecidas pelo município, foram verificados documentos da unidade, leis do município, cadernos e prontuários. Dessa forma o objetivo da pesquisa foi alcançado.

O tema deste trabalho acadêmico é de fundamental importância para a população de um forma geral, e principalmente para o município e unidades de saúde vinculadas ao programa de melhoria do acesso e da qualidade, pois, mostrou-se neste trabalho, o intuito

do programa, as diretrizes, direitos e deveres de ambas as partes. Em face dos indicadores impostos pelo programa às unidades de Saúde, os registros em termos numéricos, mostram que há resultados de acordo com o solicitado pelo programa, todos os profissionais da unidade de saúde trabalham em prol de cumprir com os indicadores do PMAQ. Dessa forma analisou-se o índice de melhoria de acordo com os gráficos avaliados em documentos das UBS, mostrando os meses de altos desempenhos, assim também como os de desempenhos mais baixos, justificando de acordo com dados coletados em prontuários e documentos da UBS estudada. Devido à importância do tema, é necessário considerar que novas pesquisas nesta área tem grande possibilidade de contribuir para a melhoria do desempenho das ações de qualidade nos serviços de saúde, uma sugestão seria ampliar essa pesquisa por regiões, já que se trata da atuação de um Programa a nível nacional, possibilitando ampliar o conhecimento sobre o tema.

Na pesquisa pode-se concluir que o incentivo do Governo Federal dá qualidade aos serviços de saúde do município de Pocinhos, e que a parceria vem dando muito certo, pois o serviço prestado a comunidade vem a cada dia melhorando e em contrapartida para o município tem buscado apoiar e incentivar os profissionais a desenvolverem a qualidade dentro dos serviços prestados a comunidade. Em face disso pode-se perceber que os recursos são investidos na unidade de forma clara e que se viu na prática que os profissionais têm condições de trabalho, boa estrutura da unidade de saúde, equipe de profissionais capacitados, pode-se perceber que a população está satisfeita com os serviços, essa parceria firmada entre município e Governo Federal vem dando muito certo até o presente momento.

REFERÊNCIAS

ALBANES, H. C. O programa Nacional de Melhoria o Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua Relação com a Qualidade dos Serviços Prestados nos Centros de Saúde. **Coleção Gestão de Saúde Pública**, volume 4, 2013.

BENEVIDES, Iracema. Inserção da medicina antroposófica no Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, marcos normativos e desafios para sua implementação. **Arte Médica Ampliada**. Vol.32 | N. 1 | Janeiro/fevereiro/março de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/ Brasília. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000**. “Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania”. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>>. Acesso em: 30 de Agos. 2016.

BRASIL, **Portaria nº 931, de 10 de maio de 2012**. “Considerando que a Constituição da República de 1988, nos art. 6º e 196, elegeu o acesso à saúde como princípio social fundamental, direito de todos e dever do Poder Público”. Ministério da Saúde. Brasília. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0931_10_05_2012.html. Acesso em 20 de set. 2016.

BRASIL. **Lei 1274/2013, 02 de dezembro de 2013**. “Cria no município de Pocinhos/ PB, o prêmio – PMAQ/Ab, previsto na Portaria nº. 1654/2011 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), devida aos trabalhadores que prestam serviço nas equipes de Atenção Básica contratualizadas no PMAQ dá outras providências. Prefeitura Municipal de Pocinhos. Pocinhos. PB. 2013.

CANUTO, O. M. C. O serviço social na atenção primária à saúde: Construindo novas práticas e saberes. In: COSTA, L. F. A. da; RIBEIRO, H. M. C. B. (Orgs.) **Políticas de Saúde e Serviço Social, Contradições, Ambiguidades e Possibilidades**. Fortaleza: EDUECE, 2011, p. 94-106.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação e serviços de atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.4, p.-935-947, 2011.

CORREIA, V.R., et al. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rer Esc Enferm USP**. São Paulo, p. 1501-1506, 2011.

FADEL. M. A. V. ; FILHO, G. I R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 43(1): 07-22, jan./fev. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n1/a02v43n1.pdf>>. Acesso em: 18 de Agos. 2016.

GIL, C. R. R., Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: Sinergias e singularidades do contexto brasileiro, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1171-1181, jun, 2006.

LADEIRA, F.. PMAQ= Acesso e Qualidade Atenção básica ajusta foco em sua missão. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano XII, p. 31-37, 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil, **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <link> Acesso em: 29 Agos. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> >. Acesso em 27 de Agos. 2016.

KAUARK, F. da S.; et al. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**, Bahia, 2010.

MANUAL INSTRUTIVO DO PMAQ. **Para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. Brasília – DF, 2ª edição. Ministério da Saúde, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia saúde da família, **Rev. Bras Enfer.** 2013, p. 158-64.

OTHERO, M. B. ; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária. discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Comunicação saúde educação.** v.13, n.28, p.177-88, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015> . Acesso em: 19 de Set. 2016.

PINTO, H. A. ; SOUSA, A. ; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS- R. Eletr. De Com. Inf. Saúde.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, SUP., Ago. , 2012. Disponível em : <www.reciis.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 20 Agos. 2016.

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS. **Atitude de ampliação de acesso**. Brasília, 2006.

PROENÇA, D. ; SZEKIR, M.. APS 2003-2010: Superação e batalhas diárias. **Revista brasileira Saúde da família:** Brasil, Ano XI, p.32-50, jul/dez 2010.

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Instrumento de Avaliação Externa Para as Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal**. Ministério da saúde. Brasília, 2016.

RIGHI, A. W. ; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma avaliação da estratégia saúde da família. . v.10, n.3, set. 2010. Disponível em: <<https://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/405/721>>. Acesso em: 20 Agos. 2016.

SCHVEITZER, M. C. et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. 2012. p. 442-450.

SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F. P., A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009 p. 31-41. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 31 Agos. 2016.

TERMO DE COMPROMISSO GESTOR MUNICIPAL. **3º Ciclo PMAQ**. Pocinhos, 2015.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 14º ed. 2013.

_ Análise de Conteúdo. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ANEXOS

INDICADOR DESCRITIVO
Realização do registro do acompanhante das gestantes
Realização de busca ativa das gestantes faltosas a consulta de pré-natal
Realização do registro do acompanhante das crianças até dois anos
Realização do registro de vacinação no acompanhamento das crianças até dois anos
Realização do registro sobre o crescimento e desenvolvimento no acompanhamento das crianças até dois anos
Realização do registro sobre o estado nutricional no acompanhamento das crianças até dois anos
Realização do registro das orientações sobre saúde bucal das crianças até dois anos
Realização do registro do Teste do pezinho
Realização do registro do Teste da orelhinha
Realização do Teste do olhinho
Realização do registro de violência familiar das crianças até dois anos
Realização do registro de acidentes das crianças até dois anos
Realização do exame do pé diabético em usuários com diabetes
Realização do exame do fundo de olho em usuários com diabetes
Realização da avaliação antropométrica das crianças menores de dois anos de idade
Realização de avaliação antropométrica das crianças acima de dois anos de idade
Realização de avaliação antropométrica das gestantes
Realização da avaliação antropométrica dos adultos com hipertensão
Realização da avaliação antropométrica dos adultos com diabetes
Realização do registro do número de casos de usuários com deficiência
Realização de atendimento clínico para usuário idoso e/ ou que necessite de cuidado no domicílio
Realização de procedimentos de enfermagem para usuários idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio
Realização do registro do número de acamados/domiciliados do território
Realização do registro dos usuários do território que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados/domiciliados)
Realização de consulta na UBS para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico
Realização de grupos terapêuticos para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico
Realização de atividades de educação em saúde para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico
Realização de atendimento com profissionais NASF para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico
Realização de atendimento com especialistas da rede /CAPS (psicólogo, psiquiatra) para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico.
Realização de encaminhamento para o CAPS ou outro dispositivo de SM para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico
Realização de encaminhamento para o CAPS AD ou outro dispositivo de SM para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico
Realização do registro de atividades realizadas na escola
Realização de Práticas Integrativas e Complementares para os usuários do território
Realização de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura
Realização de Medicina Tradicional Chinesa/Auriculopuntura
Realização de Medicina Tradicional Chinesa/Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)
Realização de Medicina Antropófica
INDICADOR DESCRITIVO
Realização de Termalismo Social/ Crenoterapia
Disponibilização de plantas medicinais e fitoterapia
Disponibilização de medicamentos homeopáticos



Figura 01: Praça Central da Cidade de Pocinhos.



Figura 02: Vista Panorâmica da Cidade de Pocinhos



Figura 03: Brasão da Cidade



Figura 04: Unidade Básica de Saúde Luiz Paulino da Costa.



Figura 05: Sala de Curativos.

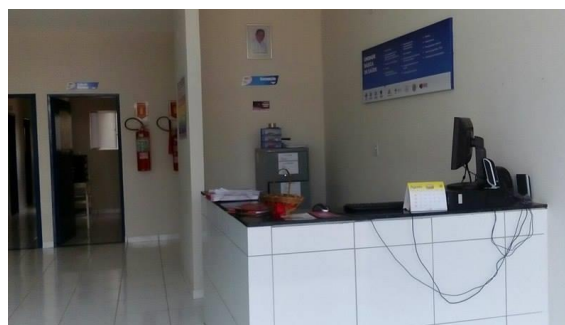


Figura 06: Recepção da UBS.



Figura 07: Consultório de Triagem.

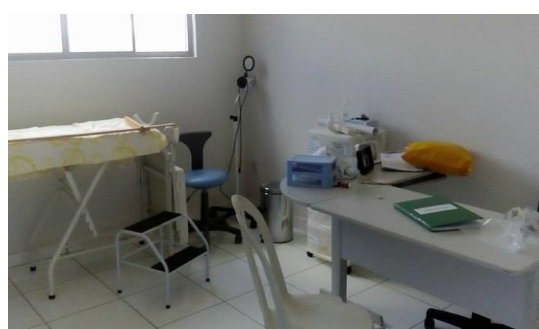


Figura 08: Consultório de Enfermagem.

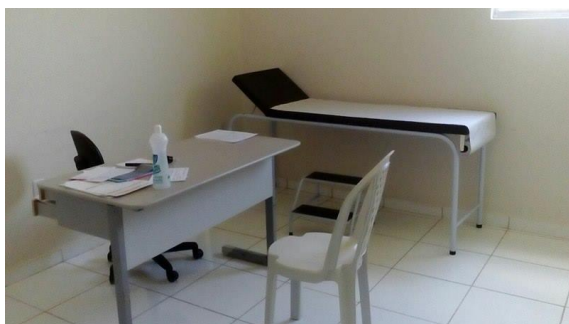


Figura 09: Consultório Médico.



Figura 10: Sala de Imunização.



Figura 11: Arquivos Gerais.



Figura 12: Consultório Odontológico.