

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TÁRCIO GUILHERME ERN

**REFLEXÕES ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE NA UBS SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM
ARAUCÁRIA/PR**

CURITIBA
2014

TÁRCIO GUILHERME ERN

**REFLEXÕES ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE NA UBS SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM
ARAUCÁRIA/PR**

Pesquisa apresentada ao Departamento de Administração Geral e Aplicado do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador: Prof. Dr. Glauco Gomes de Menezes

CURITIBA
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela preparação...

A meu orientador, Prof. Dr. Glauco Gomes de Menezes, pelo apoio e paciência.

A Equipe de Atenção Básica da Unidade de Saúde São Francisco de Assis
em Araucária, pela força e colaboração.

A Secretaria Municipal de Saúde pelas oportunidades dadas.

RESUMO

A Atenção Básica tem sido caracterizada como a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde. Visando a institucionalização de padrões de qualidade e ampliação de acesso, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Com incentivo da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR, a pesquisa visa avaliar a implantação do PMAQ na Unidade Básica de Saúde São Francisco de Assis. As metodologias de pesquisa utilizadas no estudo são a pesquisa qualitativa, que procura a compreensão da organização e da realidade local; a pesquisa bibliográfica, que procura a apropriação do conhecimento já publicado acerca do tema; a pesquisa-ação, que está focada na intervenção participativa realizada pela Equipe de Atenção Básica. A equipe de saúde reconhece a estratégia do programa na busca de melhorias para a ampliação do acesso e a avaliação das ações de saúde através dos indicadores de desempenho e monitoramento, porém identificam problemas para sua implantação, como déficits de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, reforçam a necessidade de ampliar os espaços para discussão e construção coletiva da estratégia para alcance dos objetivos do programa. Verifica-se ainda, que a informatização do serviço é um elemento facilitador do processo de implantação. Conclui-se que o PMAQ é uma estratégia válida de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde e estruturação de indicadores relacionados à dinâmica local. Para a implantação deste serviço, é necessária a adequação de quantitativo de recursos humanos em consonância com as diretrizes do programa e a construção de espaços coletivos para organização do serviço, possibilitando reorganizar o acesso e a mensuração e monitoramento de indicadores de saúde de acordo com os pressupostos do programa.

Palavras-chave: Acesso. Melhoria de qualidade. Viabilidade de implantação.

LISTA DE TABELAS

1. Indicadores de Desempenho e Monitoramento para Áreas da Saúde da Mulher e Criança	37
2. Indicadores das Áreas: Controle de HAS / DM, Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental, Saúde Bucal e Produção Geral.....	40
3. Recursos Humanos da UBS São Francisco de Assis	47
4. Recursos Necessários para a Implantação do PMAQ.....	49
5. Cronograma de execução.....	50

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EAB – Equipe de Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

NIS II – Núcleo Integrado de Saúde II

PAB – Piso da Atenção Básica

PAI – Pronto Atendimento Infantil

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

REPAR – Refinaria Presidente Getúlio Vargas

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL – WEB - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Termo de Compromisso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVOS	28
1.1.1 OBJETIVO GERAL	28
1.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
1.2 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO	28
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	30
2.1 INDICADORES DO PMAQ	35
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	45
4. A ORGANIZAÇÃO.....	46
4.1 DESCRIÇÃO GERAL.....	46
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	47
5. PROPOSTA	49
5.1 RECURSOS.....	49
5.2 CRONOGRAMA	50
6. RESULTADOS.....	51
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	58

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica está consolidada no mais alto grau de descentralização devido sua grande capilaridade de unidades de saúde que, prioritariamente, funcionam como a principal via de acesso ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Assim, é fundamental que a universalidade, a integralidade, a acessibilidade, o vínculo, a responsabilização sanitária e a participação social estejam garantidas.

No ano 2012, o município de Araucária implantou o PMAQ em todas as Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família. Para o ano de 2014, a Secretaria Municipal de Saúde planeja ampliação do Programa para todas as Unidades Básicas de Saúde do município. Neste contexto, a UBS (Unidade Básica de Saúde) São Francisco de Assis, localizada no município de Araucária-PR, é responsável por uma área de abrangência com aproximadamente 22.000 habitantes. A equipe de saúde é formada por médicos (clínico-gerais, ginecologistas e pediatras), odontólogos, auxiliares e técnicos de saúde bucal, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêutica, fonoaudióloga, psicóloga e agentes comunitários de saúde conforme apresentado no Quadro 3.

A adesão ao Programa visa inserir profissionais de saúde e gestores na dinâmica local, construindo indicadores de saúde e auto avaliando o processo de trabalho a fim de promover melhorias no acesso e na qualidade da assistência. Em contrapartida são repassados incentivos financeiros que podem ser utilizados para melhoria das condições de trabalho, compra de materiais permanentes ou gerar gratificações para os servidores envolvidos.

A análise de viabilidade do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) na UBS São Francisco de Assis, em Araucária, permite relacionar a situação local aos critérios de implantação exigidos pelo programa federal.

Metodologicamente, a intervenção utiliza-se da pesquisa de natureza qualitativa, adotando uma perspectiva exploratória, com uso da pesquisa bibliográfica e utilizando o instrumento de estudo de caso. Pressupõe ainda a pesquisa-ação, inserindo o pesquisador na dinâmica do programa e na consolidação dos objetivos da intervenção.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Discutir a viabilidade da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Unidade Básica de Saúde São Francisco de Assis em Araucária/PR.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Quantificar os profissionais de saúde que compõem a equipe de atenção básica;
- b) Analisar a organização do processo de trabalho da equipe de saúde;
- c) Identificar como ocorre a alimentação e mensuração dos indicadores de saúde.
- d) Verificar a estrutura física do serviço de saúde;

1.2 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

A Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR possui experiência de implantação do PMAQ, realizando este processo nas 9 Unidades de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na área rural, e nas 6 Unidades de Saúde com ESF na área urbana. Estas unidades possuem uma área de abrangência adscrita dividida em áreas e micro-áreas, sendo que cada equipe é responsável por aproximadamente 4.000 habitantes. Formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de odontólogos, técnicos e/ou auxiliares de saúde bucal - que podem estar vinculados a uma ou mais equipes - acompanhando regularmente a população da área de abrangência.

Nestas unidades, o processo de trabalho preconiza uma reunião semanal de equipe, cujo objetivo é a identificação do perfil epidemiológico da área, o monitoramento das famílias atendidas, a definição das ações e estratégias a serem adotadas, bem como a discussão de casos envolvendo agravos e situações de risco.

Na UBS São Francisco de Assis, o número de usuários é maior, e os atendimentos médicos são fragmentados por especialidades (clínicos-gerais, ginecologistas e pediatras). A população não possui profissionais de referência para

o território adscrito, e os agentes comunitários de saúde priorizam suas visitas aos usuários inseridos e/ou classificados em grupos específicos, como gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças menores de um ano, entre outros. Mensalmente, ocorre reunião de equipe, que se restringe basicamente ao repasse de informações e orientações de fluxos e serviços. Não há de forma sistemática, a identificação de prioridades definidas conjuntamente entre os profissionais, bem como monitoramento das famílias e discussão de casos.

Analisar a viabilidade de implantação do PMAQ na UBS São Francisco de Assis permite a identificação de uma alternativa para reestruturação do processo de trabalho da equipe com vistas a garantir melhorias no acesso ao serviço e na estruturação dos indicadores de saúde em consonância com a realidade local.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento da saúde. As equipes que atuam nos territórios adscritos, utilizam-se de responsabilidade sanitária e monitoram a dinâmica no território dessas populações (BRASIL, 2012a).

A descentralização e a capilaridade dos serviços de atenção primária, que estão mais próximos da vida das pessoas, devem ser a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde define como uma das principais diretrizes, a execução da gestão pública voltada à indução, ao monitoramento e a avaliação de processos e resultados, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2012a).

Visando a garantia do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário que gestores, trabalhadores e usuários pactuem novas formas de produzir assistência e a gestão a partir da reorientação do modelo de atenção em vigência (NONNENMACHER *et al*, 2011).

A maximização do acesso e da acessibilidade na atenção primária reforça a necessidade de adequar o serviço ao usuário, direcionando as demandas de saúde com o compromisso de proporcionar a universalidade com a individualidade (SAITO *et al*, 2006).

A qualidade dos serviços prestados envolve a percepção de acesso do usuário e a criação de vínculos, com consequência direta na condução da horizontalidade e na coordenação do cuidado (SAVASSI, 2010).

O acesso à saúde quando fundamentado no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários, favorece o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (BARBOSAL *et al*, 2013).

A garantia do acesso como princípio do SUS, exige do poder público o aperfeiçoamento das políticas públicas, transpassando pelos diferentes níveis de densidade tecnológica (NONNENMACHER *et al*, 2011).

Para atender as necessidades da população, os serviços devem criar mecanismos de organização e informação, facilitando o acesso e priorizando casos de risco ou grupos vulneráveis, que devem ser atendidos por determinados programas ou referenciados a serviços especializados, quando for o caso (SCHWARTZ *et al*, 2010).

Para Castanheira *et al* (2009), a reorganização do modelo assistencial exige que a Atenção Básica proporcione resolubilidade e integralidade nas ações, inserida em uma rede que ofereça serviços com qualidade.

Segundo Scaratti e Calvo (2012), a qualidade da gestão municipal pode ser traduzida pela habilidade do gestor ao tomar medidas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos e que torne universal e igualitário o acesso de cada município às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde.

Entre as competências da esfera municipal, inclui-se a definição de estratégias de articulação visando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Em consonância, o Ministério da Saúde instituiu o PMAQ, tendo como objetivos a institucionalização da avaliação da atenção básica e a melhoria dos padrões de qualidade de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2013a).

O Programa visa a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (AB). (BRASIL, 2012a)

Para Ladeira (2011), a proximidade geográfica da população aos serviços de atenção básica, favorece a organização da rede de serviços visando constituir-se como a principal porta de entrada para o sistema, incluindo o acolhimento com qualidade e resolutividade.

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

A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre a EAB com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Para isso, se estabelece a assinatura de um Termo de Compromisso (TC) por parte das

equipes de atenção básica com a gestão municipal, bem como a assinatura de um TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde.

O valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) será igual a R\$ 6.500,00 por EAB, podendo chegar a R\$ 8.500,00 nos casos em que houver Equipe de Saúde Bucal (ESB) vinculada à EAB. Desse modo, cada município receberá, ao aderir ao programa, R\$ 1.300,00 por EAB e R\$ 1.700,00 quando houver ESB vinculada à EAB. Após o processo de avaliação externa do programa, previsto para a fase 4, o valor a ser transferido por EAB será vinculado ao seu desempenho.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pela EAB, pela gestão municipal, estadual e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional).

A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, que inicia pela identificação e reconhecimento, pela própria equipe, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

Com o estímulo do PMAQ, espera-se que a AB incremente mudanças no processo de trabalho, valorizando a autoavaliação, seguido de um monitoramento de um determinado conjunto de indicadores de saúde, além de um processo de educação permanente com apoio institucional (FONTANELLE, 2012).

Para Castanheira *et al* (2009), os instrumentos de autoavaliação permitem que as equipes se apropriem de forma crítica de seu trabalho, elaborando novos arranjos tecnológicos para a melhoria da qualidade.

Segundo Machado (2013), o PMAQ favorece o diagnóstico da situação do sistema municipal de saúde, evidenciando deficiências e pontos fortes, propondo planejamento e buscando o fortalecimento da atenção básica.

O monitoramento e a avaliação da AB através do programa garante o repasse de um incentivo financeiro variável aos municípios, vinculado diretamente aos resultados alcançados (BRASIL, 2012b).

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanente, reforçado pela dinâmica das necessidades de saúde da população envolvendo

questões epidemiológicas e demográficas, associadas às expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2012a).

Para Abrahão (2007), a busca pela ruptura do modelo hegemônico médico-centrado implica em mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde.

Dentre os fatores que motivaram a criação do PMAQ estão, a falta de profissionais médicos em diversas equipes de saúde, o atendimento em horário não condizente às necessidades dos usuários, o não atendimento em casos de urgência/emergência, a falta de equipamentos, de medicamentos, de infraestrutura para o trabalho, o descompromisso com resultados (LADEIRA, 2011).

Para Pinto *et al* (2012) o sucesso do PMAQ está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção e gestão, incluindo espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança.

Ainda segundo Pinto *et al* (2012) a “qualidade”, citada tantas vezes nos documentos oficiais que tratam do tema, é compreendida como uma construção social, variando de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema.

Segundo Travassos e Martins (2004), o serviço pode ser avaliado negativamente quando desprovido de qualidade dos cuidados e de procedimentos eficazes.

Os impactos positivos nas condições de vida e saúde da população através da oferta de serviços estão relacionados diretamente a melhorias no desempenho e gestão de programas e projetos de saúde, atrelados a maior responsabilidade pública e a participação do controle social (BODSTEIN, 2002).

Para Oliveira e Silva (2009), a dimensão avaliativa do SUS apresenta dois polos – positivo e negativo. Essa dimensão avaliativa expressa um posicionamento positivo diante do atendimento prestado pelos profissionais, mas, ao se referir aos aspectos organizacionais do sistema, esse posicionamento passa a ser negativo, especialmente no que se refere à demora para o atendimento e ao enfrentamento de filas.

Segundo Albanaes (2013) os profissionais de saúde que já aderiram ao PMAQ, concordaram que o programa pode institucionalizar uma cultura de avaliação da AB através de processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe.

A avaliação como componente da gestão em saúde deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a).

No âmbito do trabalho da EAB, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, incluindo o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde.

No âmbito do programa, a autoavaliação surge como uma ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, relativos à estrutura, aos processos e aos resultados das ações, impactando na reflexão da equipe e no levantamento dos problemas que necessitam de soluções.

Segundo o Ministério da Saúde, os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, questões políticas etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento, para, a partir do reconhecimento das prioridades, serem construídas estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirá, além de outras coisas, para a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como ocasião de pouca relevância, tampouco como momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores (BRASIL, 2012c).

O monitoramento dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa e verificação dos resultados. Para isso, pressupõe que haja o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre a EAB e esferas de gestão do SUS, com definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade. Busca ainda a promoção do aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de

aperfeiçoamento das estratégias de intervenção. O monitoramento procura fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar as fragilidades e os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores para enfrentarem os desafios.

A AB procura reorientar o modelo de atenção à saúde no Brasil, o que implica em consolidar o processo de educação permanente voltado a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Para isso, as equipes devem desenvolver maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para agirem de acordo com a realidade local.

O apoio institucional deve ser entendido não como um agente supervisor e normativo. Espera-se da instituição auxílio para as práticas de análise e construção das intervenções, apoio na solução dos conflitos e na organização dos serviços e respostas às demandas que ultrapassam os limites da EAB.

A terceira fase do Programa PMAQ consiste na avaliação externa, realizada por instituição de ensino credenciada pelo Ministério da Saúde, e está dividida em duas dimensões: certificação de desempenho da EAB, com avaliação do acesso e da qualidade por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação e avaliação do acesso e da qualidade processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

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

Para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS (2011), a implementação do PMAQ atende a uma demanda antiga dos gestores no que se refere à necessidade de um incentivo concreto para as equipes, possibilitando um financiamento adicional em busca do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e na mudança do modelo de atenção.

2.1 INDICADORES DO PMAQ

Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero,

saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo (BRASIL, 2012c).

A dinâmica do serviço está organizada por áreas estratégicas, representando as principais ações de saúde e seus respectivos indicadores.

Os dois conjuntos de indicadores possuem funções distintas. Os Indicadores de Desempenho estão vinculados à certificação externa e cálculo do incentivo financeiro do componente de qualidade do PAB-variável. Estes indicadores procuram verificar o alcance de resultados mínimos nos indicadores de desempenho que justifiquem o investimento federal na visita de avaliação externa para certificação de qualidade das equipes, além de compor uma parte da avaliação externa (20%) para certificação de qualidade.

Já os Indicadores de Monitoramento serão acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída à certificação de qualidade.

O SIAB é a fonte principal do monitoramento e toda equipe participante deverá alimentá-lo de forma regular e consistente, inclusive o cadastro familiar.

Podemos dizer que para monitorar adequadamente, é necessária a qualidade do indicador. Sendo assim, os registros, a coletas e a transmissão dos dados são fundamentais na busca pela qualidade e veracidade dos dados.

No PMAQ, os indicadores envolvendo as áreas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança estão organizados conforme apresentado no Quadro 1.

Área Estratégica	Indicadores de Desempenho	Indicadores de Monitoramento
Saúde da Mulher	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica	Proporção de Gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares
	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	
	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	
	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	
	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	
	Proporção de gestantes com vacina em dia	
	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	
Saúde da Criança	Média de atendimentos de puericultura	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer
	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio
	Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia.	Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
	Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	
	Média de consultas médicas para menores de um ano	
	Média de consultas médicas para menores de cinco anos	

QUADRO 1: INDICADORES DE DESEMPENHO E MONITORAMENTO PARA AS ÁREAS DA SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA – PMAQ.

FONTE: O AUTOR

A área de Saúde da Mulher está constituída por indicadores que procuram mensurar a qualidade do pré-natal já estabelecida pelo SISPRENATAL e SIAB, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

No levantamento da Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica, a equipe pode utilizar a fórmula disponível Manual Instrutivo do PMAQ (2012c), que utiliza vários parâmetros, como número de nascidos vivos no ano anterior, número de mulheres acompanhadas pelo SUS e rede privada de saúde, bem como a população feminina entre as idades de 10 e 45 anos, considerada como idade reprodutiva.

A alimentação regular do SISPRENATAL permite a equipe gerar relatórios de monitoramento das gestantes incluindo os indicadores do PMAQ referentes à

qualidade do pré-natal, facilitando o processo de mensuração dos dados e avaliação do serviço.

O indicador de Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares tem como objetivo o monitoramento da situação de saúde de todas as gestantes da área, independente de onde elas estejam fazendo o pré-natal, de modo a estimular a adesão regular ao pré-natal, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da gestante e do concepto.

A Cobertura do exame citopatológico do colo do útero também constitui um dos indicadores, porém, apresenta faixa etária divergente do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, que estipula como meta, a ampliação da cobertura do exame em mulheres com idade entre 25 e 64 anos (BRASIL, 2013c).

No que se refere à Saúde da Criança, o Indicador Média de Atendimentos de Puericultura consiste no número médio de atendimentos para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de 2 anos cadastrada na equipe de Atenção Básica, em determinado local e período. Considerando o número de atendimentos de puericultura preconizados para menores de 1 ano (7 / ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2 / ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças nessa faixa etária seria de 4,5 / criança / ano.

O Acompanhamento regular das crianças pelos agentes comunitários de saúde e por profissionais de saúde permite a mensuração dos Indicadores que envolvem o aleitamento materno e vacinas em dia, uma vez que são informações necessárias para a alimentação mensal do SIAB.

O Indicador Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio mede o percentual de crianças menores de um ano residentes que foram acompanhadas por meio de visitas domiciliares dentre as cadastradas pela equipe, em determinado local e período. Esse indicador expressa a proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas por meio de visitas domiciliares regulares. A atitude proativa da equipe permite monitorar sua situação de saúde, estimular a realização de ações preconizadas como consultas de puericultura, vacinação em dia, aleitamento materno, identificando precocemente situações de risco para

encaminhamento oportuno e realizar ações educativas junto à família para melhoria da qualidade do cuidado à criança.

O indicador Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, visa identificar o percentual de crianças menores de cinco anos de idade cujo estado nutricional foi acompanhado no âmbito da Atenção Básica em determinado espaço geográfico, no período considerado. Nas crianças menores de cinco anos, a vigilância nutricional por meio do SISVAN permite avaliar indicadores como peso-idade, peso-altura e índice de Massa Corporal (IMC) para idade, permitindo o cálculo de importantes prevalências, tais como desnutrição, eutrofia, excesso de peso e obesidade.

Para a área Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, o tema resgata a importância de duas doenças crônicas que possuem prevalência relevante nas populações atendidas pela EAB. O diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares. Já a hipertensão, constitui-se em um problema de saúde pública com alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Os indicadores de monitoramento envolvendo a tuberculose e a hanseníase visam identificar o número médio de atendimentos em determinado local e período. Os atendimentos de pessoas com nas unidades básicas de saúde com estes agravos podem ser realizados por médicos e enfermeiros, e a sua mensuração permite a analisar as condições de saúde da população e as ações desenvolvidas pelos serviços.

A área envolvendo a Saúde Mental está constituída por 04 Indicadores de Monitoramento que propõem calcular a proporção dos atendimentos de médicos e enfermeiros à pessoas com transtornos mentais ou dependentes químicos, além de mensurar a prevalência do alcoolismo entre os usuários atendidos pela equipe.

Além disso, o PMAQ trabalha as áreas de Saúde Bucal e Produção Geral da Unidade de Saúde, detalhadas no Quadro 2.

Área Estratégica	Indicadores de Desempenho	Indicadores de Monitoramento
Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	Proporção de diabéticos cadastrados	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio
	Proporção de hipertensos cadastrados	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio
	Média de atendimentos por diabético	
	Média de atendimentos por hipertenso	
Tuberculose e hanseníase		Média de atendimentos de tuberculose
		Média de atendimentos de hanseníase
Saúde mental		Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas.
		Proporção de atendimentos de usuário de álcool
		Proporção de atendimentos de usuário de drogas.
		Taxa de prevalência de alcoolismo.
Saúde Bucal	Média da ação coletiva de escovação dental Supervisionada	Média de instalações de próteses dentárias
	Cobertura de primeira consulta odontológica Programática	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
	Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral
	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	
Produção geral	Média de consultas médicas por habitante	Proporção de consultas médicas de urgência com observação
	Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência
	Proporção de consultas médicas de demanda agendada	Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado
	Proporção de consultas médicas de demanda imediata	Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar
		Média de exames solicitados por consulta médica básica
		Média de atendimentos de enfermeiro
		Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada
		Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família

QUADRO 2: INDICADORES DAS ÁREAS: CONTROLE DE HAS / DM, TUBERCULOSE E HANSENÍASE, SAÚDE MENTAL, SAÚDE BUCAL E PRODUÇÃO GERAL

FONTE: O AUTOR

Os Indicadores de Proporção de diabéticos e hipertensos cadastrados expressam o percentual de usuários com diagnóstico das respectivas patologias, comparando com as estimativas estaduais para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. As prevalências estimadas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população de 15 anos ou mais para o Estado do Paraná é de 18,8 % e 5,1% respectivamente, conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2008).

A média de atendimentos por DM e HAS, é calculada com base na relação entre o número de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros à usuários com as patologias e o número total de usuários com diagnóstico e cadastrados pela equipe de saúde.

A Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados no domicílio se dá pelo percentual de residentes com as patologias e que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados pela equipe, em determinado local e período. O cadastro e o acompanhamento mensal são realizados no momento da visita domiciliar, sendo considerados acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma (01) visita domiciliar no mês de referência.

Na área de Saúde Mental, os Indicadores de Monitoramento visam identificar a Proporção de atendimentos em saúde mental (não usuários de álcool e drogas), atendimentos a usuários de álcool e atendimentos a usuários de drogas. O cálculo se dá pela relação entre o número de atendimentos específicos realizados por médicos e enfermeiros e o número total de atendimentos realizados pelos profissionais no mesmo local e período. A taxa de prevalência de alcoolismo é calculada com base no número de alcoolistas com mais de 15 anos cadastrados pela equipe e o número total de usuários com mais de 15 anos cadastrados pela equipe.

A mensuração dos dados envolvendo a Saúde Bucal se dá através de 04 Indicadores de Desempenho e 03 Indicadores de Monitoramento.

A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada se dá pela relação entre o número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período e o número total de população cadastrada no mesmo local e período. Este indicador estima a proporção pessoas beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Além disso, o dentifrício

fluoretado, permite estimar o acesso ao flúor tópico e a consolidação do hábito de escovação.

O indicador Cobertura de primeira consulta odontológica programática reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe, incluindo o indivíduo no programa a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico, comparando com o número total de usuários cadastrados pela equipe. Em semelhança, se dá o indicador Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante, calculado a partir do número de gestantes que tiveram atendimento odontológico, comparando com o total de gestantes cadastradas pela equipe em determinado local e período.

O cálculo da razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas visa avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso e resolubilidade, identificando em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. Considerando a fórmula de cálculo desse indicador, temos duas possibilidades: o resultado menor que 1 (um) indica que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados ou resultado maior que 1 (um): indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados, o que pode sinalizar para uma possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes.

A média de instalações de próteses dentárias consiste no número de instalações de próteses dentárias implantadas em relação ao total estimado da população que necessita do tratamento reabilitador. Estimativas do Ministério da Saúde revelam que cerca de 3% da população necessitam de próteses dentárias entre a população cadastrada (BRASIL, 2011).

O indicador que mensura a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante auxilia no planejamento da equipe de saúde bucal, permitindo a avaliação da demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado.

As alterações de mucosa oral consistem em processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas, doenças muco-cutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas. A taxa de incidência destas patologias permite mensurar os dados que contribuirão para o planejamento e monitoramento das ações para diagnóstico precoce de lesões da

mucosa oral, principalmente para as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.

A área de Produção geral engloba 4 Indicadores de Desempenho e 8 Indicadores de Monitoramento.

Dentre os Indicadores de Desempenho, enfatizamos a necessidade de equilibrar a oferta de consultas médicas para atendimentos continuados/programados, agendados e de atendimento imediato. A primeira situação trabalha a longitude da linha do cuidado, como exemplo os atendimentos de pré-natal, hipertensos e diabéticos, pacientes com tuberculose e hanseníase, entre outros. A segunda situação enfatiza o cuidado através de consultas agendadas, permitindo o atendimento eletivo, de não urgência. A terceira situação envolve as consultas de demanda imediata, caracterizando-se pelo atendimento de situações agudas, de relativa urgência que engloba o sofrimento físico ou psíquico do usuário. O cálculo das proporções se dá pela relação entre o número das consultas estabelecidas e o número total de consultas médicas realizadas no mesmo local e período.

Os indicadores de Proporção de consultas médicas de urgência com observação e de encaminhamentos de urgência e emergência visam avaliar o acesso humanizado e integral os usuários em situação de urgência/emergência na Atenção Básica, de forma ágil e oportuna. Além disso, permite analisar a disposição de acolhimento e a capacidade de atendimento da equipe para as urgências. Proporções elevadas desses encaminhamentos podem sugerir baixa resolubilidade da equipe nos atendimentos de urgência.

A Proporção de encaminhamentos para o atendimento especializado é calculado a partir da relação entre os encaminhamentos para fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e demais especialidades médicas e o número de consultas médicas realizadas na unidade de saúde em determinado período. Sua importância se dá na avaliação da resolubilidade da consulta médica.

A média de exames solicitados por consulta médica básica tem como objetivo o número de exames complementares solicitados. A solicitação de exame é influenciada por fatores ligados a organização do sistema de saúde, características do médico e do paciente, porém o exagero na solicitação de exames complementares tem vários efeitos negativos, como exemplo, aumento do custo financeiro para o sistema público de saúde, demanda excessiva nos laboratórios e

outros serviços de apoio diagnóstico, desvalorização do exame clínico, atraso no diagnóstico entre outros.

A média de atendimentos de enfermeiro reflete o número de atendimentos de realizados em relação ao número total de pessoas cadastradas pela equipe de saúde da área adscrita. O atendimento de enfermeiro faz parte das ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo, como exemplo, ações de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, atenção pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, acompanhamento da saúde do idoso e outras doenças que necessitam de cuidado continuado.

O número médio de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde em relação ao número total de famílias cadastradas permite verificar a produção de visitas domiciliares às famílias da área adscrita, analisando sua suficiência em relação ao esperado. Essas visitas são essenciais tanto para a manutenção do cadastro e para o acompanhamento das famílias, particularmente daquelas mais vulneráveis ou com condição de acompanhamento prioritário como gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, hipertensos, entre outros.

A proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família se dá pela relação entre as famílias acompanhadas pela atenção básica e que estão incluídas no Programa e a totalidade de famílias que estão inseridas no Programa e que residem na área de abrangência.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de cunho exploratória, contemplando análise documental e revisão bibliográfica. Adotou-se o instrumento de estudo de caso e a metodologia da pesquisa-ação.

Segundo Gerhard e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa procura aprofundar seus conhecimentos na compreensão de um grupo social ou uma organização, buscando o porquê das coisas e exprimindo o que deve ser feito.

Para Tobar e Yalour (2002), a pesquisa qualitativa envolve a observação de primeira mão, com perguntas abertas, relatos e interesse pelo cotidiano, ocupando-se mais pelo significado dos fatos do que sua frequência. Em consonância, Serapione (2000), reforça sua perspectiva, assumindo uma postura exploratória, descritiva e indutiva, visualizando uma realidade dinâmica.

A análise documental consiste na avaliação dos documentos guardados em órgãos públicos e privados, registros, atas, comunicações informais de determinado serviço (TOBAR; YALOUR, 2002)

Visando a apropriação do conhecimento e relato de experiências de demais serviços que implantaram o PMAQ, optou-se pela revisão bibliográfica, que é definida pela análise de literatura publicada envolvendo o tema, incluindo publicações avulsas, imprensa escrita, eletrônica ou de internet (SILVA; MENEZES, 2005).

O estudo de caso constitui desenhos privilegiados para os estudos de gestão, uma vez que descrevem determinada unidade de análise, traçando perfis específicos e com certo nível de detalhes (TOBAR; YALOUR, 2002).

Para efetivar o objetivo da pesquisa, a equipe de saúde identificou os problemas, limitações, as precariedades estruturais, os déficits de recursos humanos entre outros. Além disso, sinalizou os pontos positivos, os avanços já conquistados e as qualidades que a equipe, o serviço e a rede municipal de saúde possuem.

Paralelamente, a pesquisa utiliza-se da pesquisa ação como meio de focalizar na intervenção participativa, na realidade social dos pesquisadores e participantes, procurando compreender a dinâmica da realidade local e o processo de mudança social, atuando como protagonistas da Instituição (TOBAR; YALOUR, 2002).

4. ORGANIZAÇÃO

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

A Unidade Básica de Saúde São Francisco de Assis é integrante da rede municipal de saúde de Araucária, no Paraná. Integrada à Região Metropolitana de Curitiba, o município faz parte do centro mais ativo e desenvolvido do Estado do Paraná, com área de influência em crescente expansão e destaque na Região Sul do País. Sua origem está relacionada à concentração de imigrantes eslavos, voltados inicialmente para a agricultura pelas condições propícias de clima e solo, com o cultivo de culturas como o trigo, milho, batata, hortaliças, fruticultura e avicultura.

Com a implantação da Refinaria Presidente Getúlio Vargas - REPAR, na década de 70, a cidade começou a sofrer influências do desenvolvimento industrial, servindo de sede a novas indústrias, com geração de empregos e o deslocamento de trabalhadores da área rural para a urbana.

A população estimada para 2013 é de aproximadamente 129.209 habitantes, formada por descendentes dos primeiros habitantes da região (luso brasileiros, índios e negros) por descendentes de imigrantes poloneses, italianos, ucranianos, sírios, alemães, japoneses e por migrantes vindos de outras regiões, atraídos pela industrialização, a partir da década de 70. (IBGE, 2013).

A rede de saúde do município está assim estruturada: possui 1 Hospital Municipal, que atende o nível terciário da assistência em saúde; 3 pronto-atendimentos (UPA, NIS II e PAI); Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas; Clínica de Saúde da Mulher e Idoso; Clínica de Fisioterapia; Clínica de Fonoaudiologia; 20 Unidades de Saúde, sendo 15 com Estratégia de Saúde da Família e 5 Unidades Básicas de Saúde (ARAUCÁRIA, 2013).

A área de abrangência da Unidade abrange os bairros Fazenda Velha, Vila Nova, Estação e Sabiá, com população de aproximadamente 22000 habitantes. Possui uma estrutura física com aproximadamente 1000 metros quadrados, constituída de 1 recepção, 1 sala de administração, 4 salas de espera, farmácia, central de marcação de consultas especializadas e exames, 3 salas de acolhimento (adulto, ginecologia e pediatria), 6 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório de fonoaudiologia, 1 consultório de psicologia, 1

consultório odontológico amplo com capacidade para atendimento simultâneo em 3 cadeiras, sala de escovação, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala de curativos, expurgo e central de esterilização, almoxarifado, sala das agentes comunitárias de saúde, banheiros para funcionários, banheiro para usuários masculinos, femininos e deficientes físicos.

Os profissionais envolvidos no atendimento da população estão relacionados no Quadro 3.

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA-HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
Coordenação - Farmacêutica	40 horas	01
Clinico-gerais	20 horas	03
Clinico-gerais	40 horas	02
Ginecologistas	20 horas	02
Pediatras	20 horas	02
Enfermeiros	30 horas	02
Odontólogos	20 horas	06
Psicóloga	20 horas	01
Fonoaudióloga	20 horas	01
Farmacêutica	20 horas	01
Auxiliares de Enfermagem	40 horas	13
Auxiliares de Saúde Bucal	40 horas	07
Técnicas de Saúde Bucal	40 horas	03
Agentes Comunitários de Saúde	40 horas	09
Auxiliares Administrativos	40 horas	02

QUADRO 3: RECURSOS HUMANOS DA UBS SÃO FRANCISCO DE ASSIS

FONTE: O AUTOR.

O funcionamento da UBS São Francisco de Assis é das 07h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira. Os funcionários lotados possuem horários fixos, distribuídos entre os turnos da manhã e tarde, com carga horária estipulada em conformidade com a legislação municipal. Os médicos, os odontólogos, a fonoaudióloga, a farmacêutica e a psicóloga cumprem carga horária de 04 horas / dia. Os enfermeiros cumprem 6 horas / dia e os demais profissionais 08 horas / dia.

4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A melhoria na qualidade da prestação dos serviços públicos tem sido uma demanda crescente da sociedade. O PMAQ tem o objetivo de incentivar os gestores

locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas UBS por meio das EAB.

Enquanto parte do sistema municipal de saúde, a UBS São Francisco de Assis constitui-se como principal porta de entrada para os usuários residentes na área de abrangência, possuindo assim o compromisso de mobilização e organização para a consolidação da integralidade e de qualidade da assistência.

Atualmente, o processo de trabalho da equipe está voltado principalmente ao atendimento de consultas médicas agendadas, sem a construção de projetos terapêuticos envolvendo os demais profissionais. Não há um diagnóstico envolvendo as famílias com maior vulnerabilidade, nem a construção dos indicadores de saúde.

Implantar o PMAQ na UBS São Francisco de Assis pressupõem mudanças importantes no processo de trabalho da equipe visto que a organização do acesso contempla o atendimento de demandas programadas, eletivas e de urgência. Além disso, busca a sistematização dos dados e identificação dos principais indicadores de saúde, que proporcionarão um diagnóstico situacional da população da área de abrangência, garantindo instrumentos para um planejamento de ações compatíveis com a situação local.

5. PROPOSTA

A proposta de intervenção consiste em analisar a viabilidade de implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica na UBS São Francisco de Assis em Araucária visando a ampliação do acesso e melhoria da qualidade.

Para que o PMAQ impacte positivamente no processo de trabalho da equipe, deve oportunizar o debate e a formação de consensos, induzindo também as boas práticas na medida em que descreve os padrões de qualidade a serem alcançados. Deve ainda colaborar como ferramenta de planejamento e subsídio para intervenções nos padrões de qualidade construídos a partir da observância de parâmetros técnico-científicos e das necessidades de saúde da população.

Para a análise de viabilidade, a pesquisa procura elencar as condições estruturais do serviço, quantitativo de recursos humanos, o conhecimento a respeito do programa, os pontos positivos e negativos que estão relacionados diretamente à diretrizes do programa.

5.1 RECURSOS

A proposta de analisar a viabilidade de implantação do PMAQ pressupõe a disponibilidade de recursos humanos, materiais e de estrutura física.

Os profissionais de saúde da UBS São Francisco de Assis, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, construirão uma análise situacional do serviço, incluindo a avaliação do acesso, padrões de qualidade e indicadores de saúde. Para a execução desta etapa, serão utilizados os seguintes recursos materiais e de estrutura física conforme Quadro 4.

TIPO DE RECURSO	QUANTITATIVO
Recursos Humanos	Profissionais da EAB
Recursos Materiais	500 fls. de papel A4, 1 tonner de impressora, computador com impressora, 20 canetas, 20 lápis, 20 borrachas, 20 pranchetas, 1 rolo de papel bobina e 3 pinceis atômicos.
Estrutura física	Sala de reuniões com mesa e cadeiras para reuniões de equipe

QUADRO 4: RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PMAQ

FONTE: O AUTOR.

Conforme apresentado no cronograma de implantação, as oficinas realizadas pela equipe servem para elencar as diversas situações que envolvem o diagnóstico situacional do serviço, incluindo o cálculo dos indicadores, o perfil socioeconômico e epidemiológico. Os recursos materiais visam à sistematização dos registros e tabulação dos dados. Para isso, será necessária a disponibilidade de computador com impressora, canetas, papel e demais materiais apresentados no quadro, disponibilizados pelo Almoarifado da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.

5.2 CRONOGRAMA

A pesquisa realizada na UBS São Francisco de Assis em Araucária seguiu o seguinte cronograma conforme apresentado no Quadro 5:

2014	Ação	Responsável
Jan	Revisão Bibliográfica	Pesquisador
Jan	Apresentação da pesquisa à EAB	Pesquisador
Fev	Levantamento documental, entrevistas.	EAB
Mar	Estratificação de usuários residentes na área de abrangência.	EAB
Mar	Compilação dos dados	EAB
Mar	Análise dos resultados	Pesquisador
Abril	Apresentação da pesquisa	Pesquisador

QUADRO 5: CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:
FONTE: O AUTOR

6. RESULTADOS

O PMAQ tem como finalidade a reorganização da assistência em saúde executada pela Atenção Básica, enfocando mudanças nos padrões de qualidade e acesso aos usuários do SUS.

Embora a Secretaria Municipal de Saúde de Araucária apoie a adesão ao PMAQ na UBS São Francisco de Assis, alguns desafios e riscos envolvendo as singularidades locais podem ser enfrentados.

Em janeiro de 2014, foi realizada a reunião para sensibilização dos profissionais de saúde para o PMAQ, apresentando os conceitos e fases de execução do programa. A partir da roda de conversa e discussão do documento síntese, algumas considerações foram registradas. Para manter o sigilo dos profissionais, foi atribuído um número associado a categoria profissional:

“... o PMAQ apresenta-se como uma boa estratégia para melhorarmos nosso processo de trabalho, pois valoriza a discussão e a dinâmica da equipe, o que hoje não é vivenciado...” (auxiliar de enfermagem 01).

“Acredito que o PMAQ possa direcionar nosso trabalho na construção de indicadores de saúde voltados à nossa realidade, pois não sabemos afinal quantos hipertensos e diabéticos temos, entre outros tantos indicadores que se quer atentamos...” (enfermeira 01).

A identificação do perfil da área de abrangência consiste no levantamento das características socioeconômicas da população, na mensuração de dados populacionais, das áreas de risco e perfil sanitário das micro-áreas, da prevalência de doenças crônicas e agudas, dos problemas de acesso e reclamações mais comuns do serviço, da observação dos agravos epidemiológicos e como se dá a organização do serviço para atendimento das respectivas demandas. Este momento de autoavaliação permite aos profissionais realizarem um diagnóstico do serviço, permitindo avaliar os pontos positivos e os pontos que precisam ser melhorados.

Em continuidade, a equipe deve apresentar a estratificação dos usuários cadastrados, mensurando por micro-áreas a quantidade de usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, usuários com transtornos mentais ou dependentes químicos, entre outros. Estes dados servirão como base para a elaboração das proporções a serem trabalhadas nos Indicadores de Desempenho e Monitoramento.

Atualmente, o serviço não possui sistema informatizado dos prontuários dos usuários. Os registros são manuais, em prontuários individuais, arquivados em pastas vinculadas a primeira letra do nome e ano de nascimento. O levantamento dos dados epidemiológicos e demais informações necessárias para o cálculo dos trabalhadores tende a ser trabalhosa, visto a grande quantidade de usuários e a dinâmica natural de utilização do serviço pelas famílias. Em consonância, concordam:

“Com relação ao levantamento em prontuário, temos um grande desafio. Para obtermos dados fidedignos, devemos abranger a análise de um grande número de prontuários, que na prática será cansativo...” (enfermeira 1).

“(…) temos que reforçar para a Secretaria de Saúde, a necessidade de informatizar a rede. Só assim acabariam os prontuários extraviados e certamente nosso trabalho de acompanhamento das famílias seria facilitado” (auxiliar de enfermagem 3).

Quando elencado as condições de trabalho e de quantidade de recursos humanos, observa-se que de forma unanime a equipe de saúde identificou a falta de recursos humanos como um dos problemas iniciais de implantação do programa. Para isso, os relatos demonstram:

“(…) hoje estamos cobrindo diversos setores, muitos dos colegas fazem hora-extra para darmos conta do serviço e atender à todos. Acredito que para trabalharmos os indicadores, precisamos grandes esforços para conseguirmos trabalhar os dados de forma total” (auxiliar de enfermagem 02).

“(…) como ACS vejo o programa como um grande avanço, afinal, hoje não somos acompanhados sistematicamente pelos enfermeiros da unidade. Porém temos desafios que vão além do acompanhamento, que é a contratação de 01 ACS para cobrir a micro-área que está descoberta...” (Agente Comunitária de Saúde 01).

Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão da UBS São Francisco de Assis será equivalente a três EAB. Embora a carga horária total de médicos seja de 220 horas/semanais, a carga horária total dos enfermeiros é de 60 horas/semanais, o que justifica a necessidade de contratação de mais 2 profissionais para adequação ao programa e aos objetivos de melhoria da assistência com reorganização do processo de trabalho em multiprofissional. Para adequação dos Auxiliares de Enfermagem, seria necessária a contratação de mais 06 profissionais.

Pelo déficit de auxiliares de enfermagem no serviço, os enfermeiros acabam assumindo setores como sala de curativo, recepção, farmácia, limitando o tempo disponível para o acompanhamento sistemático dos ACS.

A inadequada condição de trabalho dos profissionais de saúde comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho tem sido uma constatação do Ministério da Saúde nas avaliações externas realizadas nas diversas unidades de saúde do país e podem ser aplicadas para nossa realidade. A deficiência de recursos humanos, principalmente de auxiliares de enfermagem, tem impactado diretamente no processo de trabalho da equipe, causando desgaste físico e mental devido à sobrecarga de trabalho. Atualmente, existe um déficit de servidores (causado por licença para tratamento de saúde ou exonerações), que não foram repostos mediante concurso público. A mensuração da produção da assistência, a formação da equipe e a capacidade instalada de atendimento necessitam ser avaliados e adequados de acordo com a cobertura populacional. As condições da assistência, principalmente da assistência de enfermagem, permitem a identificar os desafios e propor sugestões que devem ser reforçadas ao gestor.

Quando observado a estrutura física do serviço, a equipe reconhece que a UBS possui um bom espaço físico, não faltam consultórios, alguns possuem condicionador de ar, os ambientes são bem ventilados. Com relação a estrutura física, não foi levantado problemas que possam prejudicar a implantação do PMAQ.

Observamos que o cadastramento das famílias e a manutenção do cadastro atualizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são de grande valia, permitindo aos profissionais a mensuração real das famílias acompanhadas pelo serviço, que servirá de base para a autoavaliação, monitoramento das famílias e mensuração dos indicadores. A falta de 01 ACS compromete a cobertura total da área de abrangência, o que na prática implica em uma micro-área descoberta. Para correção do problema, seria necessária a contratação de 01 ACS para garantir 100% de cobertura da área de abrangência pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Cabe também à equipe, a apresentação da estratificação dos usuários cadastrados, mensurando por micro-áreas a quantidade de usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, usuários com transtornos mentais ou dependentes químicos, entre outros. Estes dados servirão como base para a elaboração das proporções a serem trabalhadas nos Indicadores de Desempenho e Monitoramento.

Destarte, a unidade não dispõe de um perfil epidemiológico e estratificação dos usuários por grupos, resultando no desconhecimento real do número de hipertensos, diabéticos, crianças menores de um ano, pacientes que fazem uso de psicotrópicos, entre outros. Também não há um monitoramento na frequência de exames, como citopatológico de colo do útero, mamografias, exames laboratoriais específicos para hipertensos e diabéticos, entre outros.

Devido a adesão recente ao Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL-WEB), não estão disponíveis os dados de monitoramento das gestantes inscritas na unidade, impedindo relatórios de situação vacinal, número de consultas, exames e demais dados referentes ao pré-natal, parto e puerpério.

Depois de realizado o cálculo dos indicadores pré-estabelecidos, a equipe iniciará as adequações e alternativas para a melhoria do acesso e qualidade. Esta etapa visa a implantação das ações que de acordo com a proposta do programa, estabelecendo condições para próxima etapa, a avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde.

Para a certificação no PMAQ, várias evidências devem ser constatadas por meio de atas, relatórios, instrumentos, prontuários, entre outros, demonstrando a adequação aos padrões de qualidade e a soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao processo de trabalho com criatividade e pro atividade das equipes e da gestão municipal.

No que se refere à construção coletiva de espaços de discussão e organização do trabalho, a equipe julgou necessário a ampliação dos espaços com reuniões de equipe semanais, conforme o relato apresentado abaixo:

“(...) para a construção dos indicadores, das melhorias do acesso e da reorganização do processo de trabalho, precisamos discutir sistematicamente os temas e as demandas. Todos precisam estar comprometidos e o trabalho tem que ser feito em equipe, necessitando assim reuniões de equipe uma vez por semana...” (dentista 1).

Atualmente, observa-se a falta de um cronograma de reuniões para discussão de casos e planejamento das ações impedem construções coletivas mais amplas que possam redirecionar o processo de trabalho. As reuniões de equipe são estruturadas no repasse de informações e orientações gerais, não abordando questões assistências coletivas ou individuais.

A reestruturação do processo de trabalho se faz necessária para que possamos modificar o modelo desenvolvido atualmente, resgatando a participação dos demais profissionais nas ações de saúde, trabalhando a responsabilização e construindo uma linha de cuidado que valorize a integralidade e a utilização de parâmetros de qualidade e indicadores de saúde.

Para a estruturação dos indicadores, a equipe deve trabalhar sistematicamente, dividindo a responsabilidade entre os atores. Para isso, há necessidade de incentivar o planejamento, identificação de prioridades e construção de metas.

A assistência está enfocada na demanda programada através de agendamento eletivo e não há uma sistemática para avaliação dos resultados obtidos. Para a organização e adequação do serviço de acordo com as diretrizes do Programa, caberá a equipe o desafio de reorganizar o processo de trabalho, procurando identificar os erros e acertos e criar instrumentos de organização dos dados para a mensuração dos indicadores propostos. Como consequência, espera-se que a equipe e o gestor possam monitorar sistematicamente os padrões de qualidade que envolve a atenção básica.

A persistência modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada deve ser trabalhado pela equipe, procurando inserir os demais profissionais na construção da linha do cuidado, valorizando os saberes e práticas de cada categoria profissional. Além disso, o fortalecimento da responsabilidade sanitária é uma importante característica da atenção básica a ser trabalhada na equipe.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária constitui-se como a principal porta de entrada para o SUS, o que reforça a necessidade de garantir fácil acesso e integralidade na linha do cuidado. Para isso, avaliar a viabilidade da implantação do PMAQ na UBS São Francisco de Assis em Araucária/PR é uma estratégia de reorganização do processo de trabalho e de construção de indicadores de saúde aplicados a realidade local, colaborando no monitoramento dos padrões de qualidade.

O PMAQ deve impactar diretamente na qualificação do serviço e em mudanças das práticas concretizadas por trabalhadores, gestores e usuários através de espaços de diálogo, negociação e gestão da mudança pactuada em cada contexto.

O processo de trabalho da UBS envolve uma pluralidade de profissionais com diferentes níveis de qualificação e formação. O processo de melhoria da qualidade de dar-á através da coletividade mediante avaliação, identificação e priorização de problemas. A execução da proposta permitirá levantar dados, planejar, intervir e monitorar, favorecendo o compromisso pela melhoria do acesso e na qualidade da assistência. No entanto, alguns problemas foram identificados para sua implantação, a saber: déficit de recursos humanos, especialmente de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, são obstáculos para a adequação aos critérios do programa; limitações para a execução da segunda fase, que consiste basicamente na reorganização do processo de trabalho e na mensuração dos indicadores; a reorganização do processo de trabalho também inclui a sistematização de reuniões de equipe e espaços para a discussão e construções coletivas, incluindo os indicadores de saúde e ajustes visando a melhoria do acesso; a falta de informatização do serviço no que se refere a prontuário médico, odontológico, de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, prejudica a captura de dados e a manutenção de dados atualizados para o programa.

A implantação do PMAQ certamente é uma valiosa estratégia de reorganização do serviço, contribuindo na consolidação da atenção básica como principal porta de entrada ao SUS, garantindo acesso e trabalhando padrões de qualidade que possam ser aplicados à realidade local. Cabe, porém aos trabalhadores de saúde e gestor os esforços para propiciar as condições mínimas necessárias para a adesão ao programa, como a contratação de recursos humanos,

melhorando a qualidade da assistência e atingindo os critérios pré-estabelecidos pelo programa.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lucia. **Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. Informe-se em promoção da saúde.** V.03, p 01-03, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf> Acessado em: 01/12/2013

ALBANAES, H.C. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua Relação com a Qualidade dos Serviços Prestados nos Centros de Saúde.** In: PEREIRA, Maurício Fernandes et al. (Org.). Contribuições para a gestão do SUS. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. p. (82-102). (Coleção Gestão da Saúde Pública, Vol4).

ARAUCÁRIA Prefeitura Municipal. Disponível em: www.araucaria.pr.gov.br. Acessado em: 22/set/13.

BARBOSAL, S.P; ELIZEU, T.S; PENNA, C.M.M. **Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 18, nº 8, 2013.

BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 7, nº 3, p. 401-412, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300002&script=sci_arttext Acessado: 01/12/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Saúde Bucal Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf Acessado em: 01/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2013b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/> Acessado em: 01/12/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª ed.** – Brasília: 2013c. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

CASTANHEIRA et al. **Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência**. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, p. 84-88, 2009.

CONASS, 2011. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o componente de qualidade do Piso de Atenção Básica – Variável – Nota Técnica**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2011. Disponível em: www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2015_%202011%20PQualAPS.pdf Acessado em: 01/12/2013.

FONTANELLE, L. F. **Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Vol. 7, nº 22, p 5-9, 2012.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T; Métodos de pesquisa / Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> . Acessado: 01/12/2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 22/set/13.

BGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/>. Acessado em: 01/12/2013.

LADEIRA, Fernando. **PMAQ = acesso e qualidade! atenção básica ajusta foco em sua missão.** Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília, v. 11, n. 29, p.31-37, mai./ago. 2011.

MACHADO, Gilmar Antônio Batista. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB).** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Formiga, 2013. 44f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Organizacao_do_processo_de_trabalho_vivenciada_pelas_Equipes_de_Saude_da_Familia_do_municipio_de_Sao_Sebastiao_do_Paraiso_MG_a_partir_da_adexao_ao_Programa_de_Melhoria_d_o_Acesso_e_da_Qualidade_da_Atencao_Basica_PMAQ_AB_/290 Acessado em: 01/12/2013.

NONNENMACHER, C.L; WEILLER, T.H; OLIVEIRA, S.G; **Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito.** Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 10, nº 2, Abr/Jun, p. 248-255, 2011.

OLIVEIRA, D.C; SILVA, L.L; **O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do Sistema Único de Saúde.** Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Vol. 18, nº 1, p. 14-18, 2010.

PINTO, H.A; SOUSA, A; FLORENCIO, A.R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** RECIIS – Revista. Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Ago, 2012. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083> Acessado em: 01/12/2013.

SAITO, R.X.S; LACERDA, R.A; FRACOLLI, L.A; **Atenção Primária: Análise de Acesso ao Primeiro Contato em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo .** Revista Paulista de Enfermagem. Vol. 25, nº 2, p. 74-81, 2006.

SCARATTI, D; CALVO, M.C.M; **Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde.** Revista Saúde Pública, Vol. 46, nº 3, p. 446-455, 2012.

SCHWARTZ, T.D. et al. **Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES).** Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 15 nº 4, p 2145-2154, 2010.

SERAPIONI, Mauro. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração.** Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 5; nº 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, E.L; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação – 4. ed. Revista e atualizada.** Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

Disponível em: www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3439.pdf Acessado em: 01/12/2013.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. Como fazer teses em saúde pública – conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 1ª reimpressão. Editora Fiocruz, 2002.

TRAVASSO, C.M.R; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública**, Vol. 20, suplemento 2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800014&script=sci_arttext. Acessado em: 01/12/2013.