

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE

A GESTÃO DA QUALIDADE SOB A ÓTICA DO PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ – AB.

CURITIBA
2013

MONIQUE BOESE

A GESTÃO DA QUALIDADE SOB A ÓTICA DO PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ – AB

Projeto Técnico apresentado a Universidade
Federal do Paraná, para obtenção do título de
Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a Aida Maris Peres

CURITIBA
2013

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores modelos nesta jornada de busca pelo conhecimento e aprimoramento.

Aos familiares pelo apoio e incentivo constante.

Ao meu esposo por ser meu porto seguro nos bons e maus momentos de nossa história, fiel companheiro desde o início desta jornada.

RESUMO

Este trabalho apresenta o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação e melhoria contínua da qualidade e implantação da gestão da qualidade total tendo como base as diretrizes apresentadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica –PMAQ – AB, através da elaboração de uma cartilha que permita ao gestor sua aplicação. Destina-se aos serviços de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba, organizados segundo diferentes modelos de atenção. A qualidade tão desejada é resultado de um processo gradual de mudanças obtidas através do gerenciamento de cada área e serviço oferecido pela instituição, à mudança ocorre visando atender ao interesse das partes e melhorar a eficiência na prestação de serviços, tendo como consequência o aumento de seu padrão de qualidade. Diante do crescente aumento de complexidade enfrentada pelos serviços e da exigência por um serviço ofertado com qualidade apresentado pelos usuários, o PMAQ procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade da gestão federal, estadual e municipal, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. A ferramenta permite ao gestor uma visão mais ampla dos processos realizados no âmbito das unidades de saúde de seu município, tendo um maior controle acerca dos processos e recursos necessários para a execução e oferta de serviços de maneira satisfatória buscando um padrão de excelência. Quando se fala em qualidade, dificilmente faz sentido empregar a palavra “conclusão”, pois, dadas as considerações tecidas ao longo deste manual, pode-se inferir que à implementação do gerenciamento da qualidade ou de qualquer tipo de mudança positiva, com ou sem o termo qualidade, segue-se a necessidade inicial de manter as mudanças e conquistas alcançadas, antes de aprimorá-las. Neste momento em que vivemos em nosso país, e principalmente em nosso município, onde a APS volta a ser foco de atenções e investimentos, a diversificação e aperfeiçoamento de estratégias de gestão e melhoria da qualidade dos serviços ofertados, podem ser o impulso para as mudanças necessárias para a efetivação, em fim, dos princípios e diretrizes de nosso SUS, resultando em práticas de atenção mais responsivas e inclusivas.

Palavras chave: Avaliação em saúde; Atenção básica; Gestão da qualidade.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação de Melhoria da Qualidade
AIS	Ações Integradas em Saúde
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMUM	Centro Municipal de Urgências Médicas
FEAES	Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Programa Nacional da Atenção Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PMC	Prefeitura Municipal de Curitiba
PDCA	Plan, Do, Check, Action
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESB	Secretaria de Saneamento Básico
5W2H	Why, What, How, Where, When, Who, How Much

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA	1
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	1
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
1.4	JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	2
2	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	4
3	METODOLOGIA	10
4	A ORGANIZAÇÃO	11
4.1	DESCRIÇÃO GERAL	11
4.2	HISTÓRICO DE ORIGEM	11
4.3	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	12
5	PROPOSTA	16
5.1	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	16
6	CONCLUSÃO	34
7	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

O presente trabalho propõe ser uma ferramenta para implantação da gestão da qualidade no âmbito da atenção básica, tendo como base o programa instituído para a melhoria da qualidade de atendimento e acesso aos serviços pelo Ministério da Saúde. Intitulado como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ – AB, traz as diretrizes e lança padrões de estrutura e processos a serem alcançados pelas equipes de saúde e seus gestores, a fim de, servir como ferramenta para a melhoria do processo de trabalho e da qualidade do serviço ofertado a população no cenário da atenção básica.

Diante do crescente aumento de complexidade enfrentada pelos serviços e da exigência por um serviço ofertado com qualidade apresentado pelos usuários, o PMAQ procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade da gestão federal, estadual e municipal, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

No âmbito municipal a introdução e ampliação da adesão ao PMAQ, além da melhoria do acesso e da qualidade do serviço prestado, permitira ao gestor à ampliação dos repasses do governo federal, criando um ciclo construtivo de aumento de oferta e melhoria dos serviços prestados a comunidade, além de, permitir à cobrança de parâmetros e serviços as equipes com bases concretas, com garantia de um padrão de qualidade comparável local, regional e nacionalmente.

A ferramenta permite ao gestor uma visão mais ampla dos processos realizados no âmbito das unidades de saúde de seu município, tendo um maior controle acerca dos processos e recursos necessários para a execução e oferta de serviços de maneira satisfatória e com controle de qualidade.

1.2 Objetivo geral do trabalho

Construir um manual de apoio que permita a implantação da gestão de qualidade tendo como base os princípios do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB

1.3 Objetivos específicos do trabalho

- Apresentar metas que visem à melhoria da qualidade do atendimento, através da melhoria do acesso ao paciente;
- Elaborar normas com vistas à segurança do paciente;
- Apontar ferramentas de gestão da qualidade que melhorem a produtividade do serviço.

1.4 Justificativas do objetivo

A qualidade foi o agente de mudança corporativa mais importante dos últimos tempos, atualmente é a demanda gerencial mais importante a ser enfrentada pelas instituições, cada vez mais as pessoas se familiarizam com o conceito de qualidade e passam a cobrar por serviços a altura de suas expectativas, não sendo diferente nas organizações de saúde.

O Setor Saúde sofre uma pressão por mudanças onde seus usuários, cada vez mais exigentes, clamam pela melhoria de acesso a consultas e exames, neste mundo globalizado, não há tempo para dispender com saúde. Assim, conceito de qualidade hoje está muito mais próximo do que os clientes julgam que seja, do que propriamente a visão do gestor sobre o seu serviço, não sendo diferente na atenção primária.

Mas do que satisfação por parte dos usuários, a qualidade deve ser vista como uma estratégia administrativa que permeia estruturas e processos assistenciais, tecnológicos, financeiros, administrativos e até mesmo atividades de ensino e pesquisa.¹

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do

aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.²

Para que possamos implementar e avaliar a qualidade em organizações de saúde é necessário que padrões sejam estabelecidos, de forma que a qualidade se torne mensurável; caso contrario, a avaliação se torna muito subjetiva. Com este intuito foram criados programas que padronizam estruturas e processos e “acreditam” serviços de saúde, funcionando como um modelo de prestação de serviços.¹

A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos³

Tendo em vista que a qualidade é um dos focos permanentes da gestão, e uma pressão constante dos usuários, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o PMAQ-AB, o objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, permitindo a criação e monitoramento de parâmetros e indicadores da qualidade dos serviços prestados pelos municípios e suas equipes de saúde, iniciando uma longa caminhada, pela busca da gestão da qualidade total e melhoria continua de processos.

A implantação e adequação dos serviços para as normas da gestão da qualidade estabelece melhorias em todos os processos envolvidos no cuidado, desde que, adequada a indicadores factíveis e acoplada a uma mudança de paradigma assistencial que envolve tanto a escolha de parâmetros adequados para a avaliação quanto o investimento do próprio governo.

Frente à nova diretriz de parâmetro para o alcance de melhorias e metas apresentado pelo ministério da saúde frente à gestão da qualidade, pratica já antiga nos serviços de saúde, embora mais voltada a área hospitalar, o presente trabalho visa a contribuir servindo de guia para mesclar e permitir a implantação de uma política de qualidade com base nos parâmetros apresentados pelo PMAQ.

2 REVISÃO TEÓRICO IMPÍRICA

A qualidade é o julgamento feito em base na satisfação do cliente com o produto ou serviço utilizado, reúne um conjunto de elementos que satisfazem os desejos e as necessidades daqueles que utilizam o serviço, e foi o agente de mudança mais importante do século XX.

A preocupação com a satisfação dos clientes tem ganhado espaço nas organizações de saúde. Os gestores conhecem a avaliação que o usuário faz do serviço, e a importância dada a esta percepção permite que essa opinião seja utilizada para que se comparem diferentes situações na instituição – desde atividades assistenciais até criação de programas dentro da empresa.¹

Muitos estudiosos entendem que a qualidade sempre caminhou junto das atividades das organizações de saúde, já que o propósito de seus serviços é a prevenção, promoção, proteção e reabilitação dos indivíduos.¹

Na trajetória da busca e da consciência sobre qualidade nos serviços de saúde podemos citar Hipócrates que, já em IV a.C escreve “nunca causarei dano” o que foi traduzido mais tarde para a famosa frase: “*primum non nocere*”, ou, primeiro não causar dano.²

Em meados do Séc. XIX, cerca de 30 anos antes da consolidação da Teoria dos Germes de Louis Pasteur, o jovem médico húngaro Ignaz Semmelweis, deu um dos primeiros passos decisivos na luta contra as infecções bacterianas, mesmo sem saber ainda que tratavam-se de “doenças causadas por microrganismos”. Ele foi a primeira pessoa que se tem notícia a valorizar a importância de se lavar as mãos. O procedimento por ele idealizado foi à pedra fundamental para o início do processo de controle de contaminação em hospitais. Dr. Semmelweis obrigou seus alunos a seguirem um rigoroso procedimento de higiene das mãos, reduzindo drasticamente a mortalidade dos recém-nascidos.⁴

Na enfermagem, tem-se como exemplo a pioneira Florence Nightingale (1820 – 1910), enfermeira inglesa que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde no ano de 1854, baseando-se em dados estatísticos e gráficos. Sua participação na guerra da Crimeia foi impressionante. Seis meses após a sua chegada ao Hospital Scutari, as taxas de mortalidade recuaram de 42,7% para 2,2%,

com rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos.

5

Os registros sobre a origem da Acreditação nos Estados Unidos identificam como seu principal precursor, em 1910, o Doutor e Professor *Ernest Amory Codman*, proeminente cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts. Dr. Codman desenvolveu um trabalho denominado “EndResults Systems” (Sistema de Resultados Finais) no qual monitorava e avaliava os resultados dos tratamentos e procedimentos cirúrgicos realizados no hospital, com objetivo de identificar intercorrências negativas nos processos e a partir dessa identificação propor melhorias para garantir a qualidade da assistência prestada. Seu trabalho relacionado com “A Teoria dos Resultados Finais” (End Results Theory) foi publicado no livro intitulado “Um Estudo sobre a Eficiência do Hospital” (A Study in Hospital Efficiency). De seus achados e ações de acompanhamento também se desenvolveram as teorias do que hoje é chamado de Gerenciamento dos Resultados (Outcomes Management).⁶

Dr. Codman também foi um dos líderes do movimento que culminou, em 1913, com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões – CAC, o qual adota o “Sistema de Resultados Finais” como uma de suas premissas e objetivo visando à melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos. Como desdobramento desse trabalho liderado pelo CAC, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados de “Minimum Standards” (Padrões Mínimos), sendo esses os primeiros padrões relacionados com os processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, relacionados com um programa de padronização hospitalar.⁶

Com o reconhecimento e aprovação dos hospitais, em 1918, o CAC realiza as primeiras avaliações com base nos padrões mínimos, abrangendo 692 hospitais, dos quais, apenas 89 atendiam aos requerimentos previstos nesses padrões. Passa a ser então estabelecido, oficialmente, o Programa de Padronização Hospitalar. Como consequência dessa avaliação considerada preocupante, o CAC consolida a discussão sobre a questão da qualidade hospitalar e inicia o desenvolvimento de novas estratégias para a criação e implantação de padrões de qualidade. Em 1926 é lançado o primeiro manual de padrões. Com o avanço do programa e a introdução de novos padrões, em 1950, mais de 3.200 hospitais já estavam participando do

processo de avaliação, em caráter voluntário, por reconhecer as melhorias advindas com a implantação dos padrões.⁶

No Brasil, a proposta de acreditação de serviços de saúde é ainda considerada inovadora, constituindo-se em uma alternativa moderna de avaliação do desempenho de serviços de saúde e de aplicação dos preceitos da qualidade. Assim como ocorreu nos EUA onde na década de 20, coube ao *Colégio Americano de Cirurgiões* lançar e liderar a ideia da acreditação hospitalar, também, no Brasil coube ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC o papel pioneiro no desenvolvimento da acreditação – em 1986, foi criada a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais. Já na década de 90 o Brasil passa a conhecer algumas iniciativas regionais relacionadas com a acreditação hospitalar, ainda restrita a algumas entidades nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.⁶

Em 1994, o CBC organizou, juntamente com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ, o Seminário: “Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade”, que contou com a participação de especialistas internacionais. Como fruto deste Seminário, foi criado pelas instituições organizadoras o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS, com o objetivo de aprofundar a análise e a implementação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade.⁶

Na atenção básica, recentes ações governamentais possibilitam a implantação de propostas de avaliação da qualidade, este campo até então inexplorado constituiu-se uma prioridade para o fortalecimento do sistema nos moldes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, uma vez que, a atenção primária exige uma adequada resposta às demandas apresentadas pela população, através de uma complexa síntese de saberes e ações individuais e coletivas, curativas e preventivas.

A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil. No caso da Atenção Primária à Saúde, porém, essa é uma questão nova em nossa realidade. A elaboração de normas e critérios a nortear a assistência nesta área nas últimas décadas, esteve circunscrita às áreas técnicas, responsáveis por diversos programas de saúde. Esses podem ser encontrados em publicações sobre as rotinas e procedimentos utilizados para a atenção à saúde integral da mulher, da

criança, do combate à tuberculose, a vigilância epidemiológica entre outras. Assim os parâmetros quase sempre foram construídos a partir dos segmentos envolvidos na gestão e na assistência e foram propostos de forma segmentada e fragmentada, a atender aspectos particulares da Atenção Primária à Saúde.⁷

Uma atenção primária de saúde de qualidade pode resolver cerca de 70% das demandas de seus usuários, desafogando os hospitais e clínicas de atenção secundária e terciária e melhorando a qualidade de vida de toda a população atendida. É certo que sistemas nacionais que fortalecem e enfatizam a atenção primária como eixo organizador de suas práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários. Sua relevância no campo de políticas, práticas e investigação vem sendo enfatizada em nível nacional e internacional por meio de diretrizes políticas, documentos e publicações que apontam um maior impacto de eficiência e efetividade de sistemas de saúde ancorados na atenção primária.

No atual cenário que se desenha em nosso país e a evolução de nosso sistema de saúde pública ao longo dos anos, uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública tendo como base a indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.²

Através de uma política de avaliação podemos reafirmar o papel da AB, e sobre como o trabalho concretamente realizado compreende e responde às necessidades de saúde. Pode-se instituir um padrão mínimo a ser alcançado em todos os municípios bem como o melhor padrão de cuidado possível neste momento.

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários

de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil. ²

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. ²

Como o objetivo do programa é a avaliação do desempenho da equipe de atenção básica, a escolha de seus indicadores ficou limitada aqueles que possam ser monitorados pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

A escolha do SIAB justifica-se ainda pelo fato de o sistema permitir a alimentação de dados cadastrais sobre a população adscrita a cada equipe (faixa etária, sexo, características epidemiológicas etc.), permitindo a análise da suficiência e adequação da oferta de serviços a algumas necessidades específicas da população coberta pela equipe avaliada. Para viabilizar o uso do SIAB no monitoramento do PMAQ, foi realizada uma revisão do sistema, com vistas ao monitoramento dos resultados por equipe, e inclusão de novos campos e atributos relacionados aos indicadores eleitos para a contratualização e monitoramento do programa. ²

Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em 7 áreas estratégicas de atenção e classificados segundo a natureza de seu uso a se saber:

1. Saúde da Mulher;
2. Saúde da Criança;
3. Controle da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica;
4. Saúde Bucal;
5. Produção Geral;
6. Tuberculose e Hanseníase;
7. Saúde Mental.

Após a avaliação externa e homologação das equipes pelo Ministério da Saúde, as equipes serão classificadas conforme o desempenho de acordo com a análise de seus indicadores, considerando três dimensões:

1. Implementação de processos auto avaliativos – 10%;
2. Verificação de desempenho alcançado para o conjunto de indicadores

contratualizados – 20%;

3. Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade – 70%.

Sendo consideradas:

- Insatisfatória: o gestor municipal deixara de receber o valor de incentivo referente à equipe que recebeu esta classificação, e eles deverão assumir um termo de reajuste;
- Regular: o gestor municipal permanecera recebendo 20% do componente de qualidade do PAB (Piso de atenção básica) variável, mas, a equipe terá que, mediante recontratualização, assumir um termo de reajuste;
- Boa: quando a equipe for classificada como boa, o repasse referente a equipe passará a ser de 60% do componente de qualidade do PAB variável;
- Ótima: quando a equipe for classificada como ótima, o repasse referente essa equipe passará a ser 100% do componente de qualidade do PAB variável.

Vale a pena destacar que, o compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido a transição epidemiológica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

3 METODOLOGIA

Quanto ao método utilizado como base para a elaboração do presente trabalho, optou-se para a elaboração deste projeto de intervenção, por uma abordagem qualitativa, a qual pode ser definida como: fundamenta-se principalmente em análises qualitativas, caracterizando-se em princípio, pela não utilização de instrumental estatístico em sua análise de dados. Este tipo de análise tem como base conhecimentos teóricos empíricos que tem como finalidade atribuir-lhe cientificidade.⁸

Quanto ao procedimento adotado na coleta de dados, que sustenta a proposta de intervenção, utiliza-se a pesquisa bibliográfica, que, como o próprio nome diz, se fundamenta a partir de conhecimento disponível em fontes bibliográficas, principalmente livros e artigos científicos. Esta escolha tem como finalidade de ampliar o conhecimento na área, de dominar o conhecimento para depois utiliza-lo como modelo teórico que dará sustentação a outros problemas deste projeto e para descrever e sistematizar o estado da arte na área estudada. Este tipo de abordagem se restringe ao campo de atuação no levantamento e na discussão da produção bibliográfica existente sobre o tema. Envolve a escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fechamento, organização lógica do assunto e redação do texto.⁸

4 A ORGANIZAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

1.4 Descrição geral

Nome: Secretaria Municipal de Saúde;

Origem: Município de Curitiba;

Serviços: Manutenção, promoção e reabilitação da saúde populacional;

Orçamento anual: 1 bilhão e 100 milhões;

Funcionários: 7.500 estatutários, 1.118 FEAES, 1.106 agentes comunitários de saúde, 170 agentes de combate a endemias;

Instalações: 50 Unidades Básicas de Saúde, 55 Unidades Básicas com Estratégia do Saúde da Família, 04 Unidades de Saúde Complexas, 07 Unidades Especializadas, 10 Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, 8 Centros Municipais de Urgências Médicas - CMUM's, 1 Hospital geral e maternidade (Centro Médico Comunitário Bairro Novo), 1 Laboratório de Análises Clínicas. ¹²

1.5 Histórico de origem

Em 1963, com a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde, Curitiba inicia a atuação em Saúde Pública. No ano seguinte, é inaugurada a 1ª Unidade Sanitária, no Bairro Cajuru. São feitas as primeiras contratações na área da saúde. Nos anos finais desta década, inicia-se atenção odontológica em 5 escolas da rede municipal da educação, e a Unidade Sanitária do Pilarzinho é inaugurada. É criado o Departamento de Bem Estar Social, com uma Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária. Nos anos 70, devido à intensa migração rural a cidade cresce e urbaniza-se. A rede municipal da saúde possui nesta época 10 unidades sanitárias e 13 consultórios odontológicos. Em 1979, a Prefeitura de Curitiba cria o Departamento de Desenvolvimento Social, e sua Diretoria de Saúde revoluciona o modelo de atendimento, adotando a Atenção Primária à Saúde, seguindo recomendações da 1ª Conferência Internacional sobre

Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão em 1978 e explicitada no documento - "Modelo de Saúde Regionalizado e Hierarquizado, coparticipação SESB/INAMPS/PMC/Saza Lattes".¹²

Em 1980, inicia-se a implantação de Unidades com delimitação de áreas de abrangência sendo que os auxiliares que compunham as equipes de saúde eram selecionados dentre os moradores destas comunidades. O modelo de atenção proposto enfatizava a educação em saúde, atendimento programado, imunização e participação comunitária. As primeiras Unidades a funcionar nesse modelo foram São Pedro, Santa Amélia e Santo Inácio. Curitiba, em 1985, adere às Ações Integradas de Saúde - AIS. Recursos federais permitem a expansão da rede com a construção de 14 Centros de Saúde e 3 Clínicas Odontológicas. É realizado concurso público para todas as categorias profissionais.¹²

□□ Na reestruturação administrativa da Prefeitura (Lei Municipal nº 6.817/1986), é criada a Secretaria Municipal da Saúde; 42 Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas constituíam a rede municipal de saúde. Em março/86, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, vitória histórica do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, estrutura-se, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que propõe a municipalização, sistema regionalizado e hierarquizado. Curitiba inicia ações de epidemiologia. Em 1989, a SMS adquire duas ambulâncias e cria o Comitê Municipal de Morte Materna, publica o 1º Boletim Epidemiológico da SMS. A rede de serviços municipais contava com 53 Centros de Saúde e 34 Clínicas Odontológicas, evoluindo até a estrutura complexa que se encontra hoje.¹²

4.3 Diagnóstico da situação-problema

O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o

aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.⁹

Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) em adequar-se às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia. Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.⁹

Com a implantação do Sistema Único de Saúde – mais precisamente com a municipalização – os gestores locais anseiam por instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira orientada, o que vem sendo feito até hoje de modo bastante genérico. Até o momento, as metodologias de avaliação disponíveis são muito mais apropriadas para responder às características dos serviços de saúde de modo isolado, ou aplicáveis a programas em desenvolvimento ou desenvolvidos. Apesar da diversidade que cerca o campo da avaliação, a abordagem do sistema de saúde costuma ser feita em função de indicadores de saúde da população e alguns poucos indicadores de serviços de saúde. A primeira limitação encontrada é o fato de a definição de saúde não ser uniforme (mesmo que conste na constituição), o mesmo pode ser dito a respeito de serviços de saúde.⁹

É com esse objetivo que foi desenvolvida, pela coordenação de acompanhamento e avaliação do departamento de atenção básica do Ministério da Saúde, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Baseada em uma metodologia de autoavaliação e autogestão, tem a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, possibilitando aos atores diretamente envolvidos com o fazer em saúde – seja no plano gerencial ou assistencial – a apropriação de métodos e ferramentas tanto para a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e práticas, quanto para a construção de projetos de intervenção sobre os desafios identificados.¹⁰

O projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade - Qualificação da Estratégia Saúde da Família (AMQ) representa uma metodologia de auto-avaliação e gestão interna da qualidade, com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade e direcionado especificamente para este modelo de atenção que, por meio de instrumentos de auto-avaliação diferenciados, oferece aos gestores municipais, coordenadores e profissionais, a possibilidade de identificar pontos críticos, acompanhar o processo de implantação da estratégia e o desenvolvimento da qualidade da atenção básica de maneira incremental e permanente.¹¹

Como já citado anteriormente neste trabalho, implementar e avaliar a qualidade em organizações de saúde exige que padrões sejam estabelecidos, de forma que a qualidade se torne mensurável; caso contrário, a avaliação se torna muito subjetiva. Com este intuito foram criados programas que padronizam estruturas e processos e “acreditam” serviços de saúde, funcionando como um modelo de prestação de serviços.¹

Para tanto, o MS criou a cartilha do PMAQ - AB, por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios retalhos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos, necessárias adequações frente a grande diversidade apresentada em nosso país continental.

Neste sentido podemos definir a cartilha PMAQ-AB como sendo um método de avaliação, cujo principal objetivo é, por meio das informações coletadas seja possível detectar falhas e oportunidades desperdiçadas, para que a instituição possa desenvolver novas estratégias a fim de implementar e melhorar a gestão da qualidade, superando as expectativas da própria instituição e de seus clientes e alcançando os elevados padrões de excelência em qualidade.

A qualidade tão desejada é resultado de um processo gradual de mudanças obtidas através do gerenciamento de cada área e serviço oferecido pela instituição, à mudança ocorre visando atender ao interesse das partes e melhorar a eficiência na prestação de serviços, tendo como consequência o aumento de seu padrão de qualidade.

Por suas características de avaliação e estabelecimento de resultados, pode ser utilizado como base e manual para o programa de qualidade, o qual é um conjunto de padrões que visam garantir a segurança e a melhora do desempenho da instituição, as diretrizes apresentadas pelo programa estabelece o direcionamento estratégico da qualidade da instituição. A determinação da escolha do programa depende do perfil, posicionamento estratégico, missão, visão e valores de cada instituição, sendo o PMAQ a ferramenta mais adequada a realidade da atenção básica em nosso país.

Para avaliar a qualidade é necessário atender as expectativas do instrumento avaliador, aperfeiçoando o atendimento, estabelecendo etapas a serem realizadas para que os resultados desejados sejam alcançados, pois, o padrão de qualidade determina uma expectativa da instituição sobre o nível de desempenho que espera conseguir.

5 PROPOSTA

As necessidades e as expectativas dos usuários são o ponto de partida para a melhoria da qualidade, não havendo sentido propor melhorias se não agregarem valor ao usuário do serviço. As organizações têm que criar um movimento contínuo de melhorias onde o objetivo não é somente alcançar padrões de atenção à saúde, ou vê-los como um limite a ser atingido, mas sim ultrapassar esses padrões.¹⁰

Ainda que muitas dúvidas de “como fazer” persistam sempre no processo de atendimento em saúde, este ideário permite a identificação de valores e diretrizes condição fundamental para o estabelecimento de avaliações, bem como para a sua adoção como instrumentos de gestão que favoreçam a própria consolidação e melhoria do sistema de serviços.¹³

A gestão para qualidade total ou melhoria continua da qualidade é um processo gradual e permanente, que tem como objetivo a satisfação total dos clientes, por meio de uma gestão científica do processo, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e a prevenção de erros, tendo como base a manutenção e a melhoria dos padrões de desempenho atuais, com a participação e o envolvimento de todos os membros da organização.¹⁴

Tendo em vista a complexidade de uma rede de atenção básica situada em uma capital que conta com aproximadamente 1 milhão e 800 mil habitantes, o presente trabalho visa nortear as etapas a serem realizadas para a implantação do modelo de gestão da qualidade total tendo como programa referencial o PMAQ – AB.

Busca-se ao final das ações propostas fixar mudanças permanentes nos processos e alcançar resultados em saúde por meio de ações conduzidas por seus integrantes com o tempo, recursos e capacidades de que dispõem em sua rotina, de forma a atender às expectativas e assegurar a satisfação dos usuários.

5.1 Desenvolvimento da proposta

O ciclo de melhoria da qualidade é um processo contínuo em que a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros

preestabelecidos, a definição de objetivos e metas, a implementação de ações e o retorno à avaliação após um prazo determinado.¹⁰

O planejamento do processo de controle da qualidade total enfatiza a identificação das necessidades dos pacientes e as possibilidades de satisfazer essas necessidades e expectativas. Este planejamento procura corrigir os problemas e encontrar ações para prevenir sua reincidência. Visa a eliminar o retrabalho, suprir as ações necessárias e valorizar as competências individuais, encontrando novos talentos a alocando-os em atividades as quais sejam mais bem aproveitados.¹

Desenvolver um serviço com qualidade não significa afirmar que a quantidade de trabalho irá aumentar, a qualidade não está relacionada com mais trabalho, mas exige comprometimento para seguir as estratégias estabelecidas pela instituição, cumprir os prazos e atingir as metas parciais até chegar ao resultado final esperado.¹

A gestão pela qualidade total é uma abordagem abrangente que visa melhorar a competitividade, a eficácia e a flexibilidade de uma atividade, envolvendo todo o público interno, independentemente de seu nível hierárquico.

Para o desenvolvimento da política de qualidade em uma organização de saúde, faz-se necessário o conhecimento das diretrizes e estratégias institucionais. O desafio trata-se em planejar de maneira mais adequada as necessidades da organização, desde um pequeno programa interno até uma avaliação externa embasada em conceitos internacionais.¹

Em seus princípios básicos devemos destacar que tem um caráter eminentemente educativo, voltado à melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, visa à segurança para pacientes e profissionais por meio da qualidade da assistência e ações de saúde, sendo um instrumento relevante e útil de gerenciamento tanto para o nível local quanto para a mais alta administração.

Sua estratégia de sensibilização pode seguir dois padrões distintos, “*top-down*” onde a alta administração exerce forte liderança sobre sua equipe, capacitando às unidades durante todo processo de implantação, devendo os subordinados seguir as iniciativas da gestão, ao menos em tese, a partir do reconhecimento de uma autoridade tanto de direito quanto de fato. E “*bottom-up*”, em que a massa produtiva lidera um movimento de renovação da estrutura e da organização da unidade. Embora possa assemelhar-se, em princípio, a um processo

revolucionário e anárquico, a coalizão das forças de massa pode resultar em grandes alterações nos padrões de operação. Entretanto, o apoio da alta administração, a fim de legitimar as ações da massa faz-se necessário¹⁵

Levando-se em consideração a dimensão apresentada pela nossa secretaria de saúde e a quantidade de funcionários envolvidos nas ações de saúde deste município, será utilizada a estratégia up-down, a fim de facilitar a operacionalização das ações e garantir a continuidade do processo.

Esse trabalho de equipe não deve ser encarado nem concebido como um exercício acadêmico ou projeto de pesquisa, mas deve estar adequado para ser desenvolvido como parte integrante da rotina de trabalho. Para isso devem-se buscar metodologias e instrumentos apropriados e factíveis.¹⁰

Para o controle de qualidade total é preciso apoio e cooperação de todos os colaboradores da instituição, este controle deve ser realizado pensando nos objetivos a médio e longo prazos, para tanto, os objetivos da instituição devem estar estabelecidos para todos os colaboradores, a fim de que, uma união de esforços em uma direção comum culmine no alcance dos objetivos propostos.

Uma análise dos gestores partindo de onde a organização está e para onde quer chegar faz-se de extrema importância, assim identifica-se a direção a ser seguida, pois sua implantação envolve o planejamento prévio, a definição das funções e a criação de estratégias que assegurem a sua manutenção, devem ser observados os pontos críticos e passíveis de gerar problemas futuros.

Um fator de importante a ser observado neste processo é a necessidade de auditorias para analisar o desempenho de cada área e de cada atividade desempenhada pelos colaboradores, para tanto, um instrumento de avaliação em concordância aos objetivos e características de cada instituição deve ser utilizado como base para todas as análises e levantamentos de indicadores de desempenho. É ele que ditará as correções e melhorias necessárias ao longo do processo e garantirá a manutenção dos níveis atingidos ao final do programa. Neste sentido, tratando-se de atenção primária e tendo todos os elementos necessários para o sucesso do levantamento de indicadores e adequação de ações a serem elaboradas o PMAQ – AB encaixa-se em todos os pré-requisitos, sendo a base para o levantamento de dados nesta proposta.

O andamento do processo de implantação, a pesar de seguir certa cronologia de apresentação neste trabalho, não deve ser visto como regra absoluta, mas, como

um modelo para compreensão da proposta apresentada, podendo ser sua cronologia de implantação adequada a cada realidade de trabalho, tão extensa e diversa mesmo dentro de uma mesma secretaria ou distrito sanitário.

Para o desenvolvimento utilizam-se neste trabalho três ferramentas gerenciais empregadas na concepção e controle da gestão da qualidade, o programa 5S o 5W2H, e o ciclo PDCA, descritos a seguir.

Programa 5S: São atividades baseadas nos termos japoneses *Seiri*, *Seiton*, *Seiso*, *Seiketsu* e *Shitsuke*, os quais se referem a um processo educacional e possuem uma série de benefícios quando bem empregados em uma instituição. Nos programas de implantação da qualidade total, os 5S são utilizados na organização e manutenção das atividades para atingir o padrão de qualidade desejado e mantê-lo constante na instituição, pois um ambiente de trabalho organizado remete ao usuário uma maior confiança na qualidade do serviço ofertado.¹

Podem ser planejados juntamente com o processo de elaboração do plano estratégico para a conquista da qualidade, pois, são ferramentas educacionais que modificam a rotina e que permitem um melhor desenvolvimento e desempenho das atividades executadas em cada unidade, os resultados obtidos são imediatos e retroalimentam o processo. Serão apresentados em seus conceitos de forma detalhada durante as etapas do plano de implementação.

5W2H: o plano de ação 5W2H envolvem as atividades a serem implantadas, detalhando os elementos necessários para o desenvolvimento do projeto, como cada parte do projeto é pontuada claramente (*why, what, how, where, when, who, how much*), fica fácil acompanhar cada fase do processo, pois, sem planejamento não se pode organizar uma intervenção. Sendo:

Why – justificativa do projeto;

What – etapas do projeto;

Where – local de realização;

When – tempo de execução;

Who – responsável pela execução;


How – método de realização;

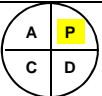
How much – custo do projeto.

PDCA: é um instrumento organizacional para a tomada de decisão que assegura o alcance dos objetivos. É composto de um ciclo contínuo de avaliação que envolve o planejamento (*plan*), a execução das atividades (*do*), a checagem do



que foi executado (*check*) e a ação corretiva, sempre que necessária (*action*). A análise crítica mudará de acordo com o andamento do projeto, sendo neste caso elencada como planejada, pois se trata de um projeto a ser executado.¹

Ao utilizar os instrumentos gerenciais supracitados descreveremos as etapas subsequentes deste trabalho, (plano de implantação, recursos, resultados esperados, riscos ou problemas e medidas preventivo-corretivas), as quais serão compreendidas na elaboração das planilhas 5W2H e análise das fases do ciclo PDCA.



O QUÊ?	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	ANÁLISE CRÍTICA	FASE PDCA
<p>Reconhecimento ou primeiros contatos – fase zero</p> <p>Basear as informações de entrada no sistema de qualidade, sob a ótica das quais será concebido.</p>	<p>Deve – se buscar a maior quantidade possível de informações sobre o tema. Para que o conceito de qualidade, a filosofia da instituição, aos objetivos e processos para adquirir a qualidade seja passado de forma similar em todas as unidades participantes.</p>	<p>Deve haver uma preparação, através da homogeneização de conhecimentos para todos aqueles considerados vitais para o sucesso de implantação. Sugere-se a elaboração de palestras, seminários e estudos de caso, a fim de que, todos os responsáveis uniformizem a linguagem e conceitos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar os conhecimentos acerca da metodologia do instrumento avaliador a ser utilizado, neste caso o PMAQ-AB; - Treinar e aprofundar os conhecimentos acerca da implantação dos 5S. 	<p>Secretário de saúde; Gerentes de distrito; Coordenadores de unidades.</p>	<p>Salão de atos Parque Barigüi.</p>	<p>A ser definido quando da implantação do projeto. Sugestão: prazo de 3 meses com encontros quinzenais.</p>	<p>Sem custo (utilizam-se os recursos disponíveis na prefeitura municipal).</p>	<p>Planejado</p>	 <p>A PDCA cycle diagram with four quadrants labeled A, P, C, and D. The 'P' quadrant is highlighted in yellow.</p>


<p>Capacitação da alta administração. Identificar as metodologias e ferramentas da gestão da qualidade que poderão formar um elenco de opções.</p>	<p>Deve-se organizar um grupo para liderar as mudanças em cada distrito e suas respectivas unidades, afim de que a multiplicação de saberes ocorra de forma satisfatória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter profundo conhecimento técnico em suas áreas específicas; - Ter um enfoque sistêmico da estrutura, organização e processo e da cultura organizacional; - Repassar e aprofundar os conhecimentos adquiridos na fase zero, dando destaque aos métodos e ferramentas utilizadas na qualidade e dos pontos a serem avaliados pelo instrumento de acreditação; - Eleger as metodologias de gestão a serem utilizadas no processo. 	<p>Gerentes de distrito, Coordenadores de área; Apoios distritais; Coordenadores das unidades; Funcionários (sugere-se 2 para cada unidade) a serem designados pelos coordenadores de cada unidade. *Eleger aqueles destaques de cada área, expoentes técnicos e administrativos, que tenham grande aceitação do grupo e liderança positiva.</p>	<p>Espaço saúde das unidades participantes, devendo realizar um rodízio das mesmas.</p>	<p>A ser definido quando da implantação do projeto. Sugestão: prazo de 2 meses com reuniões semanais.</p>	<p>Sem custo (utilizam-se os recursos disponíveis na prefeitura municipal).</p>	<p>Planejado</p>	
<p>Identificação do sistema produtivo. Identificar como são transformadas as informações e mapear os processos</p>	<p>Ao conhecer a organização e seus objetivos, permite que cada colaborador saiba de seu papel e dos demais colegas no sistema, tornando o</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer profundamente a organização, seu funcionamento e suas peculiaridades; - Obter e 	<p>Gerentes de distrito, Coordenadores de área; Apoios distritais; Coordenadores</p>	<p>Espaço saúde de sua unidade.</p>	<p>A ser definido quando da implantação do projeto. Sugestão: prazo de 2 meses com</p>	<p>Sem custo (utilizam-se os recursos disponíveis na prefeitura municipal).</p>	<p>Planejado</p>	

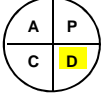
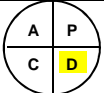
<p>necessários para fornecer o cuidado ao paciente.</p>	<p>planejamento das atividades mais ágil e dinâmico, simples e realista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um bom mapeamento dos processos normalmente revela a existência de vários setores realizando as mesmas tarefas; - Identifica-se os vícios do sistema. 	<p>aprofundar-se na missão e objetivos da secretaria;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer juntamente com a alta administração as expectativas e necessidades tanto da secretaria como da população; - Identificação dos processos existentes (normas, manuais, insumos, documentos, dados e fluxos); - Conhecer quais são as restrições existentes, elencando as variáveis passíveis de controle. <p>* Nesta fase cada unidade deverá realizar seu diagnóstico, pois mesmo dentro de uma mesma secretaria ou distrito diversas realidades são vivenciadas tanto de estrutura quanto de</p>	<p>das unidades; Funcionários eleitos.</p>		<p>reuniões semanais.</p>			
---	---	--	--	--	---------------------------	--	--	--



		processos.						
Sensibilização dos colaboradores Sensibilizar 100% dos profissionais da unidade de saúde.	É importante que a filosofia seja disseminada para que a adesão seja maximizada e as metas sejam alcançadas.	- Elaborar carta da gerencia e equipe de multiplicadores para todos os profissionais da unidade, distribuindo na sequencia; - Elaborar material educativo sobre o programa de gestão da qualidade total e suas respectivas etapas; - Realizar café de lançamento do programa a todos os funcionários em um colegiado local.	Coordenador da unidade; Equipe de multiplicadores (grupo interno da qualidade);	Espaço saúde da unidade participante.	A ser definido quando da implantação do projeto.	R\$: 350,00 (valor aproximado para oferta de café comemorativo)	Planejado	
Responsabilidade - Primeira etapa do PMAQ – AB: adesão e contratualização.	Ao programar o processo de qualidade, a instituição espera o comprometimento e a responsabilização dos colaboradores para executar as tarefas adequadamente, voltando-se aos objetivos estabelecidos, o foco será sempre a satisfação dos usuários e melhorias dos indicadores de	A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os	Coordenador da unidade, Servidores da unidade; Gestores municipais, estaduais e federais.	Espaço saúde da unidade participante e gabinete do gestor.	A ser definido quando da implantação do projeto	Sem custo	Planejado	

	<p>saúde, como trata-se de uma rede que engloba diversos atores, a contratualização se dará de forma a envolver as três esferas do sistema. .</p>	<p>gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar a ata da reunião com a assinatura de todos os presentes; - Registrar e formalizar junto ao município o aceite quanto a adesão ao programa; - Assinatura de termo de compromisso por parte das equipes; - assinatura de termo de compromisso entre os gestores municipais e o ministério da saúde; - Assinatura de termo de compromisso prevendo as 						
--	---	--	--	--	--	--	--	--

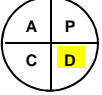
		deveres firmados entre as gestões municipal, estadual para apoio a participação da equipe no PMAQ.						
Implantação dos conceitos do 5S	Trata-se de um processo estratégico para conquistar a qualidade, permitindo um melhor desempenho das atividades executadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Difundir as ideias da implantação dos 5S e fomentar suas atividades; - Treinar um líder para conhecer e difundir o processo em cada setor; - Fotografar os setores antes de iniciar o programa para fins de comparação. 	Coordenador da unidade; Grupo interno da qualidade; Um multiplicador para cada setor;	Espaço saúde da unidade participante;	A ser definido quando da implantação do projeto.	Sem custo	Planejado	
Aplicar o Seiri – 1S dentro da unidade, permitindo a melhoria no aproveitamento dos recursos disponíveis..	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e eliminar objetos e informações desnecessárias; - Conseguir liberação de espaço; - Separar o útil do inútil mantendo somente o necessário na quantidade adequada; - Reduzir estoques; - Evitar pedidos em duplicidade; - Evitar perdas devido prazo de validade vencido; - Reduzir custos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar tudo o que existe no local de trabalho; - Classificar os objetos entre uteis e inúteis;- - Manter uma área de descarte para alocar todos os materiais a serem descartados (o que não serve para você pode servir para o colega); 	Todos os colaboradores da unidade, guiados pelos multiplicadores e pelo grupo interno da qualidade.	Em todos os setores da unidade de saúde.	O prazo recomendado para a sua execução é de 21 dias, a serem contados quando do início do processo.	R\$ 50,00 (valor aproximado para compra de etiquetas para catalogar os descartes de forma correta)	Planejado	

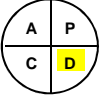
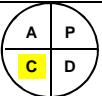
		<ul style="list-style-type: none"> - Os objetos considerados lixo devem ser separados adequadamente; - Todo material a ser descartado deve ser etiquetado e catalogado; - Terminará com o descarte adequado de todos os materiais. 						
Aplicar o Seiton 2S dentro da unidade, simplificando e otimizando o acesso a materiais e documentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez e facilidade para encontrar documentos, materiais e ferramentas de trabalho; - Economia de tempo; - Diminuição de acidentes; - Diminuição do cansaço físico; - Melhorar o fluxo de pessoas e materiais; - Melhorar o aspecto visual do ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar se existe local apropriado para a armazenagem de materiais e identifica-los se de uso coletivo; - Definir um local único, específico e adequado para cada material; - Identificar e catalogar o local de cada material; - Manter os materiais com validade mais próxima do vencimento a frente do estoque; - Agrupar itens semelhantes. 	Todos os colaboradores da unidade, guiados pelos multiplicadores e pelo grupo interno da qualidade.	Em todos os setores da unidade de saúde.	O prazo recomendado para a sua execução é de 21 dias, a serem contados quando do início do processo.	Sem custo (os materiais necessários são fornecidos pelo almoxarifado da secretaria de saúde)	Planejado	

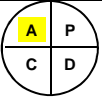
<p>Aplicar o Seiso 3S na unidade, eliminando as fontes de sujeira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente de trabalho saudável e agradável; - Mudança nos comportamentos e hábitos; - Boa apresentação aos pacientes; - Redução dos índices de acidentes de trabalho; - Maior durabilidade dos equipamentos; - Redução dos desperdícios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conservação e limpeza dos locais e objetos de uso comum; - Focos de sujeira eliminados (todos os agentes que agredem o ambiente podem ser considerados sujeira, como má iluminação, mau cheiro, ruídos, poeira); - Cada usuário deverá ser igualmente responsável pela manutenção da limpeza; - Deixar os recintos em ordem após o uso. 	<p>Todos os colaboradores da unidade, guiados pelos multiplicadores e pelo grupo interno da qualidade.</p>	<p>Em todos os setores da unidade de saúde.</p>	<p>Contínuo</p>	<p>Sem custo (os materiais necessários são fornecidos pelo almoxarifado da secretaria de saúde)</p>	<p>Planejado</p>	
<p>Implantar o Seiketsu 4S na unidade, promovendo o cuidado com a saúde dos servidores e usuários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Local de trabalho agradável; - Aumentar a satisfação pessoal dos servidores; - Colaboradores saudáveis e bem dispostos; - Equilíbrio físico e mental; - Redução de acidentes e doenças; - Melhora na autoimagem dos funcionários; - Melhora da imagem da 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a organização, arrumação e limpeza obtidas através dos três primeiros Ss (<i>Seiri, Seiton, Seiso</i>); - Elaborar normas para detalhar as atividades do 5S que serão executadas no dia-a-dia e as responsabilidades 	<p>Todos os colaboradores da unidade, guiados pelos multiplicadores e pelo grupo interno da qualidade.</p>	<p>Em todos os setores da unidade de saúde.</p>	<p>O prazo recomendado para a sua execução é de 21 dias, a serem contados quando do início do processo.</p>	<p>Sem custo</p>	<p>Planejado</p>	

	unidade perante os usuários.	de cada um; - Buscar constantemente a melhoria das condições físicas e de saúde; - Manter e melhorar os procedimentos operacionais e de segurança.						
Implantar o Shitsuke 5S na unidade, consolidando todas as demais etapas realizadas.	Quando as pessoas passam a fazer o que tem que ser feito e da maneira como deve ser feito, mesmo que ninguém veja, significa que existe disciplina. Para que esse estágio seja atingido todas as pessoas envolvidas devem discutir e participar da elaboração de normas e procedimentos que forem adotados no programa 5S	- Fiscalizar e manter as demais fazes do programa garantindo que o mesmo forme um ciclo que se retroalimenta constantemente; - Manter os ideais da gestão da qualidade e os pilares do 5S em constante atualização.	Todos os colaboradores da unidade, guiados pelos multiplicadores e pelo grupo interno da qualidade.	Em todos os setores da unidade de saúde.	O prazo recomendado para a sua execução é de 21 dias, a serem contados quando do início do processo.	Sem custo	Planejado	
Avaliação do sistema, para a garantia da manutenção da proposta inicial. - Segunda etapa do PMAQ – AB, desenvolvimento.	- Estabelecer e manter um programa de operações em conformidade com a gestão da qualidade e a metodologia de avaliação escolhida.	- Desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da	- Todos os níveis da gestão englobando o nível municipal, estadual e federal, com enfoque maior em todos os trabalhadores da unidade a	- Secretaria municipal de saúde e unidade de saúde avaliada.	A ser definido quando da implantação do projeto, pactuado com as demais secretarias.	Por abranger diversos setores do governo sua mensuração não será possível.	Planejado	

		<p>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:</p> <p>Auto-avaliação: feita pela equipe de saúde a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ;</p> <p>Monitoramento: feitos pelas equipes da SMS a partir de indicadores de saúde contratualizados na fase 1;</p> <p>Educação permanente: por meio de ações dos gestores municipais conforme as necessidades da equipe;</p>	ser avaliada.					
--	--	---	---------------	--	--	--	--	--

		Apoio institucional.						
Estruturação do processo: auditorias - Terceira etapa do PMAQ – AB, avaliação externa.	- Método comparativo para garantir o melhor desempenho e a melhoria contínua.	- Avaliação externa realizada por membros designados pelo ministério da saúde; - Realizar um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade da Equipe da Atenção Básica participante do programa; - Avaliar a rede local de saúde; - Avaliar a satisfação do usuário; - Realizar estudo de base populacional sobre aspectos de acesso e da qualidade da UMS; - Atender as expectativas avaliadas pelo questionário do PMAQ – AB;	- Equipe de avaliadores externos designados.	- Todos os níveis da gestão englobando o nível municipal, estadual e federal,	- A ser definido pelo ministério da saúde e equipe de auditores locais;	Por abranger diversos setores do governo sua mensuração não será possível.	Planejado	

<p>Registro dos dados para complementar a estrutura do processo.</p>	<p>- Para garantir todo o trabalho desenvolvido até aqui é interessante que a unidade transforme-se em uma entidade burocrática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registro e análise dos dados levantados no processo, - Identificação de problemas reais e potenciais; - Busca de estratégias de solução; - Receber analisar e implantar propostas de mudanças; - Padronização de todas as ações através da elaboração de procedimentos operacionais e utilização de manuais pré-existentes da secretaria e do ministério da saúde; - Padronização dos registros das atividades. 	<p>Todos os colaboradores da unidade, guiados pelo grupo interno da qualidade.</p>	<p>Em todos os setores da unidade.</p>	<p>A ser definido pelo grupo interno da qualidade quando do cumprimento das etapas anteriores.</p>	<p>Sem custo</p>	<p>Planejado</p>	
<p>Levantamento de metas e pactuação de melhorias.- Quarta etapa do PMAQ – AB, recontractualização.</p>	<p>Pactuação singular da equipe e do município com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Através dos dados levantados fornecer padrões de boas praticas e dados para uma nova pactuação com incremento e reavaliação de indicadores de qualidade; 	<p>Todos os níveis da gestão englobando o nível municipal, estadual e federal, com enfoque maior em todos os trabalhadores da unidade.</p>	<p>Todos os níveis da gestão englobando o nível municipal, estadual e federal,</p>	<p>Contínuo</p>	<p>Por abranger diversos setores do governo sua mensuração não será possível.</p>	<p>Planejado</p>	

		- Garantir a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados levantados nas fases 2 e 3 do PMAQ – AB, buscando sempre alcançar o padrão de excelência.						
Controle e averiguação dos resultados.	- A gestão da qualidade é um processo contínuo que deve ser constantemente reavaliado a fim de alcançar o padrão de excelência.	Grupo interno da qualidade	Unidade de saúde participante	Contínuo	Sem custo	Planejado		

6 CONCLUSÃO

Diante dos problemas, devemos buscar mais eficiência que, de preferência, esteja acompanhada de mais qualidade e segurança no cuidado aos pacientes e usuários de serviços, sendo a qualidade um dos focos permanentes da gestão, em uma perspectiva de melhoria continua.

Obviamente a implantação da gestão da qualidade não finaliza aqui, como já foi citado anteriormente o programa jamais termina. Quando se fala em qualidade, dificilmente faz sentido empregar a palavra “conclusão”, pois, dadas as considerações tecidas ao longo deste manual, pode-se inferir que à implementação do gerenciamento da qualidade ou de qualquer tipo de mudança positiva, com ou sem o termo qualidade, segue-se a necessidade inicial de manter as mudanças e conquistas alcançadas, antes de aprimorá-las.

A obtenção de resultados em curto prazo, embora comuns durante a aplicação do processo, não devem ser a preocupação da organização, deve-se vislumbrar sempre o melhor possível diante das condições apresentadas e a melhoria das mesmas vislumbrando um padrão de excelência.

Para as equipes locais, a implantação do programa serve como modelo de discussão e reflexão crítica do trabalho e possibilita a identificação de necessidades e mudanças, mas para tanto se faz necessário um conjunto de investimentos que consolidem um processo socialmente pactuado a médio e longo prazo envolvendo as três esferas da gestão.

Neste momento em que vivemos em nosso país, e principalmente em nosso município, onde a APS volta a ser foco de atenções e investimentos, a diversificação e aperfeiçoamento de estratégias de gestão e melhoria da qualidade dos serviços ofertados, podem ser o impulso para as mudanças necessárias para a efetivação, em fim, dos princípios e diretrizes de nosso SUS, resultando em praticas de atenção mais responsivas e inclusivas.

REFERÊNCIAS

1. LUONGO, J. Gestão da qualidade em saúde. 1 ed. São Paulo: Ridel, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – Acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – PMAQ. Manual instrutivo. Brasília: Distrito Federal; 2012.
3. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual brasileiro de acreditação I. Brasília, 2010.
4. Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação. Disponível em: <http://www.sbcc.com.br> Acesso em 20/11/13.
5. NOGUEIRA, LC. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG; 1996.
6. Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br> Acesso em 22/11/13.
7. CAMPOS, CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária a saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2005; 5: S63- S69.
8. ZANELLA, LCH. Metodologia de Estudo e de Pesquisa em Administração. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC, 2009.
9. MALIK, AM; SCHIESARI, LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. São Paulo :Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2010.
11. ROCHA, PM. Avaliando a Qualidade em Atenção Primária em Saúde. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro – RJ. V.1 n4, jan/mar 2006.

12. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>
Acesso em 13/12/13.

13. CASTANHEIRA, ERL *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde e Soc. São Paulo, v.20, n.4, p. 935 – 977, 2011.

14. TOLEDO, JC; MARTINS, RA. Proposta de modelo para elaboração de programas de gestão para a qualidade total. Revista de administração. São Paulo v33, n2, p 52-59. Abri/junho 1998.

15. TORELLI, LC; FERREIRA, JJA. Qualidade total: Proposta de um modelo para implantação. Gestão e Produção. v.2, n.3, p. 281-296, dez 1995.