

O enfoque do



Programa de Melhoria  
do Acesso e da Qualidade

**no nível local e as implicações para os serviços de APS.**

**DISCIPLINA: Tópicos em métodos e abordagens de Avaliação em Saúde**

**JOSUÉ SOUZA GLERIANO**

DOCENTE NA ÁREA DE POLÍTICAS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO - UNEMAT  
DOUTORANDO NO PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
- EERP/USP

# ORGANIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

- Breve considerações sobre a APS no Brasil.
- O PMAQ: objetivos, diretrizes, expansão, fases e síntese dos componentes avaliativos.
- Alguns estudos com dados do 1º e 2º ciclo do PMAQ para reflexões sobre o impacto no cenário local e para a gestão
- PMAQ no cenário local: o caso Tangará da Serra – MT
- EsQualOS
- Desafios do PMAQ

# CONSIDERAÇÕES SOBRE A APS NO BRASIL:

- Houve um aumento da cobertura com investimento tripartite na Saúde da Família, estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no Brasil.
- **ALGUNS ESFORÇOS** foram fundamentais para colocar a APS no centro da agenda de gestores das três esferas de governo:
  - 1. A **afirmação da APS como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado** prestado na rede de serviços;
  - 2. O aumento expressivo do financiamento e investimento por parte do MS e a **mudança de seu formato instituindo um componente de equidade, de indução de modelo, de qualidade e de infraestrutura e modernização**;
  - 3. A **criação do Programa Mais Médicos**, com provimento de profissionais em regiões do país com escassez de médicos.
  - 4. Importante **investimento em infraestrutura, informatização e unificação e modernização dos sistemas de informação**, por intermédio da estratégia e-SUS AB.
  - 5. A criação de uma **mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde** que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação, educação permanente, cooperação horizontal, apoio institucional, monitoramento e certificação. (BRASIL, 2017)

# PRINCIPAIS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA APS

**I - Territorialização e Responsabilização Sanitária**

**II - Adscrição dos Usuários e Vínculo**

**III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial**

**IV - Cuidado Longitudinal**

**V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde**

**VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede**

**VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional**

**VIII - Resolutividade**

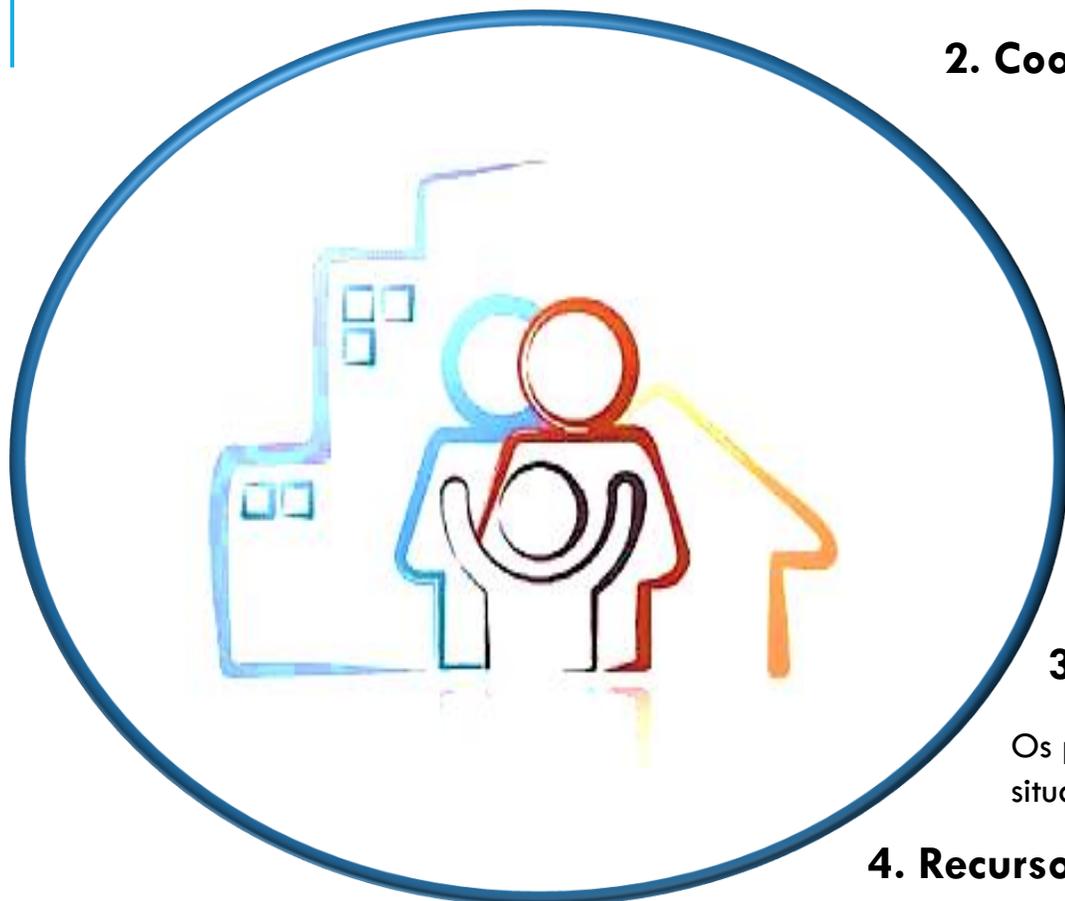
(BRASIL, 2017)



# PRINCIPAIS ASPECTOS PARA O POTENCIAL RESOLUTIVO DA APS

## 1. Ações ofertadas pela equipe de Atenção Básica na UBS

Ampliam o escopo dos serviços ofertados passa também pela disponibilidade de especialidades na Atenção Básica, (NASF).



## 2. Coordenação do Cuidado:

Ponto da rede de atenção à saúde de maior capilaridade lhe atribui papel central na gestão e coordenação do cuidado, em articular as ações de saúde entre os serviços disponíveis dentro da rede de saúde

Efetivação da  
coordenação do  
cuidado

- a) implementar fluxos de encaminhamento tendo a equipe como centro do cuidado ao usuário;
- b) aprimoramento da comunicação entre os serviços de saúde;
- c) implementar prontuário eletrônico para qualificar o registro e possibilitar melhor compartilhamento das informações clínicas necessária para qualificação das condutas e integração do cuidado.

## 3. Estruturação de processos de educação permanente

Os profissionais das equipes aprimorem constantemente a capacidade de análise das situações e de sua intervenção através do apoio matricial.

## 4. Recursos tecnológicos e uso de protocolos

Disponibilidade de equipamentos e insumos para apoio diagnósticos/terapêuticos, além da existência e uso de protocolos clínicos e de encaminhamento

(BRASIL, 2017)

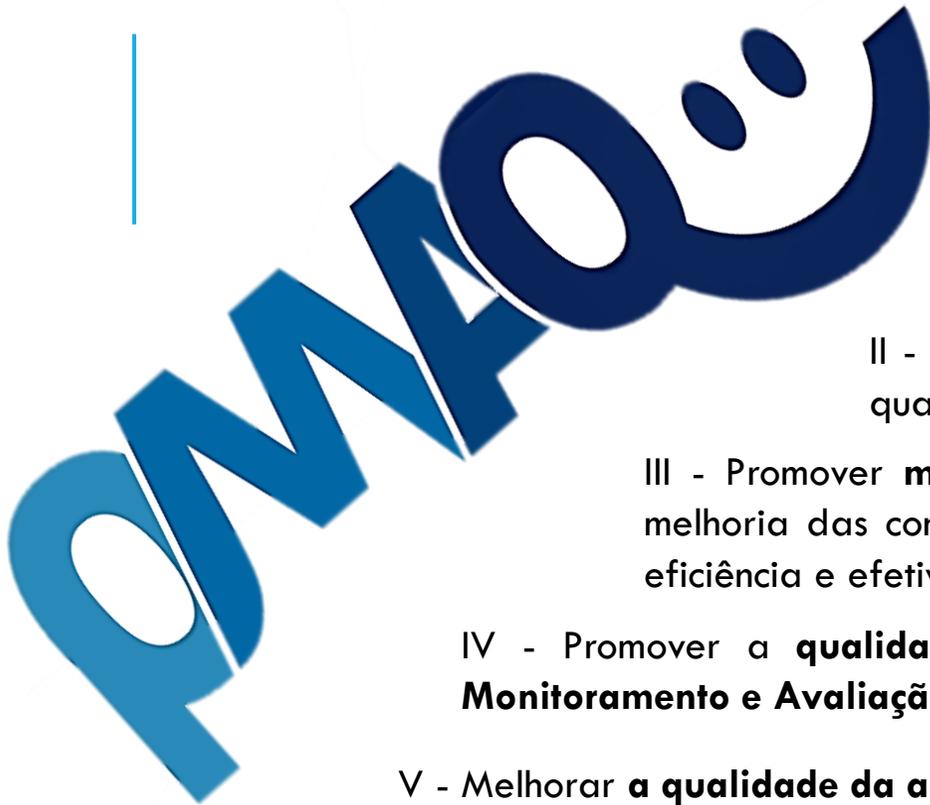
## O PRINCIPAL OBJETIVO do



**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.**

(BRASIL, 2017)

# OBJETIVOS ESPECÍFICOS



I - **Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários**, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - **Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS** que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover **maior conformidade das UBS com os princípios da AB**, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a **qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente** nas três esferas de governo;

V - Melhorar a **qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação** como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma **cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão** com base na indução e acompanhamento de processos e resultados;

VII - Estimular o **foco da AB no usuário**, promovendo a transparência dos **processos de gestão, a participação e controle social** e a **responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde** com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

(BRASIL, 2017)

# DI R E T R I Z E S



I. Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde.

II. Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes.

III. Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade.

IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica.

V. Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados.

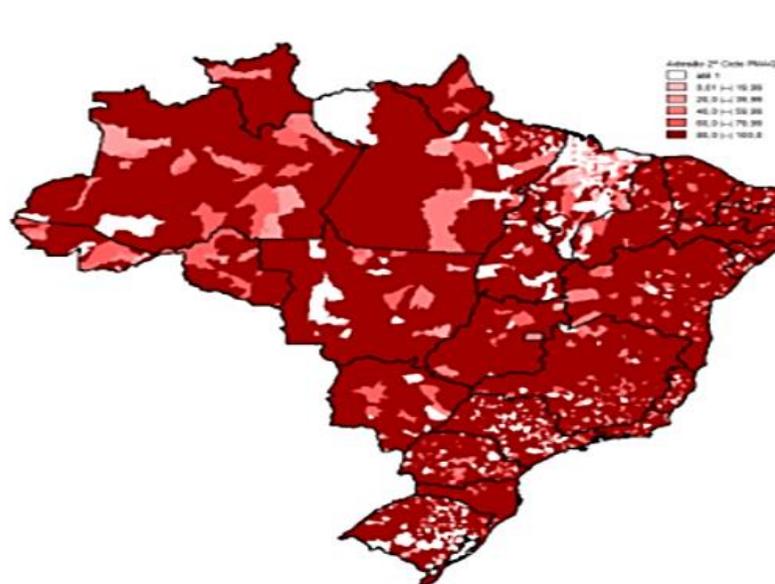
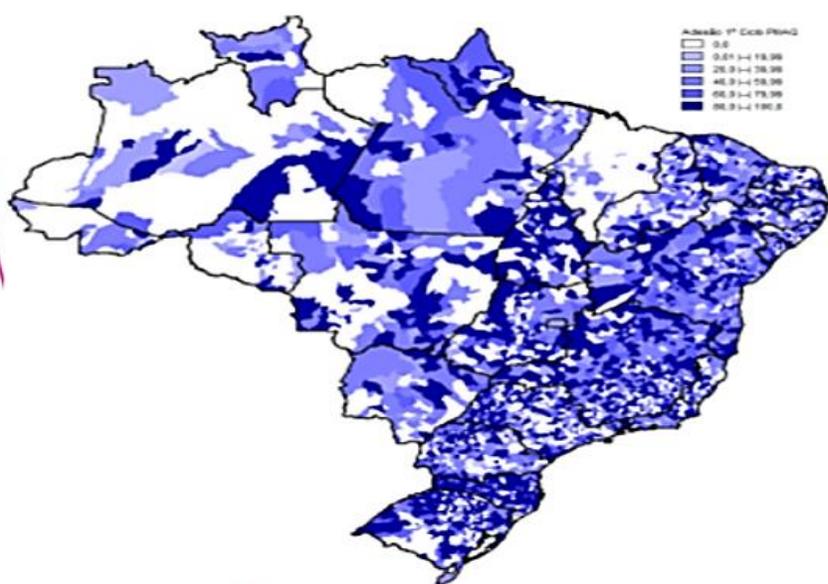
VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

VII. Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

# PMAQ ENQUANTO MOBILIZADOR DA AVALIAÇÃO

- Envolver, mobilizar e **responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, municipais e locais, equipes e usuários** em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da APS
- Desenvolver **cultura de negociação e contratualização**
- Estimular a **efetiva mudança do modelo de atenção**, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das **necessidades** e da **satisfação dos usuários**
- Ter **caráter voluntário** para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da **motivação e proatividade** dos atores envolvidos

1º Ciclo (2011/2012)		2º Ciclo (2013/2014)		3º Ciclo (2016/2017)	
3.965 municípios	71,2 %	5.070 municípios	91,0 %	5.324 municípios	95,6 %
17.482 Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal	53,1 %	30.523 Equipes de Atenção Básica 19.946 Equipes de Saúde Bucal	88,7 % 89,6%	38.865 Equipes de Atenção Básica 25.090 Equipes com Saúde Bucal	94 % 95 %
-	-	1.813 NASF	93,0%	4110 NASF	94 %
-	-	860 CEO	94,2%	953 CEO	95%



# Fases do PMAQ - 3º Ciclo

## FASE 1

### Adesão e Contratualização

Gestão Municipal e Equipe pactuam os compromissos



Município faz a adesão e (re)contratualização das equipes com o Ministério da Saúde



Ministério da Saúde homologa a adesão e (re)contratualização dos municípios e equipes

## FASE 2

### Avaliação Externa e Certificação

Verificação *in loco* de padrões de acesso e qualidade (gestão, UBS e equipe)



Certificação das Equipes



Ofertas de Informação para a ação de gestores e equipes

## FASE 3

### Recontratualização

Recontratualização com incremento de padrões de qualidade

## Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento

Desenvolvimento do conjunto de ações para a **qualificação da Atenção Básica** envolvendo:

Autoavaliação

Apoio Institucional

Monitoramento de Indicadores de Saúde

Educação Permanente

Cooperação Horizontal

Ciclo com avaliação a cada 2 anos

(BRASIL, 2017)

# Certificação

60%

**AVALIAÇÃO EXTERNA** de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados.

30%

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS INDICADORES** contratualizados na etapa de adesão e contratualização.

10%

Verificação da realização de **AUTOAVALIAÇÃO** pelos profissionais das equipes de atenção básica.

A cada ciclo do PMAQ, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

(BRASIL, 2017)

# Classificação das Equipes

## Padrões Essenciais e Estratégicos:

A partir da análise dos resultados das equipes no 2º ciclo foram construídos os padrões para a avaliação externa do 3º Ciclo do PMAQ;

### Padrões essenciais:

- Avaliado a partir de um **conjunto de padrões mínimos** de qualidade considerados **fundamentais** e com elevados percentuais de cumprimento pelas equipes ,
- A equipe que não alcançar 90% do conjunto de padrões essenciais será automaticamente certificada com **desempenho RUIM**.

### Padrões estratégicos:

- Para que a equipe obtenha o **desempenho ÓTIMO** esta será avaliada, além da nota, por 50% dos padrões **considerados estratégicos**.

**OBS:** Os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes são classificados como **Padrões Gerais**

(BRASIL, 2017)

# Padrões de acesso e qualidade utilizados para a certificação das equipes, classificados em:

## PADRÕES OBRIGATÓRIOS

- Presença de cadeira odontológica para EAB/ESF com SB (Se não tiver, a EAB/ESF com SB está automaticamente **desclassificada**);
- Alimentação do SISAB/e-SUS (o não envio da base de dados inviabiliza o cálculo dos indicadores, sendo a equipe classificada como **insatisfatória**).

## PADRÕES ESSENCIAIS

- caso a equipe contratualizada não alcance a **totalidade de um conjunto de padrões mínimos** de qualidade considerados essenciais, ela será automaticamente certificada com **desempenho ruim**.

## PADRÕES ESTRATÉGICOS

- Para que a equipe seja classificada com o **desempenho ótimo**, além de obter uma **nota mínima**, deverá alcançar um **conjunto de padrões considerados estratégicos**. Pg 46

## PADRÕES GERAIS

- São os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação.
- A equipe que se adequa a esses padrões ganha pontos.

(BRASIL, 2017)

# DIMENSÕES DO EIXO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO



- 1 AUTOAVALIAÇÃO;**
- 2 MONITORAMENTO;**
- 3 EDUCAÇÃO PERMANENTE**
- 4 APOIO INSTITUCIONAL**
- 5 COOPERAÇÃO HORIZONTAL.**

(BRASIL, 2017)



# 1 AUTOAVALIAÇÃO;

- Ponto de partida do eixo de desenvolvimento;
- É um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação.
- Deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho.



- É fundamental que a autoavaliação e a Matriz de Intervenção.

(BRASIL, 2017)

**I**

**Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;**

**II**

**Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;**

**III**

**Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;**

**IV**

**Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica**

**V**

**Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade.**

(BRASIL, 2017)



## 2 MONITORAMENTO;

Alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade, é fundamental a realização constante de ações de monitoramento, **com a identificação de prioridades de educação permanente, apoio institucional, programação e contratualização de ações.**

- Estratégias de Monitoramento;
- Indicadores para Contratualização;
- 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica que estão subdivididos em quatro grupos:
  - Acesso e continuidade do cuidado
  - Coordenação do cuidado
  - Resolutividade da equipe de atenção básica
  - Abrangência da oferta de serviços
- Certificação das Equipes.

(BRASIL, 2017)

**I**

**Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;**

**II**

**Subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;**

**III**

**Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;**

**IV**

**Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas e resultados alcançados;**

**V**

**Fortalecer a responsabilidade e sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB a enfrentarem os desafios.**

## PRESSUPOSTOS

# PMAQ

Autoavaliação para Melhoria  
do Acesso e da Qualidade

- I** Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação.
- II** Subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;
- III** Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias.
- IV** Reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados;
- V** Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;
- VI** Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades;
- VII** Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento da AB, com vistas à democratização e transparência desses processos

Grupo	Indicador de Desempenho
<b>Acesso e continuidade do cuidado</b>	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
<b>Coordenação do Cuidado</b>	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
<b>Resolutividade</b>	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
<b>Abrangência da oferta de serviços</b>	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal
<b>NASF</b>	5.1 Índice de atendimentos realizados pelo NASF



### 3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais,
- Mudanças no processo de trabalho em saúde, nesse sentido, a **educação permanente é uma importante “estratégia de gestão”**, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica,
- Pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que **parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.**

## 4. APOIO INSTITUCIONAL.

Função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde através da democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral.

### **APOIO:**

- Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, COSEMS e municípios (eventualmente);
  - o apoio das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios e o apoio da gestão municipal às equipes de saúde.
- 
- Esse trabalho de apoio, pode se dar em três planos:
    - (a) o das relações interfederativas,
    - (b) o relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado,
    - (c) o que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano.



## Alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores:

1. Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
2. Suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea;
3. Suporte à construção de Projetos Terapêuticos Singulares;
4. Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
5. Análise de indicadores e informações em saúde;
6. Facilitação dos processos locais de planejamento;
7. Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
8. Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.
9. Contribuir no apoio ao Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa.

## 5 COOPERAÇÃO HORIZONTAL.



Parte do princípio que todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender e abrange atividades que envolvem troca, produção e disseminação de diferentes saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado ao usuário, visando o fortalecimento da Atenção Básica a partir da interação entre seus profissionais.

Na Comunidade de Práticas da Atenção Básica existe mais de 4.500 experiências compartilhadas por equipes de todo Brasil sobre ações realizadas na AB e também há espaço disponível para a inserção de novas experiências.



Comunidade  
de Práticas

<https://novo.atencaobasica.org.br/>



ACESSO E  
QUALIDADE

# Unidade Básica de Saúde Certificada

Melhoria do Acesso e da Qualidade

Para saber como está a certificação da UBS/Equipe de Atenção Básica acesse [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

Equipe: _____	Equipe: _____	Equipe: _____
Avaliação: _____	Avaliação: _____	Avaliação: _____
Data: _____	Data: _____	Data: _____

PARCERIA DOS GOVERNOS  
FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL.



Ministério da  
Saúde



Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação Externa	60%

## Certificação

Conforme o seu desempenho:

- Avaliação externa de desempenho:** a certificação é realizada considerando os padrões gerais, essenciais e estratégicos.
  - padrões essenciais e estratégicos são descritos no Manual e padrões gerais, estão discriminados no Instrumento de Avaliação Externa.
- Verificação da realização de **momento autoavaliativo** pelos profissionais das equipes de atenção básica
- Avaliação de **desempenho do conjunto de indicadores contratualizados** na etapa de adesão e contratualização.

**SÍNTESE DOS  
COMPONENTES DA  
AVALIAÇÃO EXTERNA DAS  
EQUIPES DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA, AB  
PARAMETRIZADA E SAÚDE  
BUCAL (ESB E SB  
PARAMETRIZADA)**

## DIMENSÃO I

### **Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica**

- Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
- Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica

## DIMENSÃO 2

### Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS

- Funcionamento da Unidade de Saúde
- Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS
- Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
- Informatização e Conectividade
- Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
- Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
- Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde

### DIMENSÃO 3

#### Valorização do Trabalhador

- Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
- Educação Permanente e Telessaúde
- Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
- Plano de Carreira Remuneração por Desempenho

## DIMENSÃO 4

### Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho

- **Gestão do Processo de Trabalho e Acesso**

População de Referência da Equipe de Atenção Básica  
Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica  
Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica

Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde  
Rede de Atenção à Saúde

Acolhimento à Demanda Espontânea

- **Atenção à Saúde**

Saúde da Mulher e da Criança

Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)

Saúde Mental

Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio

Promoção da Saúde

Participação do Usuário e Controle Social

- **Áreas Específicas**

População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas

Programa Saúde na Escola

Práticas Integrativas e Complementares

## DIMENSÃO 5

**Acesso, Utilização,  
Participação e  
Satisfação do  
Usuário**

- Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
- Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
- Acolhimento à Demanda Espontânea
- Saúde da Mulher e da Criança
- Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
- Satisfação e Participação do Usuário

Após o processo de avaliação externa, as equipes serão classificadas, conforme o art. 6º, § 1º, da portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, em:



- Desempenho Ótimo
- Desempenho Muito Bom
- Desempenho Bom
- Desempenho Regular
- Desempenho Ruim

# MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA APS

- Infra-estrutura e condições de funcionamento;
- Valorização dos trabalhadores e da qualificação para a prática;
- Capacidade de cuidado e resolutividade em situações concretas por meio de uma análise do processo de trabalho;
- Gestão do Cuidado e Suporte/Articulação em Rede;

# ESTUDOS COM BASE NO



# 🔗 A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB

The position of the Family Health Strategy in the health care system under the perspective of the PMAQ-AB participating teams and users

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Ligia Giovanella

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Helena Seidl

Juliana Gagno

[SOBRE OS AUTORES](#)

» Resumos

» Text

Introdução

Aspectos metodológicos

Aspectos metodológicos

Aspectos metodológicos

Acesso a serviços de saúde...

## Resumos

O artigo analisa a posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde sob a perspectiva das 16.566 equipes de Saúde da Família e dos 62.505 usuários participantes do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012. Os resultados indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada.

Em conclusão, os resultados indicam que **as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial**, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes **barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada.**

Saúde debate 38 (spe) Out 2014

# Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ

Family Health Support Center (Nasf): a national panorama based on National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) data

Deniclara Brocardo Carla Lourenço Tavares de Andrade Márcia Cristina Rodrigues Fausto  
Sheyla Maria Lemos Lima [SOBRE OS AUTORES](#)

## » RESUMO

### » ABSTRACT

#### » Text

Introdução

Material e métodos

Resultados e discussão

Conclusões

» Palavras de comunicação

» Histórico

## RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008 visando aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica (AB). Composto por uma equipe multiprofissional deve desenvolver atividades conjuntas com as equipes AB, seguindo a lógica do apoio matricial e das ações técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais, pretendendo a integralidade do cuidado. O objetivo deste estudo foi analisar o trabalho do Nasf no território brasileiro, considerando a integração entre as equipes Nasf e AB, a partir de dados provenientes da avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) segundo ciclo. Os resultados encontrados apontam adequação quanto à infraestrutura, às atividades de apoio matricial e às atividades integradas com as equipes AB. Contudo, o monitoramento e análise de indicadores, a formação inicial e a educação permanente carecem de maior desenvolvimento.

O fato das formações específicas dos profissionais da AB e do Nasf não darem suporte a essas práticas compartilhadas de trabalho acresce complexidade à sua operacionalização. Embora se reconheça **a dificuldade em captar e mensurar a colaboração entre profissionais.**

O diagnóstico fornecido pelo PMAQ é ainda insuficiente para afirmar que, de fato, o matriciamento esteja sendo praticado de forma satisfatória e trazendo aportes efetivos à resolutividade da atenção básica. Esta é uma lacuna de investigação a merecer estudos mais detalhados e específicos.

# Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB

## Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB

Juliana Gagno Lima   Ligia Giovanella   Márcia Cristina Rodrigues Fausto   Aylene Bousquat

Edcarlos Vasconcelos da Silva

[SOBRE OS AUTORES](#)

### RESUMO

A concepção de uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e sua qualidade podem ser avaliadas por meio da efetivação dos atributos: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação. O artigo teve por objetivo analisar a consecução dos atributos da APS na prática das equipes, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando-se os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os ciclos 1 e 2. Estudo quantitativo, com identificação das equipes participantes dos dois ciclos e operacionalização dos atributos da APS por meio da seleção de variáveis PMAQ-AB pertinentes a cada atributo. Foram comparados os resultados nacionais de 12.680 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15.668 equipes e 58.517 usuários. Apenas parte dos atributos apresentou melhorias do ciclo 1 para o ciclo 2. Os melhores resultados foram primeiro contato e integralidade, confirmando gradual constituição da UBS como serviço de porta de entrada acessível, com escopo diversificado de ações, ainda que insuficientes. Os atributos com pior avaliação foram longitudinalidade, com baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente; e coordenação, por dificuldades de acesso às consultas especializadas e insuficientes registros compartilhados.

Discussão

finais



# A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017

Lorena Araujo Ribeiro João Henrique Scatena

[SOBRE OS AUTORES](#)

## » Resumo

### » Text

Introdução

Métodos

Resultados e discussão

Considerações finais

### » Referências

### » Datas de Publicação

### » Histórico

## Resumo

Este estudo bibliográfico tem o objetivo de examinar estudos de avaliação da atenção primária à saúde (APS) no Brasil, enfatizando principalmente o desenho metodológico adotado e características-chave de avaliação. Foram consultadas as bases Scientific Electronic Library Online, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, utilizando-se a combinação de vocabulários estruturados para indexação e buscando-se artigos publicados entre 2007 e 2017 que abordassem informações originárias de avaliação em serviços brasileiros de APS. Foram selecionados 41 artigos, sendo analisadas, entre outras variáveis, ano de publicação, modalidade do artigo, serviço de APS investigado, desenho metodológico, características avaliativas e desdobramentos e potencialidades oportunizados pela avaliação. Dos 41 produtos de pesquisa, a maioria originou-se de estudos de campo (86,8%) e foi desenvolvida exclusivamente em Unidades de Saúde da Família (48,9%). Quanto aos aspectos metodológicos, observou-se o predomínio de abordagens quantitativas, sendo o Primary Care Assessment Tool (PCATool) o instrumento mais utilizado nos estudos. Observou-se também que a produção nacional sobre a avaliação em APS refletiu o cenário histórico-político nacional de estruturação desse nível de atenção e assumiu, em sua maioria, características de pesquisa avaliativa com enfoque na avaliação da qualidade. A revisão informa o panorama nacional acerca da avaliação na APS, que denotou o pluralismo conceitual e prático que envolve essa área, mas também

A análise das produções revelou **grande diversidade de conceitos e métodos**, contudo observou-se o predomínio de avaliações realizadas em USF, operacionalizadas por meio de **abordagens quantitativas e apoiadas nos princípios de avaliação da qualidade em saúde** - em sua maioria, ligadas ao modelo sistêmico **proposto por Donabedian e aplicado à APS por Starfield**. No que tange à estratégia para levantar as informações necessárias à avaliação, identificou-se que a maioria dos estudos utilizou instrumentos validados, **com especial destaque ao PCATool**.

Saúde soc. 28 (2) 01 Jul 2019Apr-Jun 2019

# A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização

Primary care in health regions: policy, structure, and organization

La atención primaria en regiones de salud: política, estructura y organización

Aylene Bousquat   Lígia Giovanella   Marcia Cristina Rodrigues Fausto   Maria Guadalupe Medina  
Cleide Lavieri Martins   Patty Fidelis Almeida   Estela Marcia Saraiva Campos   Paulo Henrique dos Santos Mota

## Resumo:

A atenção primária à saúde (APS) concebida como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede regionalizada de atenção à saúde (RAS) é um dos condicionantes da dinâmica regional da saúde. O objetivo do artigo é identificar as dimensões política, de estrutura e de organização da APS em diferentes regiões do Brasil; assume-se que estas dimensões podem explicar, se não o todo, pelo menos parte importante do funcionamento da APS em cenário regional. Foram realizadas 84 entrevistas com atores-chave em cinco regiões de saúde. Essas regiões foram selecionadas com base na diversidade de situações socioeconômicas, territoriais e de organização do sistema de saúde. Apesar da heterogeneidade das RAS, notam-se traços comuns. Na dimensão da política, observou-se fragilidade na cooperação intergovernamental e no protagonismo da esfera estadual, além da incapacidade da Comissão Intergestores Bipartite em se configurar como espaço de planejamento e pactuação. Na dimensão estrutura ficou clara a insuficiência de condições que assegurem minimamente a execução de funções essenciais da APS. Pontos críticos são escassez, má distribuição e problemas de qualificação de recursos humanos, além do subfinanciamento das ações. Na dimensão organização são visíveis as dificuldades para se romper a fragmentação dos serviços. A APS não consegue assumir seu papel de coordenadora do cuidado, e observa-se a ausência de um *modus operandi* capaz de atender às necessidades dos usuários considerando as especificidades de cada região. A superação dos constrangimentos identificados é central para o fortalecimento do próprio SUS como sistema público, universal, equânime e integral.

# PMAQ NO CENÁRIO LOCAL: O CASO DE TANGARÁ DA SERRA – MT



- Forte integração ensino-serviço com a gestão em saúde municipal por meio da extensão, pesquisa e ensino.
- Primeira adesão ao PMAQ no 3º Ciclo
- Indução para expansão da APS a partir do Programa Mais Médicos
- Desenho de pesquisas para conhecer os serviços da APS



# PESQUISAS NA APS

2015- Perfil profissional da Atenção Primária à Saúde no município de Tangará da Serra – MT (FINALIZADA)

2014- um estudo piloto (TCC), realizado em uma unidade de saúde utilizando a AMQ, apresenta ao município o PMAQ.

2016- PMAQ - Avaliação da Organização do Processo de Trabalho e da Atenção Integral em Unidades de Saúde de Tangará da Serra (FINALIZADA)

2016- A Inserção do Programa Mais Médicos nas Políticas e Práticas da Atenção Primária à Saúde no município de Tangará da Serra –MT.

# EXTENSÃO NA APS

Desde 2016 o Projeto: Elaboração de protocolos e manuais para Serviços de Saúde

2014 – 2016 – Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde a usuários em Condição Crônica de Saúde por Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus sob a Luz da Integralidade em Saúde

# SEMINÁRIO MAIS MÉDICOS

## DIÁLOGOS MAIS MÉDICOS E APS na Gestão Municipal para a Atenção à Saúde

Tangará da Serra - MT

### PROGRAMAÇÃO

07:30 - 08:00 Credenciamento

08:00 - 08:30 - Mesa de abertura

08:30 - 10:15 - Mesa Redonda Resultados, Avanços e o Futuro do Programa Mais Médicos em Tangará da Serra na perspectiva da gestão: democratização do acesso à saúde.

Josué Souza Gleriano - Coordenador geral da Pesquisa Inserção do Programa Mais Médicos nas políticas e práticas da Atenção Primária à saúde no município de Tangará da Serra - MT

Itamar Martins Bonfim - Secretário de Saúde de Tangará da Serra - MT

Luciléia Rodrigues - Coordenadora da Atenção Básica do Município de Tangará da Serra - MT

Juliana Herrero - Coordenadora da Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra - MT

Moderadora: Juliana Benevenuto Reis - Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso

10:15 - 10:30 - Intervalo

10:30 - 11:00 - Conferência: Percepções do Sistema de Saúde brasileiro sob olhar de médicos do PMM

Juana Maria Martinez Alfonso - Médica do PMM - Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

11:00 - 11:30 - Debate Mesa redonda e Conferência.

11:30 - 13:30 - Almoço

13:30 - 15:45 - Mesa redonda: Pesquisas e avaliações de resultados na APS

Panorama na produção de serviços de saúde nas quinze cidades mais populosas de Mato Grosso que receberam Mais Médicos. Expositor: Alexandre Andrade - Assessor de Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra - MT

Análise da aplicação de recursos públicos municipais da região de Planejamento VII - Tangará da Serra na área da saúde. Expositor: Rodrigo Henrique Pinheiro - Técnico de Ensino Superior da Universidade do Estado de Mato Grosso

O PMAQ na perspectiva do processo organizacional. Expositora: Priscila Corrêa da Luz - Enfermeira, egressa da Universidade do Estado de Mato Grosso

Perfil profissional da Atenção Primária em Tangará da Serra - Juliana Fernandes Cabral - Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso

Moderador: Raimundo Nonato Cunha de França - Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso

15:45 - 16:00 - Intervalo

16:00 - 17:30 Debate Mesa Redonda.

**DATA: 09/12/2016**

**LOCAL: Auditório do IFMT - Rua 28, 980N**

**Inscrição GRATUITA: 02 a 08/12/2016 pelo site:**

**<http://siec.unemat.br/>**

**UNEMAT**  
Universidade do Estado de Mato Grosso



# SEMINÁRIO PMAQ – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO



## A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CONCEITO E PRÁTICA DA AVALIAÇÃO

THE PERCEPTION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY NURSES ON THE EVALUATION CONCEPT AND PRACTICE

LA PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA SOBRE EL CONCEPTO Y PRÁCTICA DE LA EVALUACIÓN

Josué Souza Gleriano\*, Grasiela Cristina Lucietto\*\*, Juliana Benevenuto Reis\*\*\*, Verônica Modolo Teixeira\*\*\*\*, Lucieli Dias Pedrechi Chave\*\*\*\*\*

### Resumo

**Introdução:** Muito se fala sobre avaliação em saúde, e ela continua sendo objeto no cenário nacional e internacional. **Objetivo:** Em face da relevância do contexto da avaliação este estudo buscou caracterizar a percepção de enfermeiros da atenção básica acerca da compreensão da avaliação em saúde em seu cotidiano de trabalho. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em um município localizado no sudoeste do estado de Mato Grosso. O campo de estudo foi composto por 26 unidades de saúde da família e participaram 31 enfermeiros que coordenam as equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram coletados através da técnica de grupo focal e um questionário autoaplicável para delineamento do perfil profissional. Para análise e interpretação, foram construídas narrativas submetidas à análise de conteúdo e que resultou nas categorias: o conceito e significado da avaliação e o contexto da avaliação na atenção básica. **Resultados:** Os perfis dos enfermeiros são: sexo feminino com faixa etária de 25 a 45 anos, estatutárias e com formação em escolas públicas. As narrativas apresentaram duas vertentes para a avaliação: a primeira colocou a avaliação como um processo que deve ser percorrido por etapas, e está intrínseco durante todo o processo de trabalho, e a segunda apontou a avaliação como etapa final. **Conclusão:** É prudente repensar a inserção desses enfermeiros como articuladores na gestão da política da atenção básica e do cenário de campo dos serviços.

que assola o Estado brasileiro, incumbe-nos reafirmar nesse espaço a necessidade de aproximação do conceito da avaliação *in loco*, mais próxima da realidade local para o seu fortalecimento não como ação de repasse ou de gratificação por desempenho ou função de pactuação, mas como uma cultura de fortalecer o SUS como estratégia política e direcionadora de um pensamento universal da extensão da política de saúde brasileira.

O processo de reflexão dos conceitos utilizados na avaliação pode desencadear a identificação dos seus limites e das potencialidades de alcance que ela poderá trazer no fortalecimento do SUS e da profissão de enfermagem. Portanto, o processo que julgamos estratégico é o participativo. Sugere-se a replicação desse

# Integral care in the perception of family health strategy professionals

Josué Souza Gleriano, Priscila Corrêa da Luz Zaiáz, Angélica Pereira Borges, Grasiela Cristina Lucietto, Priscila Balderrama, Carla Regina de Almeida Corrêa, Ana Carla Picalho, Lucieli Dias Pedreschi Chaves

## Abstract

**Objective:** to describe the perception of a multiprofessional team of the Family Health Strategy about integral care in its unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, developed in a health unit with 11 professionals of the multidisciplinary team. Data was collected using the focus group technique guided by the Self-Assessment tool to improve access and quality of primary care. The technique of Content Analysis was used. **Results:** it is noteworthy that the team judged satisfactory the full attention in the woman cycle and unsatisfactory in the child and adolescent, adult and elderly cycles. Little familiarity with the ministerial evaluation program was noted. **Conclusion:** it was noted the need to institute a routine reflection on comprehensive care based on the attributes of Primary Health Care. **Descriptors:** Primary Health Care; Integrality in Health; Family Health; Health Management; Health Evaluation; Nursing.

## Resumo

**Objetivo:** descrever a percepção de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção integral na sua unidade. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em uma unidade de saúde com 11 profissionais da equipe multiprofissional. Coletaram-se os dados utilizando a técnica de grupo focal norteadada pelo instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** destaca-se que a equipe julgou satisfatória a atenção integral no ciclo da mulher e insatisfatória nos ciclos da criança e do adolescente, adulto e idoso. Percebeu-se a pouca familiaridade com o programa de avaliação ministerial. **Conclusão:** constatou-se a necessidade de se instituir uma reflexão rotineira sobre a atenção integral pautada nos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde da Família; Gestão em Saúde; Avaliação em Saúde, Enfermagem.

Gleriano JS, Zaiáz PCL, Borges AP, Lucietto GC, Balderrama P, Correia CRA, et al. Integral Care in the perception of Family Health professionals. J Nurs UFPE on line. 2019;13:e242241 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242241>

# Work process: perception of the family health team

Josué Souza Gleriano, Priscila Corrêa da Luz Zaiáz, Angélica Pereira Borges, Grasiela Cristina Lucietto, Priscila Balderrama, Verônica Modolo Teixeira, Camila Galiano, Lucieli Dias Pedreschi Chaves

## Abstract

**Objective:** to describe the perception of a multiprofessional Family Health Strategy team about the organization of the work process in their unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, developed in a health unit with 11 professionals, using the focus group technique, guided by the Self-Assessment for Improving Access and Quality of Primary Care in the dimension of work process organization. The data was submitted to the technique of Content Analysis. **Results:** it is pointed out that, in the data organization, two categories emerged: Organizational Aspects and Relational Aspects. Emphasize the importance of nurses for the coordination of actions and the need to encourage collaborative work for the integrality of actions. **Conclusion:** there is a need to establish, within the health team, routine reflection on the organization of work processes based on the attributes of primary health care, in addition to the practice of evaluation as a tool to improve the quality of care. **Descritores:** Organization and Administration; Primary Health Care; Family Health; Patient Care Team; Basic Health Services; Health Services.

## Resumo

**Objetivo:** descrever a percepção de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família sobre a organização do processo de trabalho na sua unidade. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido numa unidade de saúde com 11 profissionais, utilizando a técnica de grupo focal, norteada pela Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na dimensão de organização do processo de trabalho. Submeteu-se os dados à técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** aponta-se que, na organização dos dados, emergiram duas categorias: Aspectos organizacionais e Aspectos relacionais. Enfatizam-se a importância do enfermeiro para a coordenação das ações e a necessidade de se fomentar o trabalho colaborativo para a integralidade das ações. **Conclusão:** constata-se a necessidade de se instituir, no âmbito da equipe de saúde, a reflexão rotineira sobre a organização dos processos de trabalho pautada nos atributos da atenção primária à saúde, além da prática de avaliação como ferramenta para melhorar a qualidade da atenção. **Descritores:** Organização e Administração; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços Básicos de Saúde; Serviços de Saúde.

# Especialização - Gerenciamento da Atenção Primária com ênfase na Saúde da Família (2016-2017) – 440h



Link para acesso ao caderno:  
<http://portal.unemat.br/media/files/especializacao/especializacao-Caderno-Curso-ESPGAPSF.pdf>



Carteira de Serviços da ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Versão Profissional 2019

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TANGARÁ DA SERRA - MT  
Secretaria Municipal de Saúde - SMS/Coordenação de Atenção Primária  
Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde - EsQualOS/UNEMAT

# Carteira de Serviços da ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Versão Profissional 2019



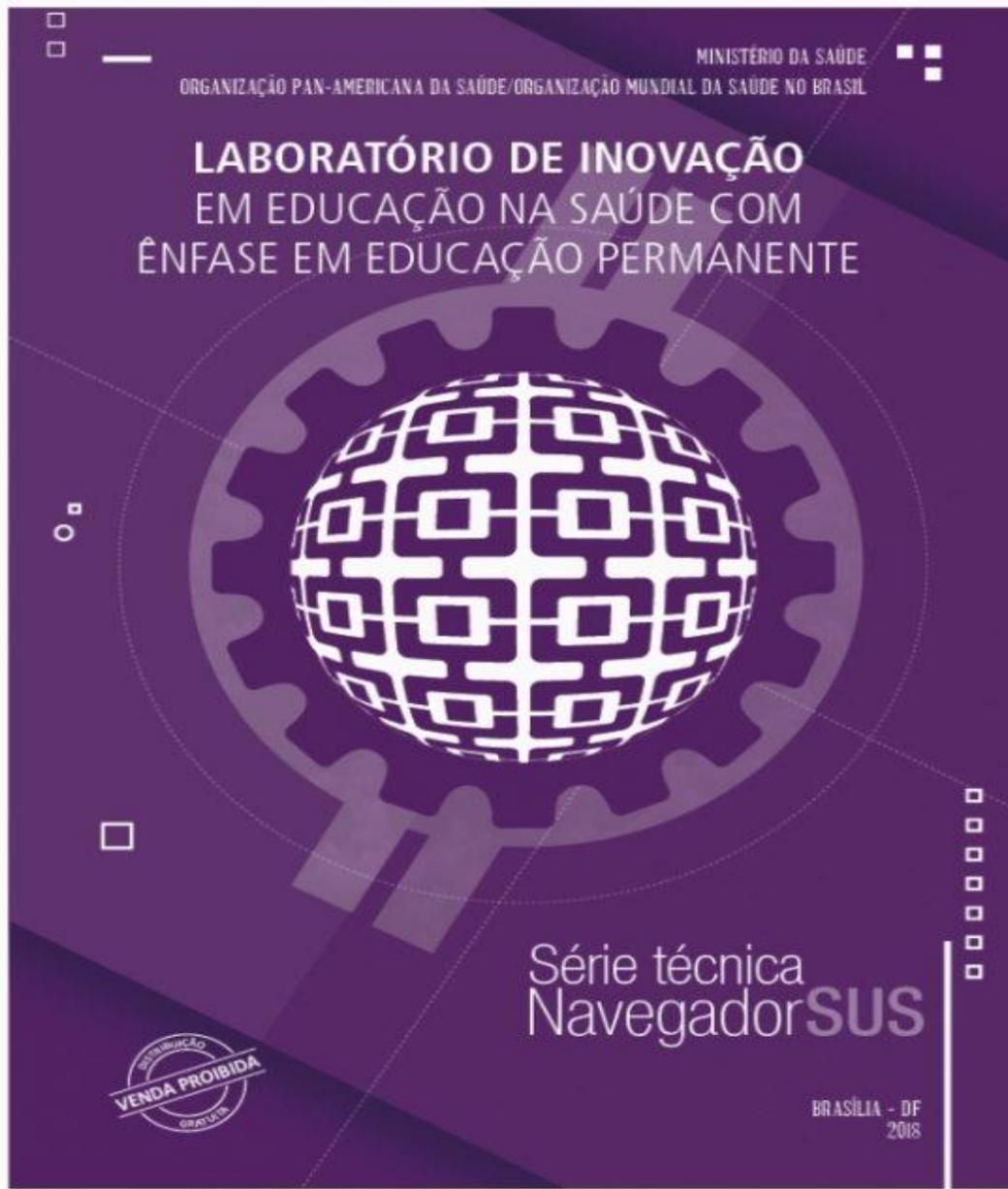
UNEMAT  
Universidade do Estado de Mato Grosso



Cartilha  
Qualidade



Disponível em: <http://unemat.br/?pg=noticia/12650>



# LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Eixo 2

## Educação e Práticas Interprofissionais

- A reorientação da formação por meio da educação interprofissional e prática colaborativa - Pró-saúde e PET Saúde
- Escritório de Qualidade para Organizações de Saúde - EsQualOS
- LAB-AVC Serra Catarinense

64

68

72

Escritório de Qualidade para Organizações de  
Saúde - EsQualOS



# 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

2º lugar, na modalidade de comunicação oral, o trabalho intitulado “Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde”



- Menção Honrosa no Trabalho Educação Permanente em Saúde na experiência EsQualOS: fortalecimento da Gestão em Saúde  
Evento: Seminário sobre Tecnologia, Inovação e SAE

# O PMAQ AINDA EXISTE OU RESISTE?

Novo modelo de avaliação da APS no Brasil...

SAPS apresenta no

- XXV Congresso do CONASEMS
- 15º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade

Novo modelo de financiamento da APS

Mudança da avaliação da APS no Brasil.

## Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde?

📅 23 de outubro de 2019

👤 Áquilas Mendes e Leonardo Carnut\*



Os autores no 8º Congresso Brasileiro de C. Sociais e Humanas em Saúde – 8º CBCSHS – Foto: Kio Lima / Abrasco

# COM BASE NESTE CENÁRIO E NOS 3 CICLOS DO PMAQ

**Quais os principais avanços na APS a partir do PMAQ?**

**O PMAQ tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de APS?**

**O PMAQ tem mobilizado as equipes (assistência e gestão) em busca de melhorias em seus processos de trabalho?**

O PMAQ tem contribuído para a melhoria da qualidade do cuidado na APS ofertado à população?

**Quais os desafios para o fortalecimento da APS que o PMAQ pode ajudar a superar?**





I - Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II - Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III - Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV - Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V - Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI - Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII - Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII - Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX - Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

X - Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

XI – Baixo investimento em infraestrutura de informática e insuficiente uso das tecnologias da informação para a tomada de decisão.

**Josué Souza Gleriano**  
**Universidade do Estado de Mato Grosso –**  
**UNEMAT Tangará da Serra– MT**  
**(65)3236-6414**  
**josuegleriano@unemat.br**

**Obrigado!!!**  
**AbraSUS**