



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA EDUARDA PEREIRA CAMINHA

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA E DO RESIDENTE ENFERMEIRO NO PROCESSO
DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB**

FLORIANÓPOLIS, 2014.

Maria Eduarda Pereira Caminha

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA E DO RESIDENTE ENFERMEIRO NO PROCESSO
DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB**

Trabalho apresentado junto à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como requisito parcial para conclusão do curso.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

FLORIANÓPOLIS, 2014.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Caminha, Maria Eduarda Pereira

Atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Residente Enfermeiro no processo de implementação do PMAQ-AB / Maria Eduarda Pereira Caminha, 2014.

n.f.: il. color.; 30 cm.

Orientador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2014.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 4. Melhoria da Qualidade. 5. Enfermagem em Saúde Pública. I Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. II Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2014.

Maria Eduarda Pereira Caminha

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA E DO RESIDENTE ENFERMEIRO NO PROCESSO
DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB**

Trabalho apresentado junto à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como requisito parcial para conclusão do curso.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

Conceito final: A.

Aprovado em: 20 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Esp. Rafael Sebold

Orientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre.”
Paulo Freire*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a comunidade pertencente ao Centro de Saúde que desenvolvi a residência nesses dois anos, por todo o crescimento profissional e principalmente pessoal que me proporcionou. Por me ensinar a olhar os mínimos detalhes da vida e observar a vida e o nosso viver de outra maneira. Pelo contato diário nas consultas, nas visitas domiciliares, durante a discussão de casos com a equipe e até mesmo no Acolhimento.

Aos profissionais do Centro de Saúde que me ensinaram muito sobre o convívio. O quanto todos somos diferentes, o quanto é bom existir essa diferença e o quanto devemos respeitar a particularidade de cada um e aprender a conviver com essas diferenças e conviver em tranquilidade no dia-a-dia. Em especial aos ACS que nos receberam já de braços abertos nos primeiros dias e estando presente no restante de todo os dois anos. Não poderia deixar de agradecer a Dani, pela preceptoria nestes dois anos, mesmo que o primeiro não de fato como preceptora. Obrigada! E tão pouco deixar de falar da Loana, muito obrigada! Pelos conselhos, pelos choques de realidade, pela ajuda no acolhimento, por brotar na minha frente como escudo e um dos dias mais tensos, por me escutar nos meus longos momentos de desabafo, por ser uma colega presente e principalmente por ser minha amiga nesse nosso curto convívio de um ano, mas certamente intenso!

A residência como um todo, pelo amadurecimento e o fortalecimento de certezas que sempre estiveram comigo e que foram lembradas e rememoradas a cada discussão, a cada compartilhamento de saber. Por me ensinar a achar um alguém calmo e ainda mais observador. Pelos tutores e preceptores obrigada pela troca de experiência a cada Momento Integrado, em conversas informais, ou durante nossas Atividades Compartilhadas. E até mesmo nas aulas, em sua maioria criticadas, mas com muitas que pude aproveitar. E o mais importante é descobrir que não existe categoria profissional, todos estão juntos por um propósito e dispostos a ajudar no momento que você precisa, independente da profissão que ela possui.

Um agradecimento especial a tutora e orientadora Ana Lúcia, que agrega diversas funções e consegue administrar tudo isso e ainda estar sempre presente e bem presente na orientação deste trabalho.

Entre os preceptores não poderia deixar de enaltecer duas pessoas. Mais que preceptores pra mim, entraram na minha vida como pessoa de meu convívio, pessoas que quero do meu lado e que permaneçam sempre ao meu lado. Rafa, obrigada por todos os

momentos de fuga, e sempre muito bem acolhida, no consultório da odonto. Pelas palavras, pelas confidências, pelas gargalhadas, pelas “histórias” compartilhadas e pela troca do trabalho de nosso dia a dia, ah claro! E a outra preceptora, minha preceptora da vida, obrigada pelos ensinamentos, por me mostrar esse seu jeito particular de ver as coisas da vida. Olhar a vida de forma simples e descomplicar o que parece muito complicado. Muito obrigada pelos ensinamentos, pelo conhecimento teórico compartilhado, por não ter medo de ensinar e capacitar os outros sobre os seus saberes, pelos conselhos da vida e por todo o resto!

Agradecer aos colegas da residência, principalmente nosso primeiro ano por me ensinar e me mostrar na prática o quanto a união faz a força, o quanto quando temos objetivos comuns podemos mudar uma realidade e tentar modificar o que não achamos certo. E tenha certeza, deixamos nossa marca e conseguimos algumas mudanças fortes e marcantes para a residência e para os CS. E as “praianas”, por tudo que foi vivido nesses dois anos, pela parceria, pela troca, pelo carinho, pelo aconchego nos dias corridos e dolorosos e por nos socorrermos em diversos momentos, pela aventura no Ceara e por tudo isso e mais um pouco: Ana Carol, Ana Isabel, Dani e Miguel. Obrigada!

Um carinho e um agradecimento especial a nossa vivência em Sobral/CE que de certa forma esteve presente em várias reflexões apresentadas ao longo desse trabalho. Pelo processo de trabalho lá vivenciado, pelo modelo pedagógico conosco compartilhado, por estarem sempre abertos a permanecer em constante aprendizado e por muitas vezes, dividir isso conosco. Pela troca diária, e intensa, durante trinta e três dias, de domingo a domingo, da hora de acordar até a hora de dormir. Por todas as reflexões que me geraram, por todos os ensinamentos que me trouxeram, por toda a credibilidade que tenho na formação da Residência voltar a brotar e me fazer voltar com um anseio e uma vontade muito grande de tentar mudar o que pode ser modificado. Citar nomes aqui seria colocar o nome de todos aqueles que nos receberam, que nos depositaram atenção e carinho desde nosso primeiro dia em solos Sobralences. Obrigada coordenação, preceptores, tutores e todos os residentes por todo o carinho desde o primeiro dia até o ultimo (ou eterno penúltimo dia).

Aos meus amigos de longa data, minha velha amiga de infância, meus amigos da faculdade, minhas amigas nutris, minhas amigas do cursinho, meus amigos da Palhoça, enfim, todos aquele que angariei por todos os espaços que já passei e estive presente, obrigada pelos momentos de lazer, de risadas e de alegria proporcionados. Por entenderem a ausência em vários momentos por conta da correria da residência.

Ao meu pai, minha mãe, meus irmão, minha cunhada e meu afilhado por estarem sempre me apoiando em todas as minhas escolhas, entendendo esse meu jeito e sempre presente em todas as minhas escolhas. Desculpe pela ausência, foram dois anos intensos, cheio de aprendizado e de crescimento.

Enfim, levo comigo a certeza de que a busca por esse sonho valeu muito a pena. Que foram dois anos de longo aprendizados, de aumentar meu leque de saberes, meu leque de sabedoria, meu leque de conhecimento e de um ser crítico. De me fazer ver novos caminhos a ser trilhados, de sempre voar cada vez mais alto.

A todos, meu sincero

Muito obrigada!

RESUMO

O processo de implementação do PMAQ-AB faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica. O município de Florianópolis aderiu ao programa em 2012, unificando ao Pacto Municipal de Saúde criando uma nova maneira para avaliar seus indicadores. O objetivo desse estudo foi avaliar a participação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família num Centro de Saúde de Florianópolis durante o processo de implementação e execução das ações e estratégias adotadas em busca da melhora dos seus indicadores. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, que utilizou como referencial metodológico o Estudo de Caso. O local objeto do estudo é um Centro de Saúde (CS) do município de Florianópolis-SC. Foram utilizados dados secundários e também análise documental. Os dados foram analisados sob três dimensões: as estratégias adotadas pelo CS, a participação dos residentes nas ações desenvolvidas e a atuação da residente de Enfermagem nos indicadores selecionados. Após compilação dos dados e análises apresenta-se como resultados os indicadores de saúde do Pacto Municipal de Saúde – 2011/2014, no município de Florianópolis/SC/Brasil, o PMAQ do Centro do estudo, no ano de 2012, as estratégias adotadas para alcançar as metas do PMAQ-AB e as estratégias adotadas pelo enfermeiro na implementação do PMAQ – AB. Como conclusão deste estudo pode-se perceber as fragilidades e fortalezas do processo de implementação, assim como perceber o trabalho do residente neste processo. Pode-se observar que o papel desempenhado pelo residente não esteve limitado apenas a execução das ações a eles destinadas, mas este foi participante de forma crítico-reflexiva sobre determinadas etapas, criando um olhar diferenciado e qualificado, buscando ações pautadas no apoio e na construção coletiva junto da coordenação, funcionários do CS e, principalmente, com os usuários do sistema, em constante avaliação.

Palavras chaves: Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Melhoria da Qualidade; Enfermagem em Saúde Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pacto Municipal de Saúde – Centro de Saúde Prainha.....	19
Figura 2 – Menu Principal, programação de saúde.....	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nº de Enfermeiras no ano de 2012 no Centro de Saúde Prainha.....	26
---	----

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMAQ - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade

AMAQ – AB - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

CS – Centro de Saúde

EAB – Equipe da Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

INFO Saúde - PMF – Sistema de Informação em Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis

MS – Ministério da Saúde

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ – Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMAQ – AB - Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

REMULTISF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	14
INTRODUÇÃO.....	16
MÉTODO.....	18
RESULTADOS.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	29

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E DO RESIDENTE ENFERMEIRO NO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB**

THE ROLE OF MULTIPROFESSIONAL TRAININGSHIP IN FAMILY HEALTH NURSE
RESIDENT IN THE IMPLEMENTATION OF 'PMAQ-AB'

ATUACION DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA
Y LA ENFERMERA DE RESIDENTES EN EL PROCESO DE
APLICACIÓN DEL 'PMAQ-AB'

Maria Eduarda Pereira Caminha¹

Ana Lúcia S. Ferreira de Mello²

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar a participação da residência na implementação do PMAQ-AB em um CS em Florianópolis-SC. Pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou referencial metodológico Estudo de Caso, analisando-se dados secundários e documentos oficiais. Apresentam-se como resultados: indicadores de saúde do Pacto Municipal de Saúde, o PMAQ do CS e a atuação da residência na implementação do PMAQ – AB. Como conclusão percebe-se fragilidades e fortalezas durante a implementação e observa-se o papel do residente neste processo não só limitado a execução das ações, mas a sua participação crítico-reflexiva, proporcionando um olhar diferenciado e qualificado no desenvolvimento das ações. **Palavras chaves:** Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Melhoria da Qualidade; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT: The aim of the study was to analyze the role of multiprofessional trainingship in the implementation of 'PMAQ-AB' in a health unit in Florianópolis-SC. Qualitative study that used the case study as methodological reference, analyzing secondary data and official documents. Results are presented as: Municipal Covenant Health indicators, the health unit 'PMAQ' and the performance of residence in the implementation of 'PMAQ-AB'. As a conclusion it is perceived weaknesses and strengths during the implementation. The role of the resident in this process is not only limited to the execution of actions, but their critical and reflective participation, providing a distinctive and qualified look in the development of

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, modalidade residência, pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. maria_caminha@hotmail.com

³ Cirurgiã Dentista. Doutora em Enfermagem. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. alfm@terra.com.br

reflective participation, providing a distinctive and qualified look in the development of actions. **Keywords:** Health Evaluation; Primary Health Care; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Quality Improvement; Public Health Nursing.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue analizar la participación de la residencia en la implementación del 'PMAQ-AB en un centro de salud, en Florianópolis-SC. Estudio cualitativo que utilizó un estudio de caso como método, tras análisis de datos secundarios y documentos oficiales. Los resultados se presentan como: indicadores de salud del Pacto Municipal por la Sanidad, la 'PMAQ' del centro de salud y el desempeño de la residencia en la implementación del 'PMAQ-AB'. Como conclusión se percibe debilidades y fortalezas durante la ejecución y se señala el papel del residente en este proceso no sólo limitado a la ejecución de las acciones, pero su participación crítica y reflexiva, que proporciona un aspecto distintivo y calificado en el desarrollo de acciones. **Palabras-claves:** Evaluación en Salud; Atención Primaria de Salud; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Mejoramiento de la Calidad; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Diante do desafio de planejar a gestão municipal de saúde fundamentada nos princípios norteadores do SUS a partir da análise situacional local, reconhecendo, identificando e propondo soluções para as necessidades de saúde da população, o governo normatiza os compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que são relevantes para o perfil da situação de saúde pública brasileira (SILVA, 2012). A pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação devem representar o compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde em torno do desenvolvimento de ações que impactem positivamente nas condições de saúde da população (BRASIL, 2009a).

Um dos mecanismos que viabiliza esta pactuação é o Plano de Saúde que se apresenta como um instrumento estratégico para a efetivação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) em cada esfera de gestão: federal, estadual e municipal. A Lei Nº 8.080/90 já apontou que os Planos de Saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS (BRASIL, 1990).

Para a elaboração do Plano Municipal de Saúde é preciso uma análise detalhada dos Indicadores de Saúde do município. Indicador de saúde é uma variável que pode refletir o estado de saúde das pessoas dentro de uma comunidade. Ao longo dos últimos anos a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. Porém, não é possível perceber, sem os instrumentos de avaliação adequados, os alcances e as limitações da ESF nos territórios (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010). Seguramente, a expansão da ESF trouxe ampliação do acesso aos serviços de saúde e aproximou os profissionais de saúde aos usuários. Esse fato, todavia, não implica em mudanças nos processos de trabalho dos profissionais que, ao manter a lógica da assistência centrada na consulta médica, desenvolvem parcialmente os atributos da atenção primária. Com isso, tornou-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde (SILVA, CALDEIRA, 2010).

Com a necessidade de trabalhar os indicadores de saúde e analisar os resultados da AMAQ, foi implementado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012b). O PMAQ situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde através de incentivos financeiros às equipes de saúde da família que pactuarem metas de qualidade (NORMAN, 2012).

O PMAQ tem como principal objetivo 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. Devido ao avanço na cobertura dada à população pela ESF, a questão da qualidade e do acesso aos serviços da atenção básica, passou a ter destaque para os gestores. Para isto, o programa estruturado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Ao final de todas essas fases, o objetivo do Ministério da Saúde (MS), é obter um parâmetro de comparação entre as Equipes da Atenção Básica, considerando as diferentes realidades de saúde do país para os serviços ofertados na atenção básica (BRASIL, 2012b).

No município de Florianópolis, a Portaria Nº 3.332/2006, consolida o Plano de Saúde como instrumento que “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados [...], expressos em objetivos, diretrizes e metas” (FLORIANÓPOLIS/SC, 2010). O município utiliza como um dos instrumentos para o planejamento em saúde, o Plano Municipal de Saúde que adota estratégias intersetoriais capazes de modificar a realidade sanitária e epidemiológica, com o envolvimento diferentes atores sociais interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento de social da população (FLORIANÓPOLIS, 2007). Com base no Plano Municipal de Saúde e visando a melhoria de seus indicadores de saúde o município de Florianópolis, em março de 2012, iniciou o processo de implementação do PMAQ-AB.

O curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) objetiva formar profissionais atuantes na área da saúde, através da educação em serviço, buscando qualificá-los para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde (SUS), visando o alcance de competências técnica, política e ética da Estratégia Saúde da Família. A residência oportuniza um aprendizado em equipe inserida na realidade concreta dos serviços de saúde, cujo processo de trabalho pode ser potencialmente construído e reconstruído no cotidiano da ESF, buscando articular o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial.

No município de Florianópolis, a REMULTISF teve seu trabalho iniciado na rede em 2002. Ao longo desses doze anos, sete turmas já estiveram atuantes em diversos Centros de Saúde. Conta com os residentes das seguintes profissões: Assistente Social, Cirurgiã Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Nutricionista e Profissional de Educação Física. A residência 2012/2014 realizou suas atividades em dois Centros de Saúde distintos em um mesmo Distrito Sanitário do Município.

O presente estudo tem como objetivo analisar as ações que foram adotadas pelas Equipes de Saúde da Família, com o apoio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, para alcançar as metas pactuadas no Pacto Municipal de Saúde e na melhoria dos padrões avaliados insatisfatoriamente na AMAQ, após a implementação do PMAQ-AB em 2012, em um Centro de Saúde no município de Florianópolis.

Com o intuito de esclarecer o objetivo proposto foram realizadas as seguintes ações: apresentação dos indicadores de saúde do Pacto Municipal de Saúde – 2011/2014; descrição da Planilha de Avaliação do PMAQ de um Centro de Saúde, no ano de 2012; descrição das estratégias que foram adotadas para alcançar as metas, no âmbito da Enfermagem pactuadas no Pacto Municipal de Saúde após a implementação do PMAQ-AB; e por fim análise da participação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na realização das ações propostas.

Dessa forma apresenta-se a seguinte questão norteadora: Quais as ações desenvolvidas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um Centro de Saúde do município de Florianópolis, para alcançar as ações propostas pela AMAQ e as metas propostas pelos indicadores do Pacto Municipal de Saúde, após a implementação do PMAQ-AB?

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, que utilizou como referencial metodológico o Estudo de Caso. O Estudo de Caso tem como objetivo uma descrição detalhada de algumas práticas dentro de um caso, focalizando uma situação, um fenômeno particular. Tais práticas descritas são típicas para este caso ou para alguns aspectos dele (mostrando que não se trata apenas de eventos casuais) (FLICK, 2009).

O local objeto do estudo é um Centro de Saúde (CS) do município de Florianópolis-SC. O CS pode também ser conhecido como Unidade Básica de Saúde (UBS) – instalado perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – e desempenham um papel central na garantia de acesso a atenção à saúde de qualidade à população (BRASIL, 2012a).

O CS onde foi realizada a pesquisa atende uma população de 6.412 habitantes, trabalhando no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família por meio do trabalho de três Equipes de Saúde da Família e duas Equipes de Saúde Bucal.

Foram utilizados dados secundários, disponibilizados a partir dos Relatórios do Programa de Informações do Sistema Interno do Município de Florianópolis – INFO Saúde – PMF. Também foi realizada análise documental do conteúdo textual do Pacto Municipal de

Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, da AMAQ-AB do CS do estudo e de cada Equipe de Saúde da Família, da Matriz de Intervenção do PMAQ-AB e das atas das reuniões de planejamento do CS, das equipes de saúde e dos grupos terapêuticos desenvolvidos no CS. Para o acesso aos dados e documentos foi solicitada autorização formal para a Secretária Municipal de Saúde – Comissão de Integração Ensino Serviço.

Os dados foram analisados sob três dimensões: as estratégias adotadas pelo CS, a participação dos residentes nas ações desenvolvidas e a atuação da residente de Enfermagem nos indicadores selecionados.

RESULTADOS

Indicadores de saúde do Pacto Municipal de Saúde – 2011/2014, no município de Florianópolis

Em 2012, foi elaborado o Pacto Municipal de Saúde, instrumento de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no qual consta as estratégias, diretrizes, objetivos e indicadores, sendo criado por todos os níveis da Secretaria (estratégico, tático e operacional). A partir de indicadores de pactos anteriores, um plano de monitoramento para as mudanças foi elaborado, agregando diretrizes, vindas de oficinas municipais, e dimensões de acesso, baseadas em revisões de literatura. A partir disso, definiu-se os novos indicadores para melhoria do acesso para o Pacto Municipal de 2012 (GODOI, 2014).

Durante a fase de adesão e contratualização do programa, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais, encontrou-se um conjunto de indicadores eleitos a partir da possibilidade de acesso as informações e que possam ter um grau mínimo de agregação as EAB. A escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por este ser o único instrumento disponível para alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada. Foi então selecionado ao total 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, controle de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase, e saúde mental) e classificados segundo a natureza de seu uso (desempenho e monitoramento) (BRASIL, 2012).

Após selecionados, os mesmos foram classificados como Indicadores com problema e Indicadores sem problemas (Figura 1). Partindo desta perspectiva e frisando a importância na melhoria no acesso, os indicadores que se apresentam com problemas passam a ser trabalhados por meio da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).


Retornar ao Menu Principal

PACTO MUNICIPAL DE SAÚDE - CENTRO DE SAÚDE												
Nome do Centro de Saúde: Prainha												
Cód. Estratégia	Estratégia	Cód. Diretrizes	Diretrizes	Cód. Objetivo	Objetivo	Cód. Indicador	Indicadores	Situação 2011	Parâmetro	Meta 2012	Meta 2013	Avaliação
	Otimizar a utilização de recursos e maximizar o desempenho dos serviços			E3D303	Realizar serviços em saúde efetivos, de forma a alcançar os resultados pretendidos no Centro de Saúde.	IE3D303-5	Cobertura de primeira consulta odontológica programática		17,00%	17,00%		Com problema
						IE3D303-6	Cobertura vacinal (idoso)	79,00%	80,00%	80,00%	Com problema	
						IE3D303-7	Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	104,80%	95,00%	95,00%	Sem problema	
						IE3D303-8	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	50,00%	85,00%	60,00%	Com problema	
						IE3D303-9	Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,00	8,00	2,00	Com problema	
E4	Promover o crescimento e desenvolvimento do Trabalhador do SUS.	E4D2	Desempenho e satisfação do trabalhador do SUS devem ser ponderados de forma a se atingir o ponto ótimo nesta relação.	E4D201	Modernizar a Gestão de Recursos Humanos na Secretaria de Saúde de Florianópolis, utilizando a gestão por desempenho.	IE4D201-1	Média de visitas domiciliares realizadas pelo ACS as famílias cadastradas	0,58	1,00	0,70		Com problema
						IE4D201-2	Média de consultas médicas	282,00	300,00	250,00	Sem problema	
						IE4D201-3	Média de consultas odontológicas	95,00	100,00	100,00	Com problema	
						IE4D201-4	Média de consultas do enfermeiro	236,00	200,00	200,00	Sem problema	
						IE4D201-5	Média de procedimentos de enfermagem	312,50	300,00	300,00	Sem problema	
				E4D202	Avaliar a satisfação dos Trabalhadores do SUS do Centro de Saúde.	IE4D202-1	Média do grau de satisfação dos trabalhadores do SUS		Ainda não definido	Não precisa pactuar	Com problema	

Figura 1 – Pacto Municipal de Saúde – Centro de Saúde Prainha. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Florianópolis.

O PMAQ do Centro de Saúde Prainha, no ano de 2012

Na primeira fase da implementação do PMAQ-AB conhecida como adesão e contratualização ocorre a formalização dos compromissos e a definição dos indicadores a serem trabalhados pelas equipes e seus gestores. Nesta fase representantes de todas as equipes envolvidas neste processo (sendo um total de 106 Equipes de Saúde da Família, uma cobertura de 90,5%), juntamente com seus respectivos coordenadores, reuniram-se em um evento promovido pela Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis para receberem as instruções sobre o programa e suas etapas, para posterior execução de suas fases e o produto que se desejaria alcançar ao fim deste processo (Figura 2).

Programação de Saúde /PMAQ 21012-2013



Figura 2 – Menu Principal, programação de saúde. **Fonte:** Adaptação Prefeitura Municipal de Florianópolis

Após esta etapa, cada representante responsabiliza-se por capacitar os demais membros de sua equipe e assim proceder o início da etapa subsequente do PMAQ. A próxima etapa deste processo refere-se ao Desenvolvimento, responsável pela geração de mudanças nas equipes e na gestão para se alcançar a melhoria do acesso e da qualidade, sendo subdividida em três etapas: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional (CORRÊA, 2012). Cada equipe do CS, assume o compromisso de reunir-se e realizar a autoavaliação de sua equipe. Nesta dimensão, utiliza-se o instrumento auto-avaliativo conhecido como Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), sendo esta constituída por 60 padrões a serem analisados e avaliados pela ESF, como: Muito Satisfatório, Satisfatório, Insatisfatório e Muito Insatisfatório. A AMAQ foi aplicada pelas ESF do CS em estudo durante suas reuniões semanais, sendo realizada na presença de todos os integrantes da equipe e da coordenadora do CS.

Ao fim desta dimensão, inicia-se o monitoramento quando os representantes de cada equipe se reúnem com a Coordenação do Centro de Saúde para unificar e realizar um comparativo destes dados entre as equipes, respeitando suas características e o contexto em que está inserido. O monitoramento dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para implantação do programa, buscando o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as equipes e o gestor municipal. Assim como também busca definir as prioridades e posterior programação de ações para melhoria da qualidade da Atenção Básica, tanto para as equipes participantes quanto para as outras esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2012b).

Ao fim do monitoramento constrói-se a AMAQ-CS, quando serão destacados todos os padrões analisados e atribuída avaliação. No CS em estudo, 36 padrões foram avaliados como insatisfatório ou muito insatisfatório. A estas avaliações são conferidos diferentes valores, ocorrendo uma priorização dos padrões classificados como insatisfatório e muito insatisfatório. Ao se passar por estas etapas, foram priorizados 7 padrões a serem aprimorados na Matriz de Intervenção do CS, sendo então conferido a estes individualmente uma tática de melhoria e ações para se alcançar estas melhorias, aonde encontram-se atores responsáveis pela execução destas ações.

A terceira fase consiste na avaliação externa, são realizadas um conjunto de ações que analisaram as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Subdivide-se em duas dimensões: certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais (avaliação do acesso e da qualidade das Equipes da Atenção Básica – EAB - participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes); na outra dimensão ocorre avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação, constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços. Todo o processo de avaliação externa do PMAQ será conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos (BRASIL, 2012b). Por fim a quarta fase de recontractualização, ocorre assim uma nova pactuação com acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, a partir dos resultados alcançados na fase de avaliação externa (CORRÊA, 2012).

Dentre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para qualificação da atenção, destacam-se a precariedade da rede física; a ambiência pouco acolhedora das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a necessidade de qualificação do trabalho das equipes; a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais; a insipiência dos processos de gestão; a sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico; a baixa integralidade e resolutividade das práticas e o financiamento insuficiente e inadequado (LOPES, 2013).

Estratégias adotadas para alcançar as metas do PMAQ-AB

Reestruturação Grupo de Gestantes

Após análise documental pode-se observar que das 20 ações propostas para melhoria, em 6 delas os residentes atuam como co-responsáveis na sua execução. São elas: reestruturar grupo de gestantes, manter atualizado o blog do Centro de Saúde, manter atualizado o Informativo de Saúde do CS, criar “placar da saúde”, realizar agendamento programado de saúde por equipe e priorizar atendimento de urgência por equipe.

Em um dos padrões a serem melhorados pelo Centro de Saúde em questão tem-se “A equipe de saúde da Atenção Básica desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou território”; a partir da priorização deste padrão classificado como insatisfatório, as equipes do Centro de Saúde durante a reunião de Planejamento elencaram ações que poderiam melhorar e tornar satisfatório tal padrão. Como tática de melhoria propõe-se “Sensibilizar a equipe para o desenvolvimento de grupos terapêuticos, bem como, sua divulgação e estruturação”. Partindo do exposto e com base em indicadores mostrados no Pacto Municipal de Saúde com problemas, tais como: proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno, proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal e proporção de gestantes cadastradas pela equipe; as equipes sugeriram como ação a reestruturação do grupo de gestantes.

Os grupos constituem-se de pessoas com vivências e histórias distintas, porém com interesses em comum podendo em conjunto refletirem e contruírem saberes coletivos, superar limitações e reconhecer seus papéis sociais. Nesta perspectiva, o processo educativo pode se apresentar de diversas formas, sendo assim flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético, se construindo a partir das interações entre os seres humanos. O processo educativo é um instrumento de socialização de saberes, de promoção de saúde e prevenção de doenças (ZAMPIERI, 2010).

A partir do exposto acima os Residentes em Saúde da Família, turma 2012/2014, assumiram, conjuntamente com o Centro de Saúde, a responsabilidade de reestruturar o Grupo de Gestantes. Para articular e colocar em prática a ação proposta, os residentes usaram de seus espaços coletivos previstos em sua semana para estar planejando, traçando metas e ações para se chegar no objetivo proposto. Todos os profissionais que atuam no CS Prainha participaram do processo de construção assim como da execução da atividade. Pensando em maneiras de construir um saber coletivo e tornar os encontros atrativos, os residentes elencaram temas multiprofissionais, elaboraram cronograma, confeccionaram convites e

fizeram um levantamento de gestantes constantes na área pertencente ao Centro de Saúde Prainha.

Com o projeto finalizado, os residentes se dividiram e participaram das diversas reuniões de áreas divulgando o grupo, contando com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, técnicos e enfermeiras para posterior divulgação do mesmo. O grupo passou a ocorrer uma vez ao mês em parceria com o grupo de Ação Social da Igreja (sendo o local de execução do Grupo o salão da Igreja próximo ao Centro de Saúde) com um total de oito encontros, cada um deles com temas específicos e sempre com a presença de ao menos dois profissionais residentes.

Os meses que ocorreram o grupo foram de maio a novembro de 2012, ao total o grupo teve 13 gestantes participantes, sendo que algumas delas não participaram de todos os encontros e outras compareceram em apenas um deles. A média de gestantes em cada encontro fora 3 (três), sendo o mínimo de 1 (uma) gestante e o máximo 7 (sete) gestantes em seus encontros. O número de gestantes no território neste período eram 55 gestantes, conclui-se que a adesão ao grupo de gestante foi baixo. Em virtude da baixa adesão por encontro, a cada mês era proposto uma tática diferente para atrair mais gestantes ao grupo, a principal forma de convidar estas gestantes foi através de cartazes nos murais da unidade, das ligações, a reafirmação do convite a cada consulta realizada pela gestante dentro do CS e a entrega dos convites do grupo nas casas da gestante através do ACS.

Finalizado o grupo de gestantes em novembro/2012 os residentes se reuniram e traçaram metas para realizar uma avaliação com as usuárias e observar os indicativos, por elas proposto, de dar continuidade ou não ao grupo. Através de conversas realizadas durante visita domiciliares ou durante as consultas com os residentes no Centro de Saúde, foram dialogados com gestantes participantes e não participantes. Observando com as participantes o entendimento sobre o grupo e com as não participantes o que levaram as mesmas a não estarem presentes. Pode-se observar que as gestantes que participaram do grupo acharam muito proveitoso, tendo um bom entendimento do assunto apresentado e sempre trazendo um aprendizado em cada encontro que compareceram, mostrando-se disponíveis a participar novamente de um grupo em uma nova gestação. Porém, as outras gestantes que não participaram do grupo, sendo esta uma maioria diante das anteriores, expuseram dificuldades de acesso ao local e falta de tempo, por já frequentarem ao Centro de Saúde uma vez ao mês, ou em alguns meses mais de uma vez para realizar o acompanhamento do pré-natal. Outras alegaram que não se sentem a vontade de estar em grupos e conversar com pessoas das quais não conhecem. Declarações como estas levam a uma reflexão sobre o processo planejamento,

construção e aplicação desta ação, sobre o caminho tomado e suas consequências no decorrer do processo.

O modelo pedagógico da REMULTISF prevê o reforço de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, que busquem valorizar a relação dos educandos e educadores como uma relação de sujeitos construtores do processo. Priorizando a relação dos educandos e educadores como uma relação de sujeitos construtores do processo, metodologias de avaliação intimamente relacionadas com o aprender fazendo.

O papel do residente não está apenas associado ao seu desempenho no serviço, a angariar metas e alcançar números, mas vai além. Com um olhar ampliado, também atrelado a obtenção de metas, mas nunca somente focados nestas, o residente esteve presente também como questionador do processo de trabalho, fomentando construções coletivas, incentivando o controle social, o exercício da reflexão, conjuntamente com comunidade, usuários, funcionários e equipes, na construção de saberes e melhoramento do processo de trabalho, que muitas vezes acaba sendo mecanizado. Apesar do programa de melhoria do acesso e da qualidade, do planejamento e da execução da reestruturação do grupo em questão ocorrerem conforme o previsto, poucas foram as interações com o principal sujeito envolvido neste processo, neste caso as gestantes. Assim, surge um questionamento: Será que de alguma forma estes sujeitos não deveriam ser envolvidos neste processo desde seu início como sujeito principal durante as avaliações, priorização, construção da matriz de intervenção, nos questionamentos e também na construção das ações? Pode-se notar com esta análise que o saber teórico não se torna superior ao saber popular, um não prepondera o outro, e se ambos forem trabalhados em uma mesma dimensão partindo de uma educação horizontalizada poderá se propor novos fazeres, novos saberes e novas praxis. Tendo uma visão de um todo não deixando de lado o conhecimento técnico e tampouco o popular, aonde ambos podem trabalhar juntos de forma complementar por uma melhoria e uma qualificação no acesso ao usuário e sua comunidade.

Estratégias adotadas pelo Enfermeiro na Implementação do PMAQ – AB

Dentre os indicadores passíveis de monitoramento, pode-se observar que a Enfermagem encontra-se inserida de maneira direta e/ou indireta em seis das setes áreas estratégicas, totalizando assim 29 dos 47 indicadores selecionados. Ao analisar a particularidade de cada indicador, nota-se a responsabilidade exclusiva ao Enfermeiro da execução de dois deles: razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais (área

estratégica saúde da mulher de natureza de desempenho) e média de atendimentos de enfermeiro (área estratégica produção geral de natureza de monitoramento).

Ao analisar o Pacto Municipal de Saúde do Município de Florianópolis do ano de 2012, com um olhar para os indicadores que envolvem exclusivamente o Enfermeiro, observa-se que o indicador ‘Média de atendimento de Enfermeiro’ durante a avaliação no CS é classificado como sem problema, já o indicador ‘Razão exames citopatológicos do colo do útero na faixa em mulheres de 25 a 59 anos e população na mesma faixa etária’ é apresentando e classificado com problema.

Ao realizar um levantamento de dados no INFO-Saúde observando o número de exames citopatológicos realizado nos anos de 2011 e 2012, observa-se que no ano de 2011 foram realizados 477 exames citopatológicos, já durante o ano de 2012 foram realizados 422 exames citopatológicos, nota-se uma queda na produção mesmo com a participação de duas residentes enfermeiras no ano de 2012.

A detecção de lesões de colo pré-invasivas é realizada por meio de análise citológica de material coletado durante o exame Papanicolau. Utilizado há mais de 50 anos com excelente razão custo-benefício, sendo este um método que tem modificado efetivamente as taxas de incidência da doença (FORTALEZA/CE, 2002). O Enfermeiro pode prestar importante contribuição para a prevenção do câncer de colo uterino, salientando-se sua atuação no controle de fatores de risco, na realização da consulta ginecológica e na coleta do exame Papanicolau, efetivando um sistema de registro de qualidade, intervindo para o encaminhamento das mulheres que apresentarem alterações citológicas (BEGHINI, 2006).

No município de Florianópolis a coleta do exame citopatológico é realizado pelas Enfermeiras, por este motivo o residente ao estabelecer sua agenda semanal no CS Prainha automaticamente teve um de seus períodos de atendimentos voltados para a coleta de exame citopatológico. Com as equipes completas e com o apoio das residentes (duas residentes do primeiro ano e uma residente do segundo ano) no ano de 2012 haviam disponíveis seis períodos para atendimento ginecológico. Estes horários eram divulgados na comunidade pelos Agente Comunitários de Saúde (ACS) através do Informativo de Saúde do CS Prainha.

Pelo exposto acima, esperava-se ter um aumento no número de exames coletados visto o aumento no quadro de duas enfermeiras (residentes) no CS e conseqüentemente um aumento de dois períodos de atendimento semanais. Porém, durante o ano de 2012 houve um grande esvaziamento do número de enfermeiras, em consequência de contratações temporárias que chegaram ao seu fim. Duas áreas do CS ficaram descobertas, uma por

aproximadamente 6 meses e outra por 5 meses havendo também período de afastamento por uma das residentes por problemas de saúde (Tabela 1).

Período/2012	Nº de Enfermeiras	Nº de Res. Enfermeiras
Jan – Fev	03	01
Mar - Maio	03	03
Jun – Set	01	01
Out	02	01
Nov – Dez	03	02

Tabela 1 – Nº de Enfermeiras no ano de 2012 no Centro de Saúde Prainha. **Fonte:** Dados retirados do INFO – Saúde.

Assim, pode-se justificar a queda no quantitativo de exames coletados e analisar que apesar da diminuição do quantitativo de funcionários na Unidade o número total de preventivos não teve uma queda tão expressiva, diante da grande defasagem apresentada de funcionários. Mostrando-se o trabalho das residentes de Enfermagem como efetivos, produtores de números e trabalhando junto a equipe da unidade em busca das melhoras dos indicadores proposto pelo Pacto Municipal de Saúde. Porém, observa-se que seu trabalho acaba tornando-se coadjuvantes deste processo, visto que sua produção não é contabilizada para seu preceptor e nem para a produção da unidade, sendo este assim um dado perdido ou subaproveitado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo mostra as fragilidades e fortalezas apresentadas durante a implementação do PMAQ-AB, bem como a atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família durante este processo no CS do estudo. As ações adotadas pelas ESF, para se alcançar uma melhoria dos padrões priorizados durante a fase de monitoramento e dos indicadores do Pacto Municipal de Saúde, ocorreram com o apoio direto dos residentes.

Ao delimitar a pesquisa observa-se algumas falhas durante a aplicação do programa, principalmente quando observa-se durante todas as fases do PMAQ-AB que precedem a execução das ações não apresentou, em nenhum momento, um espaço para opinião e participação dos usuários pertencentes a este processo de maneira direta, incluindo também o

usuário como sujeitos desta constante e crescente construção. Esta que não se encerra ao fim do ano, mas que se renova as intenções e se é replanejada e remodificada a cada ano.

Pode-se observar ainda o importante papel desempenhado pelos Residentes, ao conseguir executar as ações que lhe cabiam e contribuir para alcançar as metas propostas. A visibilidade do trabalho desenvolvido pelo residente, muitas vezes, só é observada e reconhecida pelo Centro de Saúde que este residente permanece durante dois anos, pelas equipes de saúde da família pertencente a este CS, pelos demais residentes e pela comunidade, que ao final de cada turma de residente expressa seu carinho por esses profissionais que tão arduamente tentaram fazer o seu melhor e alcançar seus objetivos.

Para a gestão o residente ainda está invisível, produz de maneira independente, mas sem contabilizar para a equipe, para o preceptor, muito menos para órgãos maiores. Uma gestão que investe tempo, dinheiro, profissionais para preceptoria e faz parte da formação de profissionais especialistas em saúde da família, deveria notar o quão produtor, apoiador e qualificador do processo de trabalho das equipes é este profissional. Para as equipes que possuem residentes sua presença é visível, principalmente na execução de seus programas como PMAQ, PSE, e tantos outros. A não contabilização da produção residente não gera apenas uma perda numérica para os programas, para a gestão, gera também uma perda de reconhecimento, pois mesmo com a ocorrência da REMULTSF há vários anos a invisibilidade ainda permanece.

A estes residentes não coube apenas uma simples execução de tarefa, coube também o refletir para agir sobre estes encaminhamentos. Procurou-se apoio nos pressupostos teórico-metodológicos da Promoção da Saúde, da Educação Popular em Saúde e na Educação Permanente, buscando uma prática educativa - quando o trabalho vira estudo e estudo vira trabalho. Ao refletirem sobre determinadas etapas e, principalmente, a execução de algumas delas, criou-se um olhar diferenciado e qualificado ao presar por um atendimento pautado no apoio e na construção coletiva, incluindo coordenação, funcionários do CS e, principalmente, usuários do SUS que está em constante avaliação e transformação.

REFERÊNCIAS

BEGHINI, A.B.; SALIMENA, A. M. O.; MELO, M. C. S. C.; SOUZA, I. E. O. **Adesão das acadêmicas de Enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática.** Revista Texto e Contexto de Enfermagem, Florianópolis, 2006. Out – Dez; 15 (4): 637 – 44.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, T.; KJELLSTRÖM. **Epidemiologia Básica.** Editora Santos. 2ª Edição, São Paulo, Santos. 2010.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 148 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde bucal. **Ass. Indicador de escovação bucal supervisionada.** Nota técnica 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011.** Brasília. 2009a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1305295553733Instrutivo_ms_2010_2011.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>

CORRÊA, B. F. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Conhecer para desenvolver [Trabalho de conclusão de curso].** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Especialização em Gestão em Saúde, 2012.

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GODOI, D. F.; SILVEIRA, E. R.; ZEPEDA, J. E. S.; GARCIA, L. P.; CALDERON, D. B. L.; ANDRADE, M. P. **O processo de implantação do PMAQ em Florianópolis: alinhando o programa à identidade institucional.** Aprovado para Mostra Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2014. Disponível em: < <http://atencaobasica.org.br/relato/2576>>.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais [dissertação].** Brasília: Universidade de Brasília, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

NORMAN, A. H. **Qualidade em Saúde.** Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2012, Abr.-Jun; 7(23).

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – SC. **Plano Municipal de Saúde de Florianópolis, 2007-2010.** Aprovado pela Resolução no 48/CMS/2007. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxwbGFuZWphbWVudG9lbXNhdWRlcG1mfGd4OjJiNWZIM2Q2N2Q1YjYwMDE>>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – SC. **Plano Municipal de Saúde de Florianópolis, 2011-2014.** Florianópolis/SC, 2010. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxwbGFuZWphbWVudG9lbXNhdWRlcG1mfGd4OjNkODNiMjQ5MDIzODZkNGI>>.

Secretaria de Saúde(CE). **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial).** Fortaleza: SESA; 2002.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P.; **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1187-1193, jun, 2010.

SILVA, S. F. **A análise dos indicadores do Pacto pela Saúde como ferramenta do planejamento de gestão [trabalho de conclusão de curso].** São Lourenço do Sul/RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Escola de Administração, 2012.

ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, V. R. P.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; REGIS, M. I.; BRASIL, C. **Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade.** Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 719-27.