



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

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA PERES

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB NO ÂMBITO DA
ODONTOLOGIA**

FLORIANÓPOLIS, 2014.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

PERES, ANA CAROLINA OLIVEIRA
ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB NO ÂMBITO
DA ODONTOLOGIA / ANA CAROLINA OLIVEIRA PERES ;
orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello -
Florianópolis, SC, 2014.
30 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1.Saúde Coletiva. 3. Odontologia. 4. Atenção Básica. 5.
Avaliação da Qualidade. 6. Residência. I. Ferreira de
Mello, Ana Lúcia Schaefer. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da
Família. III. Título.

Ana Carolina de Oliveira Peres

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB NO ÂMBITO DA
ODONTOLOGIA**

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.

Ana Carolina de Oliveira Peres

**ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB NO ÂMBITO DA
ODONTOLOGIA**

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:

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Izabel Jatobá

Esp. Rafael Sebold

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

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter abençoado essa minha escolha e pela oportunidade maravilhosa de ter me posto exatamente onde eu queria estar.

Em seguida agradeço imensamente pelo conhecimento compartilhado e ensinado durante esses dois anos pela comunidade pertencente ao Centro de Saúde do estudo, pela troca em cada atendimento, principalmente naqueles realizados em seu território, nos atendimentos coletivos e nos grupos terapêuticos, nos quais as trocas de saberes realizadas de forma horizontal me proporcionaram surpresas e com elas um crescente aprendizado a cada novo (re)encontro.

Agradecer também a todos os funcionários do Centro de Saúde que compartilharam o aprendizado do respeito às particularidade de cada pessoa, bem como sua forma de expressão diante de diversas situações. Aprendemos que o convívio diário é o que faz a diferença, e tolerar e ser tolerante é um importante papel a ser desempenhado por todos nesse convívio. Aprendemos que devemos estar constantemente nos autoavaliando e percebendo nossa relação diante do outro para assim, agirmos em busca da qualidade nas relações profissionais.

Agradecer aos nossos preceptores de campo Rafael, Thaise e Daniela; e também aqueles que não o são de fato, mas que por diversas vezes atuaram como um, por estarem conosco diariamente, nos proporcionando o crescimento profissional e até mesmo pessoal né Loana e Eva.

Agradecer aqueles que ultrapassaram a barreira da residência e tornaram-se mais que a nomeação que lhes foi conferida, em especial por aturar nossos devaneios, nossos momentos de cansaço, nossos diversos desabafos, sendo muitas vezes nossos mediadores de conflitos, por nossas positivas reflexões sobre o pensar e agir; e outros tantos momentos compartilhados com eles; Rafael Sebold e Tatiane Meirelles de Deus. Ou melhor Rafa e Tati.

Agradecer a minha querida Orientadora, ou melhor, doutora em enfermagem, doutora em odontologia, professora da graduação, professora da pós graduação, tutora, esposa e mãe da Alma, por toda sua paciência e sabedoria, me socorrendo independente de horário e do dia. Passando e transmitindo paz, me fazendo acreditar que daria tempo e que tudo daria certo. Deu tempo e deu certo!

Agradecer aos amigos que entenderam minha ausência em diversos momentos nesses dois anos devido ao cansaço ou a falta de força pra sair de casa. Por estarem juntos em

momentos de lazer e me tirarem um pouco deste mundo chamado Residência Multiprofissional em Saúde da família.

A residência por nos formar um profissional diferenciado, nos ensinar na prática todas as mudanças da vida e todas as formas que podem-se apresentar ao longo de uma vida, por nos ensinar a lutar pelo que achamos certo, pelos momentos de stress vividos, pelos momentos de troca e sabedoria, por nos mostrar que um modelo pedagógico ensino-serviço nem sempre é da forma como nossas expectativas esperam, mas que sempre nos ensina a buscar e a preencher nossas lacunas, e principalmente por nos fazer pessoas diferentes daquilo que eramos quando entramos.

Um carinho e um agradecimento especial a 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 partilhado, por estarem sempre abertos a permanecer em constante aprendizado e por muitas vezes, dividir isso conosco. 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.

Aos colegas, e me referiro aos nove participantes desta turma, pelo nosso primeiro ano em que vimos o quanto um coletivo tem força e o quanto é possível alcançar metas e objetivos quando se pensa de forma homogênea. Tenho certeza que nossa marca foi deixada e que muitas mudanças no processo de trabalho ocorreram graças ao primeiro ano “explosivo”. Em especial a Dani, Ana Isabel e Duda que, junto a mim, no segundo ano, tornaram-se as quatro praianas, presentes diariamente, apoiando-se umas as outras em momentos de completa exaustão ou simplesmente dando colo nos momentos de choro. Por todos os risos e alegrias trazida por ele, nosso Miguelito, pelas atividades e pelas alegrias vindas da conquista e do reconhecimento pelo bom trabalho executado em diversos casos ou grupos, por compartilhar o mesmo quarto em um calor de 45°C com um único ventilador, por dividir o colchão e pela busca incessante por um abrigo. Que seja só o início de uma caminhada, que os crescimentos permaneçam acontecendo e que os encontros se dêem de forma mais cotidiana

E por fim aos familiares e pais, que me apoiaram desde o início pela busca desta formação, acreditando em sua singularidade e no crescimento que me proporcionaria. Mais uma vez pedimos desculpa por nossas ausências, nossas falhas, nossa falta de tempo, nosso estar distante em busca de algo nosso. Nosso, mas que sem vocês família, não seria possível.

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 Odontologia 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, o PMAQ do Centro de Saúde objeto do estudo no ano de 2012, as estratégias adotadas para alcançar as metas do PMAQ-AB, a escolha dos indicadores, a autoavaliação e a Odontologia. 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, Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Melhoria de Qualidade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pacto Municipal de Saúde – Centro de Saúde Prainha.....	16
Figura 2 – Menu Principal, programação de saúde.....	17
Figura 3 – Recorte do instrumento de autoavaliação.....	25
Figura 4 – Recorte da Matriz de Intervenção.....	27
Figura 5 – Metodologia Adotada.....	29

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 de 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

PSE – Programa de Saúde na Escola

REMULTISF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIMEC - Sistema de Informação do Ministério da Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
MÉTODO.....	16
RESULTADOS.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB

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

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

Ana Carolina Peres de Oliveira¹

Maria Eduarda Pereira Caminha²

Ana Lúcia S. Ferreira de Mello³

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.

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 actions.

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.

¹ Cirurgiã Dentista. Especialista em Saúde da Família, modalidade residência, pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. anacaroll.peres@gmail.com

² 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

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 (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010).

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).

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs algumas iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica (AB). A primeira delas foi a avaliação formativa específica para a ESF, dirigida aos diversos atores envolvidos, a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB). A AMAQ-AB caracteriza-se por buscar a melhoria dos quesitos que englobam os princípios da integralidade, universalidade, equidade

e participação social do SUS. A aplicação da AMAQ constitui-se uma atividade que estimula e orienta as equipes para o alcance da qualidade dos seus serviços (SAVASSI, 2012).

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 (BRASIL, 2012b).

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. O PMAQ-AB é um programa que visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, ampliando a capacidade dos gestores das três esferas (federal, estadual e municipal), com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. Para isto, o programa foi 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 também como um dos instrumentos para o planejamento em saúde, o Pacto Municipal de Saúde, que adota estratégias intersetoriais capazes de modificar a realidade sanitária e epidemiológica, com o envolvimento de diferentes atores sociais interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento social da população (FLORIANÓPOLIS, 2007). Com base no Pacto 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 de 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, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Nutricionista e Profissional de Educação Física. Atualmente a residência realiza suas atividades em dois Centros de Saúde distintos em um mesmo Distrito Sanitário do Município.

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?

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 Odontologia, 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.

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 Centro de Saúde é responsável por um território que abrange em média 12.000 habitantes, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012a).

O CS onde foi realizada a pesquisa localiza-se no bairro José Mendes, uma das comunidades mais antigas de Florianópolis (SC), e abrange as comunidades do Mocotó, Mariquinha e Queimada. Atualmente, 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 Prainha e de cada Equipe de Saúde da Família (ESF), 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.

A análise desses documentos gerou questionamentos a respeito dos padrões a serem melhorados. Houve então a priorização, o planejamento e, por fim, a elaboração de ações a serem desenvolvidas na busca de alcançar os resultados, sendo que os residentes em saúde da família corresponsabilizaram-se pela execução das ações. 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 Odontologia 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).

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).

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, INFORMAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS
GERÊNCIA DE PLANOS, METAS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Planeja SUS
Uma construção coletiva

[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)	78,00%	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%	80,00%	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

Com a implementação do PMAQ-AB no município deu-se início a sua primeira fase, adesão e contratualização, quando temos a formalização dos compromissos e a definição dos

indicadores a serem trabalhados tanto para as equipes quanto para os gestores. Com intuito de contextualizar as equipes envolvidas neste processo, representantes de cada uma delas participaram de um evento, assim como seu coordenador, conjuntamente com todas as equipes participantes do município (sendo um total de 106 Equipes de Saúde da Família, uma cobertura de 90,5%) quando foi repassado para as equipes como se daria a execução deste programa, suas fases e qual o produto que se desejaria alcançar ao fim deste processo (Figura 2).



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 três ESF do CS em estudo durante suas reuniões semanais, sendo realizada na presença de todos os integrantes da equipe e da coordenação 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 seus contextos de inserção. 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 equipe 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.

A terceira fase consiste na avaliação externa, que verificará as condições de acesso das equipes de cada município. E por fim a quarta fase, de recontratualização, ocorre 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).

Para se estruturar o PMAQ, o Ministério da Saúde se baseou em sete diretrizes que norteiam sua organização e seu desenvolvimento, entre estas encontramos o parâmetro de comparação entre as Equipes da Atenção Básica, considerando as diferentes realidades de saúde. Destacando um elemento que sempre deve estar presente neste processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismo que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversos serviços de atenção básica, sempre respeitando as diversidades dos diferentes contextos (BRASIL, 2012b).

Estratégias adotadas para alcançar as metas do PMAQ-AB

Reorganização das atividades do Programa de Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008b).

Após cinco anos da sua implementação, a agenda do PSE passou a integrar o Pacto Municipal de Saúde de Florianópolis, como indicador “Percentual de cumprimento da agenda do PSE”, com o objetivo de promover a integração interinstitucional na execução de políticas de saúde nos Centros de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2012).

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2009b).

Dentre as principais ações a serem desenvolvidas pelo PSE estão: a avaliação clínica, avaliação nutricional, avaliação da saúde e higiene bucal, avaliação auditiva e avaliação psicossocial e a educação permanente em saúde. A promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

A ESF constitui o serviço de saúde que interage com a escola e que se articula com os demais serviços de saúde. Por isso, sempre que se detecte uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se designar um profissional da equipe de saúde, em conjunto com um representante da comunidade escolar, para fazer o acompanhamento e coordenação do cuidado ou plano terapêutico proposto, mobilizando os recursos de saúde e educacionais necessários, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares normais (PORTUGAL, 2006).

O CS do estudo possuía, em 2012, duas escolas na sua área de abrangência que participavam do PSE. Para a efetivação dessa articulação e repasse desses agravos de saúde para as equipes de saúde, criou-se o Grupo de Escuta, do qual participavam os profissionais articuladores das escolas e do centro de saúde. Com a chegada dos residentes, e sua

participação ativa relacionada ao PSE, foi possível notar que o Grupo de Escuta era a única ação desenvolvida em conjunto e que foco estava no insucesso escolar, associado ou não a problemas de saúde mental e familiar.

A literatura indica que esse insucesso pode aumentar o risco de comportamentos anti-sociais, delinquência, abuso de consumo de substâncias nocivas, gravidez na adolescência, etc., mas que, ao se ter a escola como ambiente promotor de saúde, ela pode tornar-se influência decisiva no comportamento de crianças e jovens e no desenvolvimento acadêmico, emocional, físico e mental (PORTUGAL, 2006).

A reestruturação do PSE no CS veio com intuito de desenvolver, além das ações clínicas essenciais ao programa, as ações de educação em saúde e as atividades educativas e preventivas relacionadas à: redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer, entre outros.

Usualmente, os profissionais da área de saúde têm compreendido a educação em saúde na escola como intervenções pontuais, a respeito de conteúdos prontos e relacionados à questões de saúde sazonais, como a dengue, por exemplo (FIGUEIREDO, 2010). Porém, essa é uma compreensão ultrapassada, visto que os parâmetros curriculares nacionais preconizam a inserção dos conteúdos de saúde no currículo de formação de crianças e adolescentes numa abordagem transversal e interdisciplinar, mas que ainda é compartilhada com muitos profissionais da educação, que se sentem despreparados para a trabalharem determinados temas relacionados à saúde.

Essa visão ultrapassada foi identificada pelos residentes em uma das escolas com mais vigor devido às suas características geográficas, sociais, de gestão educacional, etc. Havia uma resistência muito grande por parte da direção escolar em aceitar a presença dos profissionais da saúde no meio escolar e dos professores em participar coletivamente do planejamento das ações educativas e na avaliação dos casos a serem repassados às equipes de saúde. A equipe de saúde bucal era a única “bem-vinda” intramuros escolar pois a responsabilidade pela articulação saúde-escola, estava com um profissional da equipe de saúde bucal, e por essa razão tornou-se o elo com as demais áreas.

As tentativas de mudanças decorreram ao longo do ano, porém sem muito sucesso. Em uma das escolas, em conversa com os professores, foi possível elaborar um cronograma para o ano seguinte de acordo com os temas propostos pelo programa. Algumas ações emergenciais também foram programadas para os meses finais do ano, como o mutirão de

acuidade visual, de levantamento das necessidades de saúde bucal, de antropometria e calendário vacinal, para que os dados coletados fossem lançados no SIMEC (Sistema de Informação do Ministério da Educação) e visto o quanto da agenda preconizada para o programa tinha sido realizado pelas equipes.

Porém, as maiores necessidades avaliadas pelos professores articuladores e pelos profissionais da saúde envolvidos no grupo de escuta, para haver melhora no quadro clínico, psicossocial, comportamental e de sucesso escolar para o aluno, seriam: ter na escola um psicopedagogo, a saúde deveria desenvolver melhores práticas de terapias de grupo, principalmente com foco na família, e que o planejamento para inclusão dos temas obrigatórios do programa no calendário escolar, fossem feitos de maneira mais estratégica e ascendente.

Dessa forma, as ações realizadas, os mutirões e as ações emergenciais auxiliaram no cumprimento da meta proposta de 70% da agenda do programa executada, alcançando-se assim o pactuado no PMAQ-AB. Observa-se que o percentual só foi alcançado pelas ações emergenciais, pontuais, das quais não houve envolvimento dos profissionais, nem da saúde, nem da educação, na construção dessas ações. Como as metas e ações não se restringem apenas a números, a avaliação realizada pelos residentes e profissionais sobre o PSE, no ano de 2012, no quesito programa estratégico para a promoção e prevenção de saúde, foi que este é visto e realizado de maneira inadequada, devido ao pouco tempo de planejamento conjunto, gerando trabalhos pontuais, com pouca qualidade e efetividade no seu real objetivo, que é ser gerador de mudanças nos hábitos de saúde dos escolares.

A escolha dos indicadores, a autoavaliação e a Odontologia

Durante a fase de contratualização, 47 indicadores foram selecionados se subdividindo em áreas estratégicas e classificados de acordo com seu uso: indicadores de desempenho – relacionado à avaliação externa que classifica a equipe de atenção básica; e indicadores de monitoramento – a serem acompanhados de forma regular, que complementam informações sobre as ofertas de serviços (BRASIL, 2012b).

A saúde bucal, para o PMAQ, foi considerada uma área estratégica por ser um dos pontos principais da atenção básica. Possui no total 7 indicadores a serem trabalhados, sendo 4 de desempenho e 3 de monitoramento (BRASIL, 2012b).

Durante a pactuação do Centro de Saúde, os indicadores elencados a partir do Pacto Municipal de Saúde, elaborado em 2012 por todos os níveis da Secretaria Municipal de Saúde

de Florianópolis (estratégico, tático e operacional), foram classificados em: COM ou SEM PROBLEMA (Figura 1).

Dos indicadores de desempenho propostos pelo PMAQ para Saúde Bucal: Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e Cobertura de primeira consulta odontológica programática, e um indicador relacionado a gestão e desempenho do trabalhador através da Média de consultas odontológicas, foram avaliados COM PROBLEMA.

Com os resultados da pactuação para o Centro de Saúde, as equipes partiram para o processo de auto-avaliação utilizando o instrumento AMAQ, na qual cada equipe avalia sua postura frente às dimensões propostas pelo instrumento, momento no qual se deve avaliar o padrão como: Muito Satisfatório, Satisfatório, Insatisfatório e Muito Insatisfatório (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A Figura 3 mostra parte do instrumento sendo utilizado, com as dimensões para a saúde bucal, avaliadas como Muito Insatisfatório e Insatisfatório.

4.31	As ações de saúde bucal são desenvolvidas em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal.	Resposta
<p>A equipe de saúde bucal da Atenção Básica assume a responsabilidade pela detecção das necessidades em saúde bucal da população do seu território, providencia os encaminhamentos necessários e monitora a evolução da reabilitação acompanhando e mantendo a reabilitação no período pós-tratamento. São ações prioritárias da atenção à saúde bucal na atenção básica: (a) Inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, seja por ciclos de vida (saúde da criança, saúde do idoso, saúde do adulto, etc.), seja por condição de vida (gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoa com deficiência, etc.); (b) Implantação com resolubilidade do pronto-atendimento odontológico; (c) Inclusão da reabilitação protética com foco na prótese total e na prótese parcial removível. A equipe busca uma constante integração com os demais profissionais da unidade básica de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, quando houver, na perspectiva da atenção integral e de um projeto terapêutico integrado.</p>		0-Muito insatisfatório
4.32	A equipe de saúde bucal realiza ações de prevenção e promoção da saúde bucal da população do território adscrito.	Resposta
<p>A promoção da saúde bucal nasce de um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, pois integra a saúde bucal às demais práticas do campo da saúde coletiva. Assim, ações de promoção neste campo incluem o incentivo ao uso de dentífrico fluoretado e abordagens de fatores de risco e de proteção tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, traumatismos e câncer). Essas abordagens envolvem ações de incentivo à alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, ações junto à comunidade para aumentar o autocuidado através da higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo e redução de acidentes.</p>		1-Insatisfatório

Figura 3 - Recorte do instrumento de autoavaliação. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Florianópolis.

A autoavaliação é considerada o ponto inicial da fase de desenvolvimento, por propor que o processo comece pela identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, das iniciativas de mudança e aprimoramento (LOPES, 2013).

Para PISCO (2006), a avaliação é um poderoso instrumento de mudança que deve ser visto como um incentivo, para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos

de qualidade. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

Processos autoavaliativos, comprometidos com a melhoria contínua da qualidade, poderão potencializar os demais componentes da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional (BRASIL, 2012c).

A AMAQ foi utilizada por todas as equipes e pelo CS como um todo. Após a identificação dos pontos problemáticos, partiu-se para elaboração da Matriz de Intervenção, que consiste em propor ações para cada padrão avaliado como Muito Insatisfatório e Insatisfatório na AMAQ do CS.

O Centro de Saúde do estudo, em sua reunião mensal de planejamento, definiu quais padrões a equipe do CS teria condições de trabalhar, quais ações seriam desenvolvidas para melhorar o padrão e os profissionais responsáveis pela ação. A figura 4 mostra parte da Matriz após a sua finalização.

Matriz de Intervenção para 2012 e 2013 do:							
Prainha							
Cod do Padrão	4.03						
Padrão a ser melhorado:	Os profissionais da equipe de Atenção Básica exercem suas habilidades e competências contribuindo com a gestão do trabalho em equipe						
Tática de melhoria:	0						
Recursos necessários para o desenvolvimento da ação							
Ação:	Recursos necessários para o desenvolvimento da ação	Resultados esperados	Líder (até 3)	Data de início	Data de finalização	Mecanismo para avaliar o alcance do resultado	
Ação:	Garantir espaço de educação permanente na reunião de equipe.	Computador no auditório.	Melhorar habilidades e competências.	132 - Cristiano. 130 - Daniella 131 - Louise	23/04/2012	31/12/2012	Documento de registro (Temas trabalhados, Data, Lista de presença, Duração e Avaliação)
Ação:	Elaborar roteiros de VD por marcador e categoria profissional.	Local, computador	Instrumento que otimize a visita	Thaise, Cristiano e Patricia.	07/05/2012	15/06/2012	Instrumento propriamente dito.
Ação:	Criar um grupo de apoio aos trabalhadores.	Local, disponibilização de horário em agenda.	Melhorar o ambiente de trabalho	Thaise e Daniella.	14/05/2012	31/12/2012	Livro Ata para o Grupo.
Ação:	Implementar o Roteiro da VD	Roteiro Impresso.	Garantir o mínimo de dados nos VDs	Daniela, Louise e Vilmar.	16/06/2012	31/12/2012	Preenchimento do Roteiro
Cod do Padrão	4.59						
Padrão a ser melhorado:	A equipe de Atenção Básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.						
Tática de melhoria:	0						
Recursos necessários para o desenvolvimento da ação							
Ação:	Recursos necessários para o desenvolvimento da ação	Resultados esperados	Líder (até 3)	Data de início	Data de finalização	Mecanismo para avaliar o alcance do resultado	
Ação:	Manter atualizado o BLOG do CS.	Internet, disponibilizar horários na agendas dos profissionais.	Disponibilizar canais de comunicação aos usuários de forma permanente	Thaise, Tiago e Cristiano.	18/04/2012	31/12/2012	Contador de acesso.
Ação:	Manter atualizado o Informativo de Saúde do CS.	Computador, disponibilizar horários nas agendas dos	Disponibilizar canais de comunicação aos usuários de forma permanente	Thaise, Juliana e Ana Isabel.	18/04/2012	31/12/2012	Informativo atualizado.
Ação:	Disponibilizar o e-mail do CS à população através dos canais de comunicação existentes.	Internet, disponibilizar horários na agendas dos profissionais.	Disponibilizar canais de comunicação aos usuários de forma permanente	Thaise, Cristiano.	18/04/2012	31/12/2012	Informativo e blog.
Ação:	Criar placar da saúde.	Mural, dados, disponibilizar horários na agendas dos	Disponibilizar canais de comunicação aos usuários de forma permanente	Eva, Ana Carolina.	07/05/2012	31/12/2012	Mural atualizado mensalmente.

Figura 4 – Recorte da Matriz de Intervenção. **Fonte:** Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Como a matriz de intervenção é um coletivo do centro de saúde, foram pactuados pelo CS ações gerais que poderiam estar sobre a responsabilidade de qualquer profissional.

Para o padrão “A equipe de Atenção Básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”, a equipe propôs como ação a criação do Placar da Saúde. Para a Odontologia, esta ação está diretamente relacionada aos indicadores pactuados de 1ª consulta odontológica programática e média de consultas odontológicas, pois ao se buscar os relatórios de produção dos profissionais para divulgar quantas consultas foram ofertadas à população no mês, quanto atingiu o nível de absenteísmo, é possível monitorar esses indicadores e calcular qual média de oferta deve ser mantida para se alcançar a meta pactuada na primeira fase do programa.

O CS do estudo tem segundo o IBGE (2010) uma população de 6.412 pessoas na sua área de abrangência e possui 3 equipes de Saúde da Família e 2 equipes de Saúde bucal. De acordo com o Pacto Municipal de Saúde, foi pactuado para o CS uma oferta de 1ª consulta odontológica programática que atendesse 17% da população no ano de 2012. Com o monitoramento do “Placar da Saúde” foi possível acompanhar esse indicador e ao analisar os relatórios de produção do INFOSaúde, constatou-se que foram realizadas pelos três cirurgiões dentistas (2 efetivos e 1 residente) 543 primeiras consultas odontológicas programáticas, sendo 45 delas ofertadas pelo residente, que ao todo correspondem a apenas 8,46% da população tendo acesso à 1ª consulta com um profissional dentista naquele ano. Ou seja, conjuntamente, as duas equipes de saúde bucal, mesmo com apoio da residência, não conseguiram atingir a meta pactuada, pois a população é demasiada para uma oferta ainda restrita.

Porém, como a produção específica do residente não é contabilizada para o profissional preceptor, que é efetivo, isto gera uma perda de dados para avaliação do PMAQ, pois sem contar com as consultas ofertadas pelo residente a cobertura caiu para 7,76%, ficando assim 54,36% abaixo do pactuado.

Ao analisar o dado correspondendo à equipe de saúde da família a sua equipe de saúde bucal, a garantia do acesso à primeira consulta odontológica programática ocorreria para uma população de 2.137 pessoas. O dentista efetivo e o residente dessa equipe ofertaram juntos 381 consultas, correspondendo assim a 17,82% da população, o que atingiria a meta pactuada. Ao analisar as equipes separadamente, é notável a necessidade de haver mais uma equipe de saúde bucal para este território. Mesmo com a equipe de saúde bucal trabalhando com uma população menor e, tomando em conta o proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, na qual 75% até 85% do trabalho do dentista deve estar voltado para a assistência e 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas), parece ser possível

chegar às metas pactuadas, entretanto, ainda é utópico que toda a população do território consiga ter direito a pelo menos 1 consulta odontológica programada no ano (BRASIL, 2004).

Para o indicador “Média Anual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada”, a saúde bucal do CS Prainha utilizou como estratégia para alcançar as metas, as ações de prevenção e educação em saúde realizadas no Programa Saúde na Escola.

Esse indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso com orientação de um profissional de saúde bucal, visando a prevenção de doenças bucais, em específica a cárie e a doença periodontal. Este indicador também permite estimar quantas pessoas tiveram acesso ao fluor, considerando que esta escovação foi realizada com dentifrício fluoretado, o meio mais eficaz de prevenção das doenças bucais.(BRASIL, 2012d)

Portanto, o foco desse indicador está na cobertura populacional e não na frequência com que a ação foi realizada. O esquema abaixo (figura 5) indica a metodologia adotada para o cálculo:

$$\frac{\text{Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação bucal supervisionada, realizada em determinado local e período, dividido pelo período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Figura 5: Metodologia adotada. **Fonte:** BRASIL, 2012d.

A saúde bucal do escolar é parte da saúde pública e, ao se desenvolver programas e ações educativos preventivos de saúde nas escolas por meio do trabalho conjunto entre profissionais de saúde e educação, tem-se maior efetividade na promoção do auto cuidado e no desenvolvimento de hábitos saudáveis de saúde (TAGLIETTA, 2011). A educação em saúde é um componente de mudança social. Portanto, é uma estratégia essencial da promoção de saúde e de grande valor quando desenvolvida nas unidades de ensino, com a participação efetiva da população alvo.

Para o PSE, a saúde bucal está inserida em seu 4º artigo, dentro das ações previstas ao considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde (BRASIL, 2009b).

Realizando a análise das ações coletivas desenvolvidas pelos profissionais de saúde bucal (dentistas efetivos, dentista residente, auxiliares, técnicos de saúde bucal) junto ao PSE, foram atendidas com essa ação no ano de 2012, 205 pessoas. Utilizando a metodologia para o cálculo do indicador, a cobertura populacional dessa ação para o CS do estudo, foi de 0,26%. O empenho da equipe e a participação da residência nessas ações no âmbito escolar também

não foram suficientes para alcançar a meta pactuada de 2%. Novamente, as ações realizadas pelo dentista residente não contabilizam para o PMAQ, pois este não faz parte da equipe.

Percebe-se que, para a população, a presença do residente melhora a oferta dos serviços, ajuda no planejamento e na execução de ações voltadas para a melhoria dos indicadores de saúde, porém, seu trabalho específico e individualizado não favorece o profissional efetivo que o recebe, que divide seu tempo de atividade clínica, sua atuação no território e na execução de ações, com este profissional em processo de formação. O profissional efetivo está diretamente relacionado à uma formação diferenciada para o SUS, pois existe a soma de saberes e troca de conhecimentos, mas a soma bruta/quantitativa do trabalho produzido, foi deixada de lado, tornando a presença do residente um questionamento para a ESB em tê-lo ou não consigo, em meio a tantas metas e pouca visibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou revelar as fortalezas e as fragilidades apresentadas durante a implementação do PMAQ-AB, bem como a atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família durante este processo em um CS do município de Florianópolis. As ações adotadas pelas equipes de saúde da família, 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.

Observou-se, ainda, o importante papel desempenhado pelo residente, ao conseguir executar as ações que lhe couberam e contribuir para alcançar as metas propostas. Entretanto, as ações realizadas por ele tiveram pouca visibilidade no processo de implementação do PMAQ-AB, por não contabilizar produção para a equipe, nem para o seu preceptor, não impactando positivamente no desempenho quando o CS passa por processos e programas avaliativos.

Em geral, a presença e atuação efetiva do residente, são valorizadas principalmente na execução de programas como PMAQ, PSE, e tantos outros demandados. A não contabilização da produção do residente não gera apenas uma perda quantitativa para os programas avaliativos, mas ocasiona também uma perda para o reconhecimento da atuação dos residentes, pois mesmo com a ocorrência do curso há vários anos no município, permanece certa invisibilidade.

Vale ressaltar que, aos residentes não coube apenas simples execução de tarefas, mas coube também o refletir para agir no processo. Nas situações descritas neste estudo, procurou-se apoio nos pressupostos teórico e metodológicos da Promoção da Saúde, da Educação Popular em Saúde e na Educação Permanente, buscando uma prática educativa na qual quando o trabalho vira estudo e estudo vira trabalho. Ao refletirem sobre determinadas etapas do processo de implementação do PMAQ, possibilitou-se um olhar diferenciado e qualificado para as ações de saúde, pautado no apoio e na construção coletiva, incluindo coordenação e funcionários do CS e, principalmente, usuários do SUS, um sistema que está em constante avaliação e transformação.

6. REFERÊNCIAS

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. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007b

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.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

crianças pré-escolares de Piracicaba - SP. RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 13-17, jan./abr. 2011