

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>**ANÁLISE DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)****ANALYSIS OF THE FAMILY HEALTH TEAM (FHT) PROGRAM FOR IMPROVING ACCESS AND QUALITY OF PRIMARY CARE (PMAQ)****Natali Ramos Lima¹, Liane Oliveira Souza Gomes²**Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB¹, Universidade Federal Da Bahia²**Abstract**

The objective o analyze the performance indicators of the Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ), in the work process of the Family Health Team (ESF), in the strategic areas of women's and children's health, in a municipality in Bahia. Quantitative research, with the help of Excel 2013. The indicators presented unsatisfactory results when comparing to data evaluated of the FHT in the work process in relation to that advocated by the Basic Attention Policy. It was verified the importance of these indicators in the evaluation of the work process and that some difficulties, interfere in the quality of the assistance and, consequently, in the improvement of these indicators.

Keywords: Health care; Health evaluation; Health indicators; Family Health Strategy (FHS)..

Resumo

Objetivou-se analisar os indicadores de desempenho do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF), nas áreas estratégicas saúde da mulher e da criança, em um município baiano. Pesquisa quantitativa, com auxílio do Excel 2013. Os indicadores apresentaram resultados insatisfatórios quando comparados os dados avaliados das ESF no processo de trabalho em relação ao preconizado pela política da Atenção Básica. Constatou-se a importância desses indicadores na avaliação do processo de trabalho das equipes e que algumas dificuldades, interferem na qualidade da assistência e, conseqüentemente, na melhoria desses indicadores.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Avaliação em saúde; Indicadores em saúde; Estratégia Saúde da Família (ESF).

Introdução

A Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada preferencial do usuário para as ações e serviços de saúde, na rede de atenção à saúde. Ela traz consigo, além dos princípios que regem o Sistema único de Saúde (SUS), como: universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade, continuidade da assistência, organização do cuidado, humanização e participação social, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.¹

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído através da portaria nº1.654 de 19 de julho de 2011 do Gabinete do Ministério (GM) da Saúde, com esse propósito de melhorar a qualidade da atenção básica no Programa Saúde da Família (PSF) e estimular a instituições de processos que permita ampliar a capacidade de gestão dos entes federados, de maneira a nortear ações com transparência e efetividade governamentais.²

O PMAQ-AB constitui-se um instrumento voltado à qualificação da atenção básica, e procura estimular a instituição com processos que ampliem a capacidade de gestão dos entes federativos, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde, além de proporcionar a reflexão sobre ações técnicas e os processos de trabalho nela produzido.^{3,4}

Nesta perspectiva, a implantação do PMAQ-AB no município dar-se-á de forma organizada, em quatro fases: adesão e contratualização pelos gestores do SUS, desenvolvimento pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), avaliação externa pelo Ministério da Saúde (MS) e recontratualização.²

As equipes de saúde da AB, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que estejam em conformidade com os princípios e critérios definidos pelo manual normativo, por meio de compromissos e indicadores a serem estabelecidos entre equipe de AB e gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde.⁴

O desenvolvimento implica na autoavaliação e no monitoramento da equipe da AB, a educação permanente e o apoio institucional entre as três esferas de governo.

A avaliação externa envolve a certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de

padrões previamente estabelecidos e, também, pelo MS a partir do monitoramento de indicadores; avaliação relacionada ao processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local.⁵

Vale destacar, que o conjunto dos 47 indicadores, que compõe o PMAQ-AB distribuído conforme a natureza de seu uso em indicadores de desempenho e monitoramento, abrange as principais áreas estratégicas do PSF como: pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis, e ainda, articula-se com programas estratégicos do Ministério da Saúde (MS) como: a rede cegonha, atenção psicossocial, urgência e emergência.²

Destarte, o presente estudo tem como questão norteadora: como se constitui os indicadores de desempenho do PMAQ-AB no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF), nas áreas de atuação de saúde da mulher e da criança, em um município baiano?

O presente estudo tem por objetivo: analisar os indicadores de desempenho do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF), nas áreas estratégicas saúde da mulher e da criança, em um município baiano.

Esta pesquisa justifica-se devido às inquietações e questionamentos a respeito da temática, a partir da necessidade de aprofundarmos o conhecimento científico a respeito desta temática envolvendo o processo de trabalho da ESF, bem como a importância de cada agente de saúde ao realizar a sua autoanálise para solidificar os princípios abarcados pelo SUS.

Neste sentido, a relevância deste trabalho consiste em conhecer o caráter multidimensional que abarca o processo de trabalho da ESF e a qualidade da atenção ofertada por esta equipe e como isto contribuirá para melhoria na qualidade da atenção, possibilitando um melhor relacionamento entre o usuário e os profissionais de saúde, levando estes a um (re)olhar sobre o processo de trabalho da ESF, podendo contribuir e/ou motivar o trabalhador a desempenhar um trabalho mais eficaz e mais humano junto ao usuário.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa. O método quantitativo

“tem o objetivo de trazer à luz, dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática”.⁶

A pesquisa foi desenvolvida em município baiano, sendo incluídas na pesquisa as ESF completas, com médico, enfermeiro, técnico/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as equipes que estão aderidas no PMAQ desde o ano de 2012, considerando que as equipes de saúde com maior tempo de adesão ao programa, teriam dados suficientes para analisar o processo de trabalho da equipe por meio dos indicadores de monitoramento e avaliação do programa.

A coleta dos dados foi realizada no período referente ao terceiro quadrimestre do ano de 2014 e primeiro semestre de 2015, mediante análise dos indicadores de desempenho das áreas saúde da mulher e saúde da criança. Para a coleta dos dados, antes do envio do projeto para a Plataforma Brasil, foi solicitado à coordenação da Atenção Básica deste município, a autorização para realização da pesquisa e acesso as fichas dos indicadores de desempenho das áreas estratégicas saúde da mulher e saúde da criança do PMAQ, preenchidas pela ESF nas Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas para a coleta de dados.

Em relação aos dados coletados, constatou subnotificação das informações necessárias para efetuar os cálculos dos indicadores. Posteriormente, após a aprovação do projeto pela Plataforma Brasil, foi enviado ofício à Secretaria de Saúde desse município baiano solicitando os relatórios consolidados da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA2) e Produção Ambulatorial e Marcadores para Avaliação (PMA2), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente aos anos de 2012, 2013 e 2014.

Os dados foram organizados e apresentados no formato de tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente para o cálculo e análise dos dados, utilizado o Microsoft Office Excel 2013.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela Plataforma Brasil e aprovado conforme parecer n^o: 757.643, respeitando as questões éticas conforme a Resolução N^o 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética e o respeito pela dignidade humana, e proteção dos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.⁷

Na apresentação dos resultados, com o propósito de garantir o sigilo das Unidades de Saúde da Família em estudo, elas serão rotuladas como Unidade de Saúde da Família (USF 1 - I e II) referente à primeira equipe dupla e em relação a segunda equipe Unidade de Saúde da Família (USF 2 – I e II).

Resultados e Discussão

Os resultados foram agrupados em tabelas de acordo com as áreas estratégicas de suas respectivas ESF: área saúde da mulher e criança e apresentados no formato de tabelas.

A análise da média de atendimentos de pré-natal contribui para avaliar e/ou monitorar a suficiência da oferta dos atendimentos mediante a demanda potencial das gestantes cadastradas.⁸ Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2010, com a extração de dados de uma base limpa do SIAB, aponta para uma média de sete atendimentos por gestantes/mês.⁸

Com base no exposto evidenciou-se que a média de atendimento de gestantes cadastradas no pré-natal no ano de 2012, obteve disparidade nos resultados no período avaliado. A média de atendimento no mês de março foi de 13,3, abril 2, novembro 1,9 e nos meses de janeiro, julho e agosto com 1,7.

No ano de 2013, houve a menor média de gestantes atendidas no serviço de pré-natal, sendo que nos meses de janeiro, março e setembro observou-se a menor média mensal, com 0,7, 0,9 e 0,5 respectivamente. Em comparação com o mesmo período do ano de 2012 percebe-se que houve uma queda relevante no número de atendimentos por gestantes cadastradas no programa. No ano de 2014, nota-se que os meses de novembro e dezembro mantiveram uma média de atendimento de 2,5 ao mês. Os demais meses variaram entre 0,8 e 2,2.

Diante disso, evidenciou-se a existência de problemas na qualidade do pré-natal, visto que em alguns meses a média de atendimento por gestantes foi menor que 1. Os resultados são compatíveis com os estudos de Nunes; Montenegro, Bittencourt⁹, que afirmam que na região nordeste encontrou menor porcentagem em relação à cobertura de pré-natal.

A captação de gestantes pela equipe de saúde para início oportuno do pré-natal, no primeiro trimestre é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenções adequadas sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança. Conforme dados obtidos pela extração do SIAB no ano de 2010,

evidenciou-se que a média de gestantes acompanhadas pelos ACS para iniciar o pré-natal no primeiro trimestre foi em média de 79%, com variação entre 56% no Acre e 89% em São Paulo.⁸

Ao expor os dados encontrados nas USF 1 - I e II, em relação à média de atendimento de pré-natal por gestante cadastrada no ano de 2012, nota-se que variou entre 0,6 a 1,1, com menor média no mês de outubro com 0,5. Entretanto, observa-se que nestas mesmas USF mantém-se uma variação da média de atendimento entre 1,3 a 5, com destaque para junho, com maior média 5 em relação ao número de atendimentos mensais igual ao ano de 2013.

Evidenciou-se que a média de atendimentos de pré-natal se mantém com uma média de oferta de atendimento no pré-natal entre 1 a 2,8, com menor prevalência desse atendimento nos meses de abril e julho, com valores entre 1 e 1,2 respectivamente. Ao traçar um comparativo entre as médias anualmente, evidenciou-se a menor média anual no ano de 2012 (10, 05), com elevação da média em 2013 (22,6) e nova queda em 2014 (19,2).

A partir dos dados apresentados na tabela 1, evidenciou-se que no segundo semestre do ano de 2012, um elevado número de gestantes iniciou o pré-natal no 1º trimestre com 77% em julho, 83,7% em agosto, 82,8% em setembro, 87,8% em outubro, 84,6% em novembro e 80,9% em dezembro. No ano de 2013, nota-se que no mês de fevereiro houve uma captação de 100% das gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre. Entretanto, nos meses subsequentes houve um decréscimo, com 81,5% no mês de janeiro, 83,3% no mês de março e 81,2% em junho. No ano de 2014, percebe-se que 82% das gestantes iniciaram o pré-natal nos meses de março, maio, junho e dezembro, havendo uma diminuição deste percentual para 66,6% no mês de janeiro e 67,5% no mês de julho.

Constatou-se que as equipes mantiveram um percentual de captação de gestantes nos anos em análise, embora seja notável que houve muitas variações mensais no ano de 2014, tendo, captação desse público no

No ano de 2013, ao avaliar a proporção de gestantes que iniciou o pré-natal no 1º trimestre, verificara-se nos meses de janeiro com 81%, fevereiro com 68,7%, novembro com 79%, concluindo-se que foram os meses que mais mantiveram uma melhor captação de gestantes para início do pré-natal no 1º trimestre. Evidenciou-se que no ano de 2014, a proporção

decorrer dos meses do referido ano de 52,6% a 100%.

Percebe-se que algumas variáveis podem contribuir nesse processo, como a rotatividade de profissionais, reforma da unidade, vínculo das gestantes com os profissionais, dentre outros fatores que incidem diretamente no processo de trabalho da ESF.

A proporção de gestantes cadastradas com pré-natal no mês subsidia para avaliar as condições de acesso ao serviço, adesão e regularidade das consultas realizadas pelo profissional enfermeiro ou médico na equipe de saúde. Neste contexto, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), afirma a necessidade de garantir as gestantes o fácil acesso ao serviço de pré-natal e a regularidade no atendimento.¹⁰

Em relação à proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, observam-se os meses de junho com 77,5%, agosto com 76,2% e outubro com 77,8%, mantendo uma média nos atendimentos as gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre (Tabela 1).

Tabela 1 - Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, na Unidade de Saúde da Família 2 - I e II. Bahia, 2012 – 2014.

Mês	2012	2013	2014
Janeiro	63%	81,5%	66,6%
Fevereiro	68%	100%	70,2%
Março	63,8%	83,3%	82,9%
Abril	68,4%	67,7%	72,2%
Mai	69,7%	77,4%	82,8%
Junho	74,3%	81,2%	82,5%
Julho	77%	62%	67,5%
Agosto	83,7%	52,6%	70%
Setembro	80,9%	55,8%	75,6%
Outubro	87,8%	58,3%	75,8%
Novembro	84,6%	68,4%	73,7%
Dezembro	82,8%	64,7%	84,2%

Fonte: SIAB.

de gestantes que iniciou o pré-natal nos meses de novembro e dezembro teve valores entre 95,8% e 90% respectivamente, com uma queda considerável em relação aos demais meses do ano, com o mês de junho com uma cobertura de apenas 38,5% (Tabela 2).

Tabela 2 - Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, na Unidade de Saúde da Família 1 - I e II. Bahia, 2012 – 2014.

Mês	2012	2013	2014
Janeiro	74,5%	81%	75%
Fevereiro	66%	68,6%	70%
Março	72,3%	64,3%	69,4%
Abril	68%	67,5%	73,5%
Mai	74,4%	62%	72,7%
Junho	77,5%	57%	38,5%
Julho	69,4%	66,6%	71,8%
Agosto	76,2%	61%	69,7%
Setembro	74,3%	63,6%	75%
Outubro	77,8%	65%	79,5%
Novembro	68,7%	79%	95,8%
Dezembro	73,8%	66,6%	90%

Fonte: SIAB.

O estudo dos autores Silva; Andrade, Bosi¹¹ confirma a importância de iniciar a assistência ao pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação, com o propósito do desfecho favorável tanto para a mãe, quanto para o concepto.

A partir dessa necessidade e análise da tabela 3, na Unidade de Saúde da Família 2 - I e II, pode-se inferir que no ano de 2012, nos meses de janeiro, fevereiro, maio, julho, novembro e dezembro 100% das gestantes aderiram ao acompanhamento no programa de pré-natal, mantendo uma variação nos demais meses entre 89,4% a 97,5%, o que pressupõe que as equipes no referido ano construíram estratégias capazes de facilitar o acesso e adesão das gestantes a esse acompanhamento no serviço.

Tabela 3 - Proporção de gestantes com pré-natal no mês, na Unidade de Saúde da Família 2 - I e II. Bahia, 2012 – 2014.

Mês	2012	2013	2014
Janeiro	100%	96%	83,3%
Fevereiro	100%	100%	86,4%
Março	94,4%	100%	90,2%
Abril	89,4%	96,7%	91,6%
Mai	100%	96,7%	80%
Junho	97,4%	100%	90%
Julho	100%	89,6%	89,2%
Agosto	97,3%	97,3%	90%
Setembro	90,4%	100%	83,8%
Outubro	97,5%	97%	86,2%
Novembro	100%	94,7%	94,7%
Dezembro	100%	94%	84,2%

Fonte: SIAB.

No ano de 2013, em relação à regularidade e adesão das gestantes ao acompanhamento no pré-natal, destaca-se que nos meses de fevereiro, março, junho e setembro 100% das gestantes cadastradas realizaram a consulta de pré-natal nos referidos meses, entretanto percebe-se uma leve queda no mês de julho com 89,6% em comparação aos outros meses do ano.

Ao analisar o período de janeiro a dezembro de 2014, pode-se inferir que em abril com 91,6%, março a agosto com 90%, novembro com 94,7%, foram os meses que mais consultas de pré-natal foram realizadas, mantendo uma variação de 83% a 89% nos meses subsequentes.

Os fatores que estão envolvidos na captação e/ou adesão dessas gestantes ao serviço, envolvem: falta de busca ativa das gestantes e não estabelecimento de vínculos da gestante com o serviço.

Esses resultados encontrados condizem com as afirmações dos autores Fontana; Lacerda; Machado¹² que afirmam que algumas condições estruturais das USF e outras relacionadas aos profissionais de saúde interferem na adesão e no acesso das usuárias no processo de trabalho das ESF, de forma negativa, sobre os fundamentos e as diretrizes, preconizados pela política da Atenção Básica.

Em relação à proporção de gestantes com pré-natal no mês, na USF 1 - I e II corresponde ao ano de 2012, verificou-se nos meses de julho com 91,6% e agosto com 90,5%, e que houve um maior número de atendimentos de gestantes, porém nos demais meses manteve uma variação entre 78% e 87%.

No ano de 2013 em relação à adesão e acompanhamento das gestantes ao serviço de pré-natal, nota-se no mês de janeiro com 91,9% das gestantes cadastradas, realizaram o acompanhamento no pré-natal, mantendo-se uma relação proporcional de 77,5% a 90% de gestantes que realizaram consultas nos demais meses. Esses resultados são compatíveis com os dados epidemiológicos, que apontam grande aumento no número de gestantes que realizam o pré-natal, por mulheres que realizam o parto no SUS.¹¹

Observa-se, ao avaliar o ano de 2014, quanto à proporção de gestantes com pré-natal no mês, que 100% das gestantes realizaram a consulta de pré-natal nos meses de setembro, novembro e dezembro, mantendo uma cobertura de 61,5% a 96,9% nos demais meses do ano. Esse indicador subsidia o planejamento,

a gestão e a avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.

Em relação à cobertura vacinal contra o tétano para gestantes, nas Unidades de Saúde da Família 2 - I e II verifica-se mediante a tabela 4, que no ano de 2012, em todos os meses do referido ano, há uma oscilação de 80,9% a 97%, mantendo-se um bom percentual de cobertura vacinal para gestantes.

Tabela 4 - Proporção de gestantes com vacina em dia, na Unidade de Saúde da Família Milton 2 - I e II. Bahia, 2012 – 2014.

Mês	2012	2013	2014
Janeiro	94,7%	88,8%	83,3%
Fevereiro	89,3%	81%	91,9%
Março	86%	93%	87,8%
Abril	84,2%	87%	94,4%
Mai	93,9%	93%	82,8%
Junho	94,8%	87,5%	90%
Julho	91,4%	86%	86,5%
Agosto	91,9%	89%	82,5%
Setembro	80,9%	93%	83,8%
Outubro	92,7%	86%	82,7%
Novembro	94,9%	89%	89,5%
Dezembro	97%	91%	84,2%

Fonte: SIAB.

Esses percentuais estão abaixo de 90%, apenas nos meses de fevereiro com 89,3%, março 86%, abril 84,2% e setembro 80,9%. No ano de 2013, percebe-se que 93% das gestantes vinculadas ao PSF nos meses de março, maio, setembro e outubro, estavam com o esquema vacinal completo. Entretanto, identificou-se percentual de 88,8% no mês de janeiro e nos meses de agosto e novembro com 89%.

Posteriormente, no de 2014, obteve-se uma cobertura vacinal das gestantes cadastradas entre 82,7% a 94%, com destaque para os meses de janeiro, fevereiro e abril com 83,3%, 91,9% e 94,4%, respectivamente.

Com relação as Unidade de Saúde da Família 1 - I e II, no ano de 2013, nota-se uma cobertura vacinal das gestantes acompanhadas no pré-natal de 73,3% a 97,3%, sendo constatado que o menor percentual foi no mês de julho com 73,3%. Ainda referente à mesma tabela, pode-se inferir que no ano de 2014, nos meses de setembro, novembro e dezembro houve uma cobertura vacinal de 100% das gestantes cadastradas. Em janeiro 96,9%, fevereiro 90% e nos meses demais meses obteve-se cobertura vacinal entre 61,5% a 80,5%.

A pesquisa evidenciou-se que nas unidades de saúde em estudo a cobertura vacinal das gestantes cadastradas manteve uma variação no percentual de 80% a 100%, sendo que estes resultados estão compatíveis com uma pesquisa realizada em 2010, a qual utilizou os dados extraídos do SIAB, e demonstrou que 93% das gestantes vinculadas ao programa estavam com vacina em dia.⁸

Área Saúde Da Criança

O processo de trabalho da ESF precisa ser pautado na interdisciplinaridade, na qual deve estabelecer um projeto comum em que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e possa construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários¹². Diante do exposto, os indicadores do PMAQ selecionados para a área saúde da criança, subsidiam analisar o processo de trabalho da ESF.

Constatou-se que a média de atendimento no serviço de puericultura na Unidade de Saúde da Família 2 - I e II, foi de 0,6 a 2,3, no ano de 2012, sendo evidenciado que nos meses de março, abril, maio e novembro houve uma média de 2,2 a 2,3 e o mês de dezembro com 0,6, sendo considerado o menor valor mensal de média de atendimento.

Quanto à média de atendimento no serviço de puericultura no ano de 2013, observou-se uma variação padrão nos meses de fevereiro, março e abril com 0,9 e um aumento dessa variável nos meses de maio com 1,4, julho com 1,6 e novembro com 1,7. Em relação à média de atendimentos de puericultura para crianças menores de 02 anos, a unidade está dentro do padrão nacional, já que pelo censo realizado em 2010, o padrão é de 4,5/criança/ano.⁸

No que se refere a esta média anual nota-se que os dados da unidade estão compatíveis com a média nacional, na qual se observa em 2012 (19,15), 2013 (12,23), 2014 (10,75). O atendimento de puericultura permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, além da prevenção de doenças imuno-preveníveis e promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros.⁸

Constatou-se que a média de atendimento de puericultura, na Unidade de Saúde da Família 1 - I e II, no ano de 2012 varia entre 0,4 a 1,8, com destaque para o mês de

dezembro com menor média 0,4. Em 2013, em relação à média de atendimentos percebeu-se que há uma variação entre 0,2 a 2,3 e que apenas o mês de junho ultrapassou a média de 1,0 para 2,3. O ano de 2014 demonstra os menores valores relacionados ao atendimento em puericultura 0,2 a 1,9, ficando julho com média de 1,4, agosto 1,9 e setembro com 1,5.

A média de atendimento em puericultura para crianças nessa faixa etária é de 4,5/ criança/ano e o monitoramento desse indicador na programação das ações de puericultura é para reorganizar os processos de trabalho, objetivando a expansão do acesso das crianças as ações de saúde.⁸

Com base na análise da tabela 8, pode-se inferir que no ano de 2012 as crianças com aleitamento materno exclusivo, acompanhadas pela ESF, foram de 42,8 a 74,3%. No ano de 2013, neste mesmo indicador, há uma oscilação na proporção mensal de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo de 33,3% a 81%. Vale ressaltar que o único mês que esse percentual foi superior a 70% foi o mês de maio com 81%. No ano de 2014, pode-se perceber um discreto aumento deste percentual em comparação ao ano anterior, variando de 40% a 69,2%, sendo que os meses de fevereiro e agosto tiveram percentual menor que 45%.

Esse indicador mede a relação entre a produção de atendimentos de puericultura e as crianças menores de 2 anos acompanhadas pela equipe da AB no domicílio, avaliando a potencial suficiência da oferta desses atendimentos ambulatoriais, caso a produção fosse igualmente distribuída por todas essas crianças.⁸

Na tabela 5, evidencia a proporção de crianças menores de 04 meses com aleitamento materno exclusivo, na USF 2 - I e II, sendo percebido que no ano de 2012, os meses de março, abril, maio e junho, apresentaram uma média de 85,7%, 73,3%, 72,2%, respectivamente, mantendo uma variação de 50% a 70,9% nos demais meses do ano. Ainda, com base na análise da tabela 5, observou-se que em julho apenas 47% das crianças menores de 04 meses, acompanhadas pelo serviço de crescimento e desenvolvimento na referida USF obtiveram aleitamento materno exclusivo, mantendo uma proporção que variou entre 55,5% e 66,6% nos demais meses, no ano de 2013.

Tabela 5 - Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo, na Unidade de Saúde da Família 2 - I e II. Bahia, 2012 – 2014.

Mês	2012	2013	2014
Janeiro	69%	66,6%	62%
Fevereiro	64,7%	65%	55%
Março	85,7%	69,5%	61,2%
Abril	73,3%	56,5%	67,8%
Maio	72,2%	66,6%	60%
Junho	74,2%	47%	52,4%
Julho	70,9%	55,5%	62,9%
Agosto	63,6%	62%	64,3%
Setembro	66,6%	62%	70%
Outubro	68%	60%	51,7%
Novembro	50%	62%	45,4%
Dezembro	61%	63,3%	64%

Fonte: SIAB.

Notou-se que a proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo no ano de 2014, acompanhadas pelos ACS, teve uma variação de 45,5% a 64,3%, durante os meses, sendo que o padrão segundo dados do MS na região nordeste é de 70%¹⁴. Este indicador subsidia as ações desenvolvidas pela equipe de saúde para estimular o aleitamento materno exclusivo. Os autores alertam para a importância deste indicador na frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida.⁸

Em relação à cobertura e/ou proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia, observou-se que mensalmente se mantém numa média de cobertura mensal que varia entre 86,3% a 96,9%. Destaca-se ainda uma maior cobertura nos meses de janeiro e novembro com 96,9%, maio e outubro, com 95,4% e 95,5% respectivamente, e menor cobertura no mês de setembro, com 86,3%.

Quanto à proporção de crianças menores de um ano, no ano de 2013, observou-se que a unidade conseguiu uma boa cobertura vacinal, com destaque para os meses de janeiro com 98,4%, maio com 100% e agosto com 97,2% das crianças menores de um ano cadastradas e que estavam com o calendário vacinal em dia.

Quanto à cobertura vacinal em 2014, devemos considerar que esta cobertura para a região é de 96%, embora a meta do Programa Nacional de Imunização (PNI) seja vacinar 100% das crianças menores de 1 ano. Deste modo, temos os meses de janeiro com 94,4%, fevereiro e abril, com 91%, setembro 95,2%, outubro 98,6%, novembro 95% e dezembro com 94%. Os demais meses mantiveram-se entre 82,9% a

88,7% abaixo da média preconizada, tanto para o PMAQ, quanto para o PNI. Esse indicador estima a proporção da população infantil menor de um ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização – PNI.⁸

Em a relação à cobertura de 100% das crianças com o esquema vacinal completo, conforme preconiza a políticas do Ministério da Saúde (MS), foram considerados neste período os respectivos esquemas: tetravalente (três doses em menores de um ano), poliomielite oral (três doses em menores de um ano), BCG (uma dose) e hepatite B (três doses).⁸

Ressalta-se que nos anos de 2012, 2013 e 2014, a UESF 1 - I e II não alcançou a meta proposta pelo Ministério da Saúde (MS), devido não ter atingindo a meta para a região do Nordeste que o preconizado foi de 96%, em alguns meses dos referidos anos. Em 2012 variou entre 80% a 95,4%. No ano seguinte de 70 a 91,8% e em 2014, entre 73,5% a 97%.

A mensuração periódica do peso das crianças permite a identificação precoce de situações de risco e necessidades de intervenção associadas com baixo peso, desnutrição ou sobrepeso.⁸

Diante disso, destaca-se que na tabela 12, na Unidade de Saúde da Família 1 - I e II no ano de 2012 houve uma variação entre 71,6% a 99% das crianças pesadas mensalmente, e que no mês de março apenas 71,6% das crianças cadastradas foram acompanhadas. Em comparação com os demais meses, observa-se em janeiro 92,3%, fevereiro 92,4%, agosto com 95%, dezembro com 99%, mantendo uma média nos outros meses.

Ao se avaliada a proporção de crianças menores de 2 anos pesadas na USF, no ano de 2013, constata-se que as unidades mantém o valor abaixo do padrão regional para o Nordeste que é de 91%⁸, com exceção para os meses de janeiro, fevereiro, março e outubro que varia de 91,5% a 95,6%. Ao avaliar a proporção de crianças pesadas no ano de 2014, menores de 2 anos, evidenciou-se uma variação entre 67% a 85,6%.

Diante dos dados, percebe-se que a mensuração das crianças menores de 2 anos possibilita identificar situações de riscos, subsidiar intervenções em tempo hábil para casos de desnutrição e sobrepeso.

Pode-se inferir que no ano de 2012, é notável uma variação proporcional entre 36% a 88,4% das crianças menores de dois anos que foram pesadas, com destaque para os meses de

setembro, outubro, novembro e dezembro com 87,5%, 88,4%, 88,4% e 86,5% respectivamente.

No ano de 2013 ocorreu uma variação entre 12,8% a 77,7%, uma queda considerável em relação ao ano anterior. Os meses de outubro, novembro e dezembro que demonstram menores os valores percentuais com 39,7%, 44,7% e 39,7%. Já no ano de 2014, tem-se uma variação entre 22% a 72%, ficando claro que os meses de setembro, outubro, novembro e dezembro, respectivamente com 25%, 22%, 26,4% e 29%, quase metade de seus valores em comparação ao ano de 2013.

Considerando que as famílias com crianças devem ser priorizadas nas visitas domiciliares e que a mensuração do peso constitui uma atividade essencial para o acompanhamento das crianças, espera-se que as crianças com menos de 2 anos sejam regularmente pesadas.¹⁵

No que concerne a média de consultas médicas para menores de 1 ano, na Unidade de Saúde da Família 2 - I e II, no ano de 2012, pode-se inferir que há uma variação no atendimento deste público considerável e preocupante, como se observa nos meses de maio com 0,06, setembro 0,03, outubro e novembro 0,09 e dezembro 0,11. Em relação à demanda potencial de atendimentos médicos programados, observa-se que está abaixo do padrão, não havendo nenhum atendimento no mês de janeiro, seguindo os demais meses com uma variação entre 0,08 a 0,2, em 2013. Observa-se que a média de consultas médicas para menores de um ano na USF variou mensalmente entre 0,07 a 0,38, no ano de 2014.

Este indicador analisa a suficiência da produção de consultas médicas para essa faixa etária em relação à demanda potencial das crianças menores de um ano acompanhadas pela equipe nos domicílios, no mesmo local e período⁸. Considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e demanda agendada, permite uma análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas. Ele permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança.⁸

Na USF 1 - I e II, evidenciou-se que a média de consultas médicas, abrange as efetuadas pelo profissional médico, variou no ano de 2012, entre 0,1 e 0,4. No ano de 2013 a

média de consultas médicas variou entre 0,05 e 0,4, mantendo a média de 0,4 nos meses de maio, junho, julho e dezembro e no mês de março com a menor média de 0,05. Entretanto, no ano de 2014, esta variação oscilou entre 0,08 a 0,6, destacando que a menor média de consultas médicas realizadas no referido ano, foi no mês de fevereiro com 0,8.

Traçando um comparativo com as informações do Ministério da Saúde (2012)⁸, que a média anual é de 1,7 e dividindo esse valor pelos doze meses do ano tem-se uma média de 0,14. Esse resultado demonstrou que alguns meses estão abaixo da média preconizada pela política ministerial.

Considerações finais

Ao analisar a constituição dos indicadores de desempenho do PMAQ, nas áreas estratégicas saúde da mulher e criança, referente aos anos de 2012 a 2014 nas USF selecionadas para a pesquisa, foi possível constatar a importância desses indicadores na avaliação da organização do processo de trabalho pelas Equipes de Saúde da Família. A consistência dos dados permitiu avaliar a qualidade da assistência nas áreas de abrangência da pesquisa, subsidiar e (re) conhecer entraves, desafios, e limitações que ainda precisam ser superados em prol da melhoria da qualidade na assistência.

Os resultados demonstraram que a organização do processo de trabalho, tendo por base os indicadores de desempenho, incide diretamente no modo como é operacionalizada a assistência nas áreas alvo deste estudo, e que algumas dificuldades, como a substituição de mão de obra qualificada, rotatividade dos profissionais, a precariedade nos contratos de trabalho, falta de recursos humanos e materiais, má alimentação do SIAB, infraestrutura, e a atuação e/ou administração da gestão interferem na qualidade da assistência e, conseqüentemente, nos resultados obtidos.

Assim, diante da necessidade de melhoria na qualidade da assistência nas equipes de saúde selecionadas para a pesquisa, evidenciou a necessidade de realização de concurso público municipal, com o propósito de estabilizar o profissional qualificado em áreas específicas, gerando o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria dos indicadores do PMAQ-AB no município.

Referências

1. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF: MS, 2012a.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, Institui, no âmbito do Sistema único de saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Brasília, DF: MS, 2011a; 79-80.
3. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saude Publica*. São Paulo. 2010; 26(6):1079-95. [Citado 2014 Mai 09]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/03.pdf>>.
4. Portela LR, Dias MAS, Vasconcelos MIO. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da autoavaliação em Sobral, Ceará. *Rev. Sobralense de Políticas Públicas*. 2013; 12(1): 40-45. [Citado 2014 Mai 09]. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/327/261>>.
5. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, dispõe, no âmbito do Sistema único de saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Brasília (DF): MS, 2015.
6. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012b; [Citado 2014 Mai 09]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
8. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo – anexo ficha dos indicadores. Brasília (DF): MS, 2012c.
9. Nunes TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saude em Debate*. 2014; Out-Dez; 38(103): 756-70.
10. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TGL. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saude Publica*. 2004; 20(5): 1281-89. [Citado 2015 Mai 29]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>.

11. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. Saude em Debate. 2014; Dez; 38(103): 805-16.
12. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na atenção básica à saúde: avaliação da gestão. Saude em Debate. 2016; Jul-Set; 40(110): 64-80.
13. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sa LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. Rev. Bras. de Enferm. Brasília. 2011; 64(1): 38-46.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF: MS, 2009.
15. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Endereço para Correspondência

Liane Oliveira Souza Gomes

Rua Apolinário peleteiro, 351 - Bairro campo do

América, Jequié

CEP: 45.200.000

E-mail: lianegomesmm@hotmail.com

Recebido em 04/05/2021

Aprovado em 06/09/2021

Publicado em 27/09/2021