



A implantação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na Estratégia Saúde da Família: Um Estudo de Caso como instrumento de ajuste entre Poder Público e seus colaboradores

Pablo Luiz Martins
pablo@ufs.br
UFSJ

Renata de Souza e Silva Fiúza Costa
erikaloureiro.borba@gmail.com
UFSJ

Erika Loureiro Bobra
erikaloureiro.borba@gmail.com
UFSJ

Kelly Aparecida Torres
kellyaportres@yahoo.com.br
UNIPTAN

Resumo: O presente trabalho buscou analisar a implantação da contratualização no município de Pará de Minas no âmbito da saúde pública na Atenção Básica, através da implantação do Programa de Melhoria da Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa quantitativa / qualitativa que explorou dados sistematizados pela Coordenação da Secretaria Municipal de saúde de Pará de Minas em relação a assistência prestada na Equipe de Estratégia Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima. Foram explorados dados relacionados a Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições crônicas. Após os dados são discutidos e analisados o impacto da contratualização em relação à assistência prestada durante o ano de 2014. Os dados mostram um esforço da Equipe em se manter acima da meta preconizada pela secretaria. A conclusão é que o sistema de contratualização motiva os colaboradores à buscar melhorias no serviço prestado mostrando ser uma ferramenta eficaz da Administração Pública.

Palavras Chave: Administração - Público - Saúde - Atenção Basica - Gestãp

1 – INTRODUÇÃO

Segundo Pereira (2010) as organizações públicas responsáveis pela prestação de serviços para a sociedade são sistemas complexos, interdependentes e dinâmicos. Atuam e interagem com seu ambiente de maneiras ininterruptas e de maneira coerente, por meio de pessoas e tecnologias, trocas de informações e das estruturas organizacionais. Buscam alcançar o melhor desempenho possível para atender de maneira efetiva e com qualidade as demandas da população.

No setor público um dos desafios que se coloca para a nova administração pública é como transformar estruturas burocráticas, hierarquizadas e que tendem a um processo de insulamento em organizações flexíveis e empreendedoras. Essa transformação é possível quando ocorre uma ruptura com modelos tradicionais de administração.

As organizações públicas buscam introduzir uma nova cultura de gestão sendo estas orientadas para o atendimento da necessidade dos cidadãos ou para eficiência e efetividade. Para tanto se insere no setor público inovações consideradas exitosas do setor privado empresarial, considerando, pois os objetivos e valores predominantes na Administração Pública.

Segundo Pereira (2010) algumas características definem a administração pública gerencial, sendo esta orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de um grau real ainda que limitado de confiança; como estratégia, serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação dos processos de trabalho. O instrumento mediante o qual se faz o controle sobre os órgãos descentralizados da Administração Pública é o contrato de gestão através da contratualização. A administração pública gerencial desta maneira orienta-se para resultados.

A contratualização, oriunda da Administração Pública Gerencial, é um instrumento de desempenho institucional e um caminho para o procedimento de ajustes de condições específicas no relacionamento entre a administração e o desempenho de entidades públicas, que envolve a pactuação de metas de indicadores de desempenho, ajustes dos processos de trabalho, para o exercício da atividade exercida, orientadas ao alcance dos objetivos das políticas públicas.

Segundo a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2009), a contratualização é um instrumento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre o Poder Público e seus órgãos e entidades de direito público, ou entre o Poder Público e entidades da sociedade civil, em que há a negociação e o estabelecimento de metas e indicadores de desempenho. Quando firmada dentro do próprio Poder Público, a contratualização visa ampliar a capacidade interna do governo de implantar políticas públicas setoriais com conseqüente melhoria da prestação de serviços públicos, além de agregar valor ao atendimento ao cidadão e aumento da qualidade aos serviços executados.

Em relação à Administração Pública Gerencial e seguindo a implantação de políticas públicas, segundo o Ministério da Saúde (2013) progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso em relação as políticas públicas relacionadas a saúde foram articuladas aos esforços de melhorias permanentes da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. Em concordância o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) se insere em um contexto no qual o Governo Federal aumenta a participação e seu comprometimento em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade na saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro deste contexto o município de Pará de Minas iniciou a implantação do programa, PMAQ, no ano de 2010 com contratualização de 8 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o intuito de fortalecer a AB e melhorar a qualidade da assistência de

saúde prestada aos cidadãos deste município sendo entre estas equipes se encontra a ESF Nossa Senhora de Fátima.

A presente pesquisa visa analisar dados da implantação deste sistema na ESF Nossa Senhora de Fátima situada no município de Pará de Minas, durante o primeiro ano de implantação, propondo avaliar se a contratualização proposta pelo instrumento PMAQ, gera melhoria dos indicadores de saúde e dos processos de trabalho em relação aos quesitos propostos pelo próprio Ministério da Saúde.

Por se tratar de um instrumento utilizado na Administração Pública Gerencial, e por esta ser voltada a resultados que agreguem valor a vida do cidadão a presente pesquisa se justifica por avaliar a efetividade da contratualização dos colaboradores da Administração Pública na implantação do instrumento pelo Ministério da Saúde, o PMAQ, seus indicadores de monitoramento e desempenho, e seus impactos em relação a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo SUS na Equipe Nossa Senhora de Fátima do município de Pará de Minas submetida a contratualização no primeiro ano de implementação.

O objetivo do presente trabalho é avaliar a contratualização como instrumento de melhoria dos processos de trabalho, através da progressão dos indicadores de desempenho e monitoramento propostos pelo instrumento do PMAQ, durante o primeiro ano de implementação na Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora de Fátima em relação à melhoria da qualidade nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) deste município.

Neste contexto o trabalho avalia os indicadores de desempenho e monitoramento relacionados à saúde da mulher durante 1 ano de contratualização na Equipe de Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima relacionadas ao PMAQ. Assim como nesta mesma relação avalia os indicadores de saúde da criança e aquelas relacionadas a doenças crônicas.

A metodologia empregada para avaliação é um instrumento de monitoramento da Atenção Básica utilizado no ano de 2014 o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), as informações utilizadas foram gentilmente cedidas pela Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas. Os indicadores utilizados para avaliação são os descritos no Manual de Instrução do PMAQ

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A gestão pública busca com base na indução, monitoramento e avaliação de processos, resultados mensuráveis dos processos de trabalho e de suas diretrizes. O Ministério da Saúde (MS) como participante da administração Pública e inserido na nova gestão e é executor deste processo. Dentro deste contexto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica (AB) ofertados à sociedade brasileira estimula a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) citado no Manual Instrutivo do PMAQ 92012), com o aumento da cobertura da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de Atenção Básica (AB), a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, sendo resultado de processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS – municipal, estadual e federal - que contou com vários encontros, nos quais o MS e o Conselho

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), discutiram soluções a cerca de um desenho de programa que pudesse ampliar o acesso e a qualidade da atenção básica em todo o Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), ainda no Manual Instrutivo o objetivo central do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Para que a melhoria da qualidade seja permanente o desenvolvimento e aperfeiçoamento devem ser mais adequadas aos desafios impostos pela realidade, uma vez que o país tem grande extensão territorial, diversidades culturais e econômicas que refletem consequentemente na transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

O PMAQ é um compromisso do governo federal, em desenvolver ações de progressivas e sistemáticas voltadas para melhoria do acesso e da qualidade no SUS, em todas as suas dimensões, com atenção especial para o componente da Atenção Primária (AP). É um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que mensura os efeitos das políticas de saúde para subsidiar a tomada de decisão, promover a transparência dos processos de gestão do SUS e evidenciar os resultados alcançados, fortalece o controle social e mantém o foco do sistema de saúde nos usuários.

2.1 – Atenção Básica a Saúde

A Atenção Básica (AB) é a porta principal de entrada dos usuários na rede de atenção à saúde. Norteada nos princípios e diretrizes do SUS, assiste o usuário na singularidade e inserção sociocultural sendo assim oferta atenção integral a saúde, fazendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação assim como redução de danos e sofrimentos que possam comprometer a autonomia e a saúde do indivíduo.

A Atenção Básica (AB) a saúde, é pautada em ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde, procura uma atenção integralizada que influencie na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida através da descentralização e capilaridade das ações. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigidas a populações adscritas em território delimitado, onde as equipes assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente onde vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado e processos de trabalho complexos e variados que auxiliam nas demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, assim como aquelas ligadas aos ciclos de vida e condições crônicas da população, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e a ética de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (Ministério da Saúde 2012:13).

2.2 - Gestão Pública Municipal

A partir da Constituição Federal de 1988 os municípios foram promovidos para descentralização e decisão de alguns processos de trabalho, sempre pautados nas premissas federais. A descentralização fortalece o município como ente federativo e priorizando a atuação cooperativa no campo das relações intergovernamentais.

Segundo orientações do Governo Federal (2008) as relações entre as três esferas de governo podem se dar de forma vertical, entre níveis diferentes de governo, ou horizontal, entre governos de um mesmo nível. As relações intergovernamentais vão além da

distribuição de recursos públicos, possuem também caráter técnico-administrativo e político-institucional que dão ao município um papel relevante de ordenamento no sistema e na própria governabilidade.

A esfera municipal necessita exercer sua autonomia administrativa reconhecida pela constituição aprimorando a gestão pública. Os municípios dispõem de orientação dada pela Esfera Federal e Estadual para todos os elementos relacionadas a Administração Pública e suas ramificações. As orientações observam os princípios constitucionais, se relacionam com tecnologias gerenciais e de informação de maneira a garantir continuidade administrativa, centralizar a Administração Pública nos direitos do cidadão e garantir benefícios a coletividade.

Para as tomadas de decisões, ordenamentos das leis orçamentárias municipais para desenhos de processos de trabalhos da Administração Pública Municipal e suas capilaridades a gestão municipal dispõe de uma ferramenta importante relacionada as informações. Essas informações são de muita importância em relação a efetividade das ações locais.

A administração pública municipal necessita aproveitar as novas possibilidades proporcionadas pelos avanços das tecnologias da informação e comunicação, pois é imprescindível que o gestor público municipal disponha de informações gerenciais e estratégias adequadas, precisas e em tempo ágil, informações oportunas e personalizadas. As Novas Estratégias da Administração Pública viabilizam também a gestão dos processos internos e externos da administração pública municipal orientando o gestor público no conhecimento de seus cidadãos. É a integração desses elementos ao planejamento estratégico que possibilita a gestão do desempenho municipal. Como uma alternativa na busca para a transposição desses desafios, surgiram, na administração pública, a aplicação de modelos de gestão da iniciativa privada e, também, a utilização de novas tecnologias na transformação e na modernização da gestão pública, inclusive municipal. (LEITE e REZENDE, 2010 p. 459).

A Gestão Pública Municipal deve conhecer as expectativas dos cidadãos, os níveis de satisfação, as reclamações, as demandas e as características socioeconômicas e educacionais dos cidadãos de seu município. Essa orientação permite planejamento das ações municipais focadas no cidadão.

3 – DESENVOLVIMENTO / METODOLOGIA

A implantação do PMAQ consiste em ações desempenhadas pelas equipes de AB, pelas gestões municipais e estaduais do país e pelo Ministério da Saúde, em conjunto, com o intuito de estabelecer mudanças na gestão, no cuidado, nos processos de trabalho assim como da gestão do cuidado, que por finalidade produzirão melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

O PMAQ foi organizado para ser desenvolvido em quatro fases interligadas e complementares entre si, sendo:

- 1 – Adesão e contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 – Avaliação externa;
- 4 – Recontratualização.

A implantação do PMAQ começa com a adesão ao programa, através da contratualização de compromissos e do conhecimento dos indicadores a serem acordados entre as equipes de atenção básica, os gestores municipais com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A adesão é feita primeiramente entre os gestores municipais e as equipes de AB após isso a adesão é formalizada na comissão intergestores bipartide e nos respectivos conselhos de saúde dos municípios. A adesão das equipes tem que ser voluntária e formalizada através de um documento assinado entre os membros da equipe e gestor municipal. O instrumento tem o intuito de reforçar que a qualidade de serviços de saúde ou quaisquer da Administração Pública não depende somente do colaborador e que seu desempenho também está entrelaçado ao apoio institucional que recebe.

A auto avaliação segundo o Ministério da Saúde (2012) das equipes de AB é a partida para a fase de desenvolvimento, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem começar pela identificação e reconhecimento, das próprias equipes, das dimensões positivas assim como as problemáticas do seu processo de trabalho, produzindo sentidos e significados facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. A auto avaliação é realizada pela equipe de AB através de um questionário estruturado que contempla todos os indicadores de monitoramento do programa. Através de notas de desempenho de zero a dez a equipe avalia seu processo de trabalho e procura identificar onde pode se fortalecer. A auto avaliação também possibilita a avaliação do processo de educação permanente em saúde do município, assim como o apoio institucional dado as equipes. Após resposta do questionário é elaborado um plano de ação com o intuito de melhorar processos de trabalho e consequentemente indicadores. O questionário é o primeiro passo de implantação e este processo é reproduzido a cada reavaliação.

A partir das notas dadas no questionário é elaborado um plano de ação que contempla melhorias no processo de trabalho da UBS, nas ações julgadas como de maior necessidade de intervenção, que irão colaborar na melhoria da qualidade do serviço.

São avaliados no questionário os seguintes aspectos:

- Apoio Institucional
- Educação Permanente
- Gestão do Monitoramento e Avaliação
- Infraestrutura e Equipamentos da Unidade Básica de Saúde
- Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos
- Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde
- Organização do Processo de Trabalho
- Atenção integral à Saúde
- Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

As intervenções desenhadas a partir do questionário são implementadas e avaliadas posteriormente em sua efetividade se são positivas ou nulas. A cada nova avaliação um novo questionário é respondido e um novo plano de ação elaborado.

A equipe da UBS Nossa Senhora de Fátima respondeu os questionamentos do AMAQ em 2014 sendo elaborado posteriormente um plano de ação e implementadas as ações conforme orientações do Manual Instrutivo do PMAQ.

No prazo estipulado a UBS passou por uma avaliação externa do Ministério da Saúde na qual a equipe foi avaliada como muito acima da média no âmbito nacional.

Junto a avaliação externa realizada pelo MS o município de Pará de Minas implementou uma avaliação interna para que a bonificação em dinheiro pudesse ser repassada as equipes de maneira equânime. As metas eram avaliadas a cada mês, e a média aritmética era calculada trimestralmente. Desta maneira a bonificação era mantida por três meses até nova avaliação aritmética. O ajuste de avaliação interna foi uma proposta da secretaria de saúde do município de Pará de Minas junto a coordenação da Atenção Básica. A proposta foi aprovada na câmara municipal assim como no conselho de saúde do município. Todas as

UBS do município foram inscritas. No presente trabalho será analisado a UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Para o ano de 2014 foram analisadas 24 metas que contemplam as ações voltadas a saúde da criança, gestantes, atenção à saúde da mulher hipertensos e diabéticos. Para análise do estudo manteremos todas as médias e será calculada a média aritmética do ano de 2014, conforme apresenta a tabela 1 abaixo:

TABELA 1 – Monitoramento de metas anual em relação a linhas de cuidado continuado programado a Atenção Básica - UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de gestantes cadastradas	11	20	18	21	22	19	15	9	8	14	14	19	18	-	16
Nº de atendimentos de gestantes cadastradas	6	27	16	11	13	17	11	11	16	10	9	6	14	161	13
% de gestantes cadastradas que iniciaram o pré natal no primeiro trimestre	85%	95%	100%	86%	95%	89%	93%	89%	88%	100%	93%	95%	83%	-	92%
% de gestantes cadastradas com pré natal em dia	90%	95%	100%	86%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-	98%
% de gestantes com vacina em dia	93%	95%	100%	86%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-	98%
Nº de exames citopatológico na faixa etária de 15 anos e mais	26	43	38	11	22	9	25	35	28	20	13	22	20	286	24
Nº de atendimento de puericultura	13	14	9	9	13	11	11	21	24	29	14	10	13	178	15
% de menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	70%	####	86%	100%	100%	80%	100%	93%	78%	93%	67%	70%	25%	-	81%
% de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	96%	####	100%	95%	88%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	-	98%
% Crianças menores de 2 anos pesadas	83%	96%	96%	100%	100%	98%	98%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	-	98%
Nº de consultas medicas para menores de 1 ano	7	7	5	6	4	7	1	10	12	11	6	3	10	82	7
Nº de consultas medicas para menores de 5 anos	24	30	21	22	18	31	9	18	24	22	17	13	19	242	20
nº de diabéticos cadastrados	104	167	170	172	172	175	174	178	174	174	177	178	178	-	174
Nº de hipertensos cadastrados	496	566	662	664	659	658	655	659	656	658	661	666	688	-	661
Nº de consultas para diabéticos	26	25	30	27	30	47	27	29	56	28	31	30	28	388	32
Nº de consultas para hipertensos	121	100	80	50	110	101	72	113	199	135	126	95	119	1300	108
Nº de consultas médicas por habitante	336	675	369	547	452	621	449	444	753	621	669	348	524	5482	540
Nº de consultas medicas de cuidado continuado e programado	40	39	42	44	58	61	58	68	29	62	62	65	61	689	54
Nº de consultas medicas de consulta agendada	35	46	48	42	29	22	21	16	57	21	27	20	23	407	31
Nº de consultas medicas de demanda imediata	30	15	10	14	13	17	21	16	15	17	11	15	16	210	16
Nº de atendimento do	201	211	202	67	202	204	205	220	215	275	221	260	278	2558	213

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas, ano 2014.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a discussão dos resultados devemos juntar os indicadores avaliados em três blocos conforme os objetivos do presente estudo:

- Saúde da mulher: que compreende a saúde de gestantes e razão de exames citopatológicos;

- Saúde da criança: que compreende aos indicadores relacionados as crianças;
- Doenças crônicas: que estão relacionados aos atendimentos de hipertensos e diabéticos.

4.1 - Saúde da Mulher

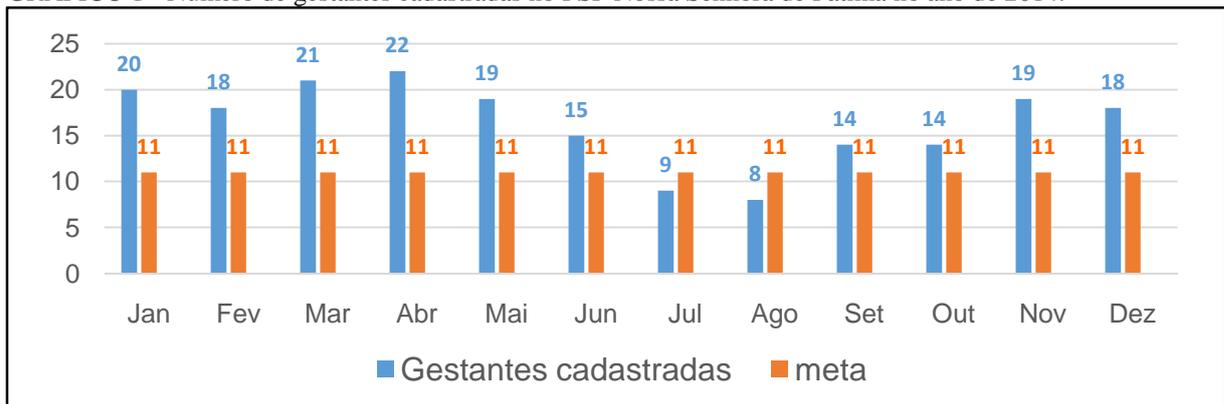
4.1.1 - Número de gestantes cadastradas: De acordo com este indicador as gestantes deveriam ser cadastradas pelas ACS da área descrita e acompanhadas por toda a equipe. De acordo com a planilha a meta a ser alcançada mensalmente seria de 11 gestantes ao mês. Entretanto houve meses em que a relação era menor que a meta, mas ao se realizar a média aritmética para a distribuição anual a média foi ultrapassada. A variação do número de gestantes acontece devido ao final da assistência pré natal com os partos.

TABELA 2 - Número de gestantes cadastradas no PSF Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de atendimentos de gestantes cadastradas	6	27	16	11	13	17	11	11	16	10	9	6	14	161	13

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

GRÁFICO 1 - Número de gestantes cadastradas no PSF Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

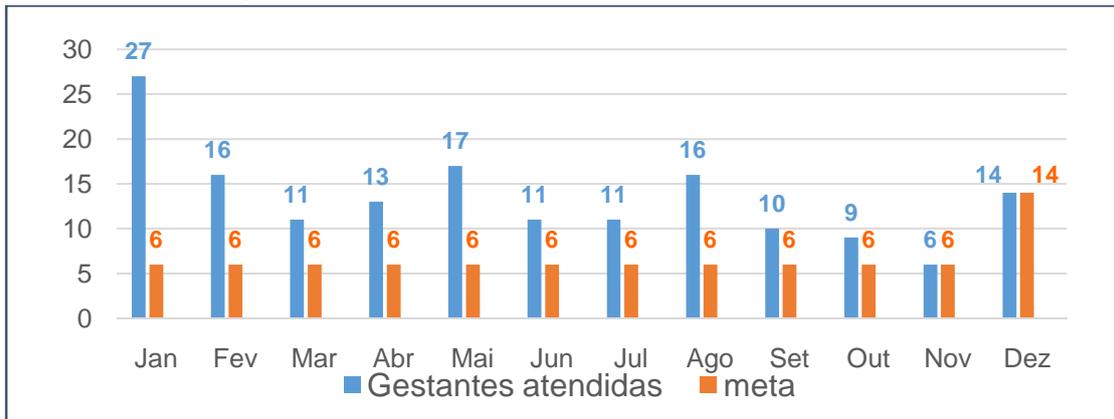
4.1.2 - Número de atendimento por gestante cadastrada: Este indicador procurava avaliar quantas consultas eram realizadas durante a atenção ao pré-natal de cada gestante. De acordo com a Linha Guia de Pré Natal a gestante deve ser garantida o mínimo de 7 consultas e 1 consulta puerperal, intercaladas entre atendimentos médicos e de enfermagem. A meta estipulada era de 6 consultas totais por mês para consultas medicas e de enfermagem. Neste caso em nenhum mês o número de atendimentos ficou abaixo da média. E a média anual acima do esperado.

Tabela 3 – Número de atendimentos a gestante (médicas e de enfermagem) cadastradas no PSF Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Média de atendimentos de gestantes cadastradas	6	27	16	11	13	17	11	11	16	10	9	6	14	161	13

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico 2 – Número de atendimentos a gestante (médicas e de enfermagem) cadastradas no PSF Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

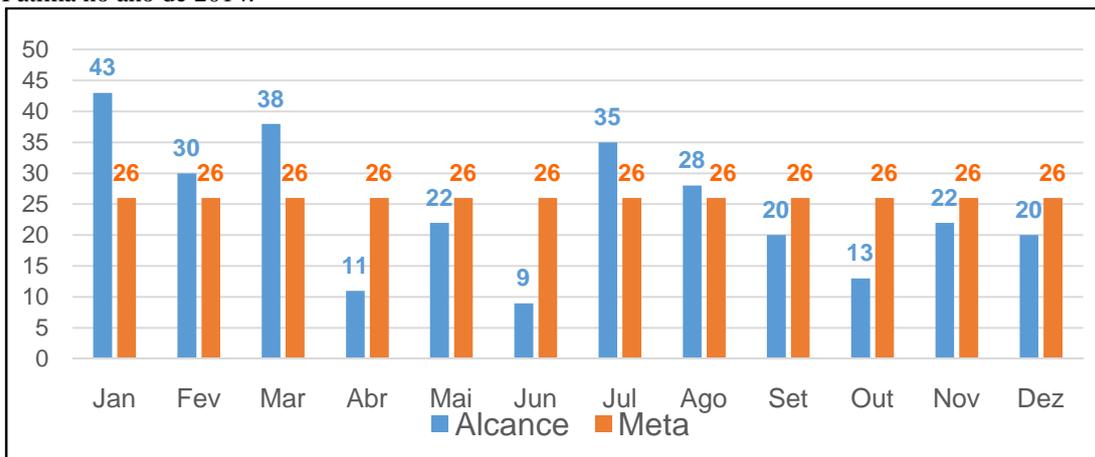
4.1.3 - Número de exames citopatológicos na faixa etária de 12 anos ou mais: a meta para o mês era de 26 citopatológicos realizados. Os citopatológicos são realizados pelo profissional enfermeiro, entretanto se faz necessário a captação pelos ACS das mulheres dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo de 25 a 64 anos. As demais idades o exame é realizado, entretanto não é contabilizada como meta. A meta anual para este indicador não foi alcançada.

Tabela 4 - Número de exames citopatológicos na faixa etária de 25 anos ou mais na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de exames citopatológico na faixa etária de 15 anos e mais	26	43	38	11	22	9	25	35	28	20	13	22	20	286	24

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico 3 - Número de exames citopatológicos na faixa etária de 25 anos ou mais na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

4.2 - Saúde da Criança

4.2.1 - Número de atendimentos de puericultura: este indicador avalia o número de atendimentos realizados para crianças de até 24º mês de vida, sendo que até o 12º mês, as consultas são realizadas mensalmente e a partir desta se realizam a cada 3 meses, as consultas

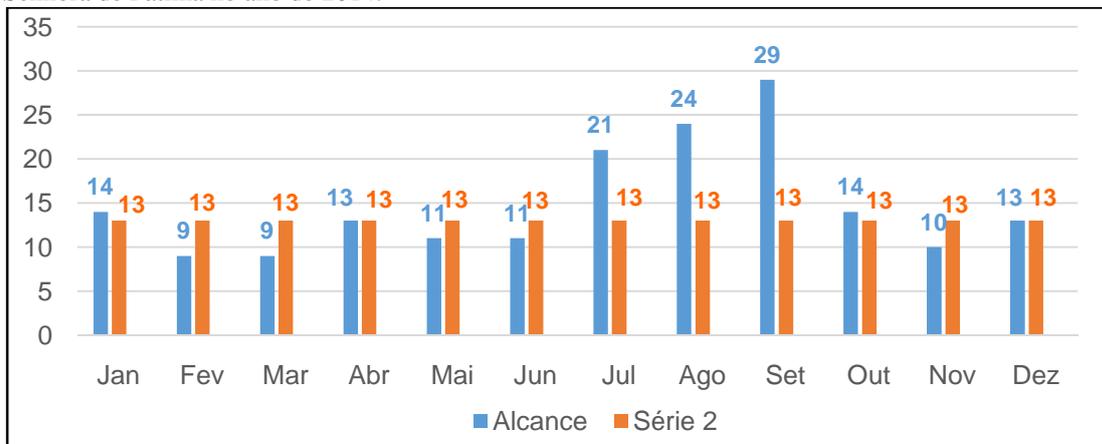
são realizadas pelo profissional enfermeiro ou o médico sendo as consultas intercaladas a cada profissional. O propósito é avaliar se o crescimento e desenvolvimento da criança estão adequados a sua idade. A meta para este indicador era de 13 consultas mês, não sendo superada em todos os meses, entretanto na média aritmética anual a mesma foi superada.

Tabela 5 - Número de atendimento de puericultura realizadas pelo médico e enfermeiro na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de atendimento de puericultura	13	14	9	9	13	11	11	21	24	29	14	10	13	178	15

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico 4 – Número de atendimentos de puericultura realizadas pelo médico e enfermeiro na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

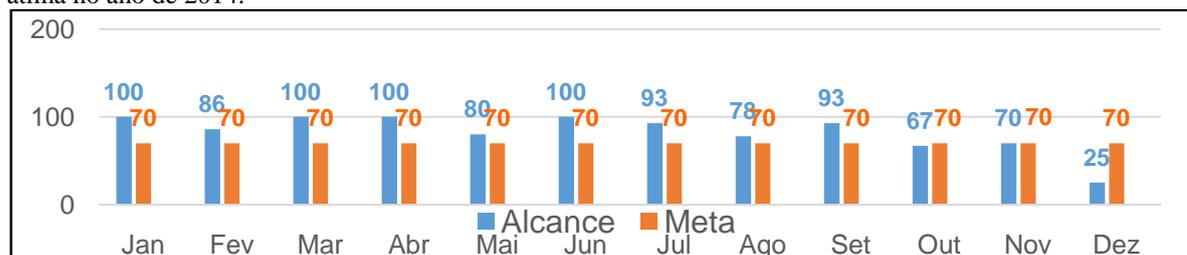
4.2.2 - Porcentagem de menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo: Este indicador reflete a educação em saúde aplicada a gestantes durante o Pré Natal, uma vez que a sensibilização se inicia neste período. O aleitamento materno exclusivo diminui o número de internações e evita a desnutrição da criança além de aumentar o vínculo entre mãe e filho. A meta estipulada era de 70 % das crianças menores de 4 meses em aleitamento materno. A meta somente não foi alcançada no mês de novembro, sendo a média anual superada.

Tabela 6 - Porcentagem de menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
% de menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	70%	100%	86%	100%	100%	80%	100%	93%	78%	93%	67%	70%	25%		81%

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico 5 - Porcentagem de menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

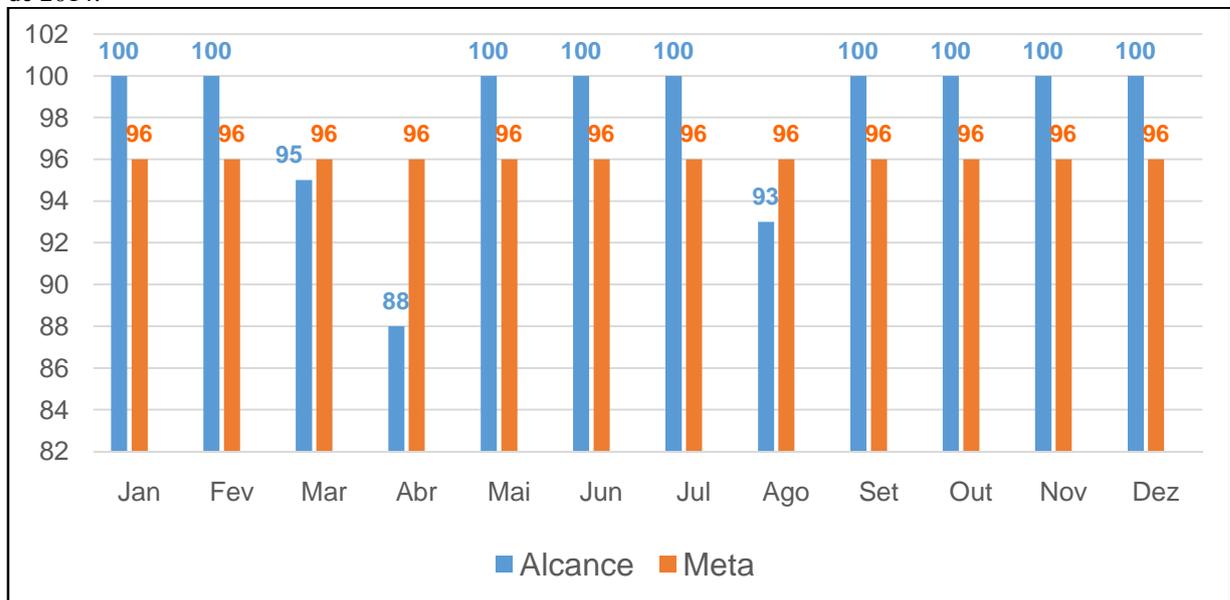
4.2.3 - Porcentagem de menores de 1 ano com vacinação em dia: a vacinação evita mortes e internações por causas sensíveis. A meta para este indicador era de 96 % em relação ao número de crianças cadastradas na ESF, não sendo a meta alcançada somente em 2 meses do ano de 2014. Na média anual houve superação da meta.

Tabela 7 - Porcentagem de menores de 1 ano com vacinação em dia na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
% de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	96%	100%	100%	95%	88%	100%	100%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	-	98%

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico 6 - Porcentagem de menores de 1 ano com vacinação em dia na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

4.3 – Condições Crônicas

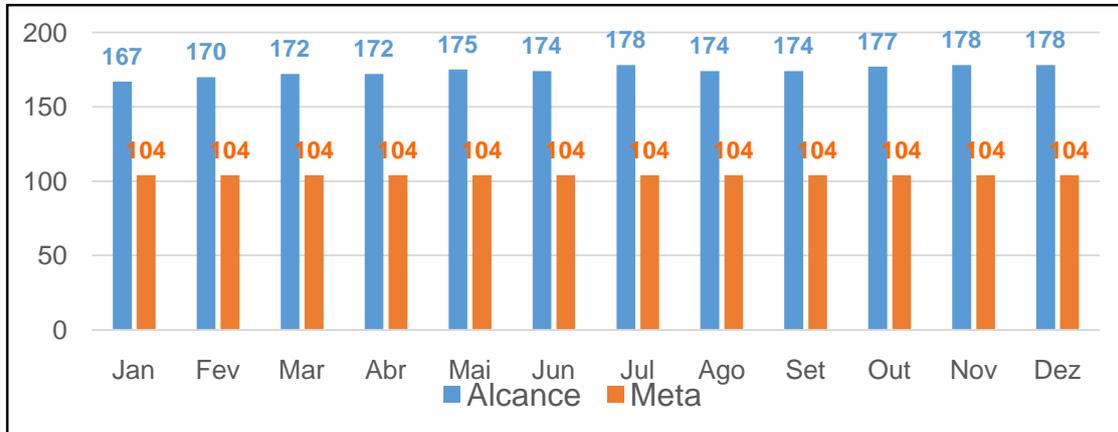
4.3.1 - Número de diabéticos cadastrados: este indicador avalia o número de diabéticos cadastrados dentro de uma área de abrangência da ESF. É de conhecimento do Ministério da Saúde que o número de diabéticos tem aumento significativamente em especial ocorrência devido ao estilo de vida, que ocasiona o diabetes mellitus tipo 2. Sendo assim este indicador avalia o quanto a ESF consegue evitar e prevenir agravos relacionados a obesidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes estima-se que cerca de 7,6% dos adultos entre 30 a 69 anos tenha diabetes tipo II. O cadastro direciona o planejamento das ações em relação ao atendimento desta população assim como prevenção de agravos por se tratar de uma doença crônica. O número de diabéticos cadastrados seguindo a estimativa da população do PSF Nossa Senhora de Fátima era de 104. A população assistida pela ESF é representada em sua maioria por idosos, população de maior vulnerabilidade para diabetes, sendo assim o número de cadastros foi superado em todos os meses.

Tabela 8 - Número de diabéticos cadastrados na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
nº de diabéticos cadastrados	104	167	170	172	172	175	174	178	174	174	177	178	178	-	174

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas,

Gráfico 7 - Número de diabéticos cadastrados na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

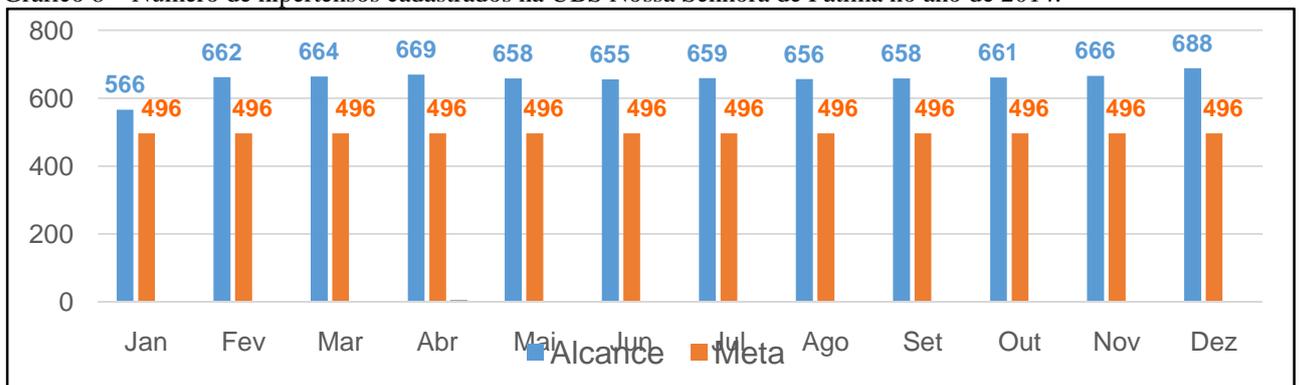
4.3.2 - Número de hipertensos cadastrados: este indicador avalia o número de hipertensos cadastrados dentro de uma área de abrangência da ESF, sabe-se que o número de hipertensos assim como o de diabéticos tem aumento significativamente em especial ocorrência devido ao estilo de vida. Sendo assim avalia o quanto a ESF consegue evitar e prevenir agravos relacionados a obesidade, e promover o envelhecimento saudável. A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que 14,2% da população acima de 65 anos apresenta níveis pressóricos elevados. O cadastro direciona o planejamento das ações em relação ao atendimento desta população assim como prevenção de agravos por se tratar de uma doença crônica. A média mensal estimada para cadastros era de 456 pessoas com hipertensão. A população assistida pela ESF é representada em sua maioria por idosos, população de vulnerabilidade para esta condição, por se tratar de uma área com grande número de idosos a meta foi superada em todos os meses.

Tabela 9 - Número de hipertensos cadastrados na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de hipertensos cadastrados	496	566	662	664	659	658	655	659	656	658	661	666	688	-	661

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico 8 - Número de hipertensos cadastrados na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

4.3.3 - Número de consultas médicas e de enfermagem ofertadas para diabéticos: A média de consultas ofertadas a diabéticos visa diminuir os agravos de saúde a esta população. Diabético que não mantém seus níveis glicêmicos controlados tem maior risco de evoluírem com doença renal crônica, amputação de membros além de deficiência visual. As consultas ofertadas são realizadas de maneira intercalada entre médico e enfermeiro da ESF. O número mensal de atendimentos estipulado seria de 26 consultas ao mês. Somente nos meses de janeiro e fevereiro a meta não foi alcançada. A média anual foi alcançada.

Tabela 10 – Número de consultas médicas e de enfermagem ofertadas a diabéticos na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de consultas para diabéticos	26	25	30	27	30	47	27	29	56	28	31	30	28	388	32

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

4.3.4 - Número de consultas médicas e de enfermagem ofertadas a hipertensos: A média de consultas ofertadas a hipertensos visa diminuir os agravos e a esta população. Hipertenso que não mantém seus níveis pressóricos controlados tem maior risco de evoluírem com doença renal crônica, isquemia cerebral, insuficiência vascular, além de infarto. As consultas ofertadas são realizadas de maneira intercalada entre médico e enfermeiro da ESF. A média mensal de atendimentos seria de 124 consultas ao mês. Somente nos meses de outubro e novembro a meta foi alcançada, por consequência a média anual não foi alcançada.

Tabela 11 – Número de consultas médicas e de enfermagem ofertadas a hipertensos na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de consultas para hipertensos	121	100	80	50	110	101	72	113	199	135	126	95	119	1300	108

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

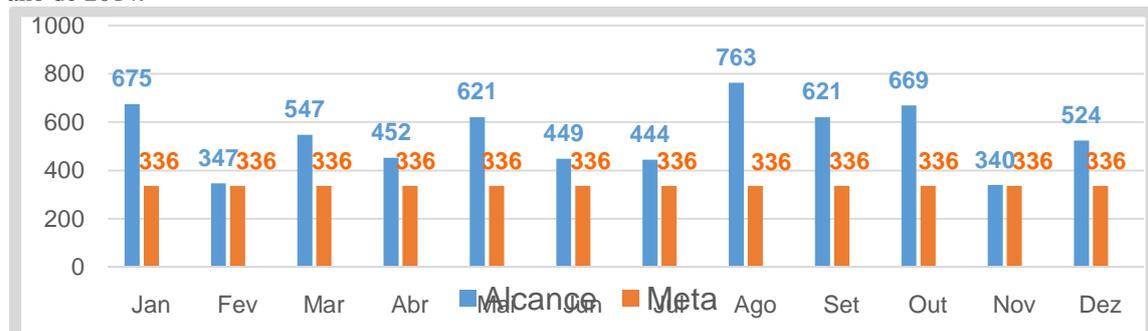
4.3.5 - Número de consultas médicas por habitantes: este indicador leva em consideração o número de consultas medica ofertadas pela ESF a sua população sem distinguir as linhas de cuidado de atenção. A média de consultas foi alcançada durante todos os meses do ano.

Tabela 12 – Número de consultas médicas mensais por habitantes realizadas na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de consultas médicas por habitante	336	675	369	547	452	621	449	444	753	621	669	348	524	5482	540

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

Gráfico9 - Número de consultas médicas mensais por habitantes realizadas na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

4.3.6 – Número de atendimentos realizadas pelo enfermeiro: o atendimento de enfermagem está inserido nas diversas linhas de cuidado da ESF. A meta para este indicador é de 201 atendimentos mensais. Para a ESF Nossa Senhora de Fátima somente no mês de março a meta não foi alcançada. O atendimento do enfermeiro somente não ultrapassou a média estipulada em 1 mês. Esses dados demonstram a importância deste profissional no desenvolvimento das ações da equipe na Estratégia saúde da Família para a manutenção correta dos processos de trabalho.

Tabela 13 - Número de atendimentos realizados pelo enfermeiro na UBS Nossa Senhora de Fátima no ano de 2014.

Indicador	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média
Nº de atendimento do enfermeiro	201	211	202	67	202	204	205	220	215	275	221	260	278	2558	213

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Pará de Minas.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Administração Pública Gerencial a contratualização se encontra dentro das principais ferramentas de organização do poder público uma vez que permite a interação entre gestores e colaboradores diminuindo entraves burocráticos e aumentando a eficiência dos serviços públicos. A contratualização constitui um instrumento eficiente e moderno. Compreende um acordo entre os atores da Administração Pública eficiente uma vez que determina o direcionamento das ações permitindo o planejamento adequado e a oferta de serviços com maior efetividade. Ela também permite em seu contexto um monitoramento adequado por ter determinado já em seu momento de contratualização os indicadores e o período de aplicação do mesmo, assim como permite a readequação, caso seja necessário, do planejamento. Nesta esfera a proposta é aperfeiçoar os processos de trabalho já utilizados permitindo assim a máxima exatidão nas atividades a serem contratualizadas.

Dentro deste contexto o presente trabalho analisou o PMAQ e sua efetividade em relação a sua implantação no município de Pará de Minas na ESF Nossa senhora de Fátima. As metas aplicadas ao presente trabalho estão relacionadas a meta de produção, uma vez que são relacionadas a vertente de alcance de índices adequados a prestação de serviços de saúde.

A contratualização também permite a contrapartida do apoio institucional responsabilizando as esferas públicas em relação a aplicação do desempenho. Para a implantação além da contratualização outras ferramentas também foram utilizadas tais como o planejamento estratégico, avaliação de condicionantes de desempenho e de qualidade da assistência prestada.

Os dados analisados contemplam as vertentes da saúde da mulher compreendendo o cuidado relacionado a gestante, e a prevenção do câncer de mama e de útero, saúde da criança, cuidado relacionado a doenças crônicas tais como hipertensão e diabetes. Todos com indicadores específicos a população assistida, assim como também são analisados indicadores de planejamento em relação ao cuidado continuado programado, as consultas agendadas e as consultas voltadas para as condições agudizadas.

Através da análise dos resultados percebemos que o sistema de contratualização com consequente bonificação da ESF no caso analisado, impulsiona a equipe a cumprir suas metas se tornado uma ferramenta eficiente da Administração Pública Gerencial em duas vertentes: nas questões de monitoramento e avaliação de desempenho.

Por meio dos resultados sugere um envolvimento da Equipe de saúde da família Nossa senhora de Fátima assim como uma integração da Gestão Municipal para alcance das metas, refletindo a premissa do PMAQ que é a inovação da corresponsabilização entre Administração Pública federal, estadual e municipal e seus colaboradores.

Os dados também refletem melhoria do acesso do usuário sendo, a assistência prestada nas UBS aumentada assim como a referência a Rede de Assistência a Saúde feita de maneira adequada. Neste contexto também a resolutividade local aos problemas de saúde aumenta. Indiretamente pode-se refletir um foco na organização dos processos de trabalho interno facilitado assim como um foco aumentando na necessidade do cidadão descrito a área de abrangência.

REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, Flávio Carneiro Guedes. **Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais**. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília CONASS, 2015. 127p.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, 27 de Fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS- SUS 01/02**. Brasília 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria e Edições Técnicas. **Ética, Direito e Administração Pública**. Brasília, 2007.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo estrutural de gerência pública. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 2, p. 391-410, 2008 .

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. **7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SET-2016)** / MALACHIAS M.V. et all- São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016

LEITE, Leonardo de Oliveira and REZENDE, Denis Alcides. **Modelo de gestão municipal baseado na utilização estratégica de recursos da tecnologia da informação para a gestão governamental: formatação do modelo e avaliação em um município**. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp.459-493. ISSN 0034-7612. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000200012>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Melhoria de Acesso a Saúde (PMAQ)**. Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal, Saúde da Família e NASF. Brasília, DF. 2013.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO (2009). **CONTRATOS DE GESTÃO NO GOVERNO FEDERAL**. Brasília, 12 de Maio de 2009

PEREIRA, José Matias. **Curso de administração Pública**. Foco nas Instituições e Ações Governamentais. São Paulo. Editora Atlas. 3º Edição. 2010.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção a Saúde do Adulto. Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte, 2013.



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção ao Pré Natal, Parto e Puerpério.** Belo Horizonte, 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília. UNESCO. Ministério da Saúde. 2002.