

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DA ESF DE ITAJAÍ

SELF-EVALUATION TO IMPROVE ACCESS AND QUALITY IN PRIMARY CARE: REPORT OF EXPERIENCE OF AN FHC TEAM IN ITAJAÍ

AUTOEVALUACIÓN PARA MEJORÍA DEL ACCESO Y DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN BÁSICA: EL RELATO DE EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE LA ESF DE ITAJAÍ

Maeyama, Marcos Aurélio¹

CéBella Cruz, Catarina²

Tomelin, Nayara Andressa³

Castro, Vítor Velho⁴

Candeia, Guilherme⁵

Piazza, Willian Franco⁶

Veiga, Mariana Vilela⁷

Campos, Viviane dos Santos⁸

Bueno, Jéssica Lüders⁹

Costa, Camila Bentes¹⁰

RESUMO: Com o objetivo de valorizar e qualificar a Atenção Básica, o Ministério da Saúde lança em 2012 o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que é constituído por processos de autoavaliação, monitoramento, avaliação externa, educação permanente e apoio institucional. Para a etapa de autoavaliação, é disponibilizado o instrumento denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ), que apresenta duas unidades de análise (gestão e equipe) com diversos padrões de qualidade para cada subdimensão avaliada. O objetivo deste trabalho foi relatar a etapa de autoavaliação de uma equipe de Saúde da Família.

1 Doutor. Docente da Universidade do Vale do Itajaí marcos.aurelio@univali.br

2 catarinabellacruz@gmail.com

3 nayaratomelin@hotmail.com

4 vitor_velho@hotmail.com

5 candeiaguilherme@outlook.com

6 willian.dm@outlook.com

7 marianavilelaveiga@gmail.com

8 enfa.vivicampos@gmail.com

9 Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina - jeluders@gmail.com

10 camilabencos@hotmail.com

Licença CC BY:

Artigo distribuído sob os termos Creative Commons, permite uso e distribuição irrestrita em qualquer meio desde que o autor credite a fonte original.



Dentre as subdimensões avaliadas, a “Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica”, a “Atenção Integral” e o “Programa Saúde na Escola”, obtiveram classificação “satisfatório”. O pior resultado obtido foi para a subdimensão “Participação, controle social e satisfação do usuário”, com classificação “muito insatisfatório”. Já a subdimensão “Organização do processo de trabalho”, obteve a classificação “muito satisfatório”. Somando a média de desempenho das subdimensões, a equipe obteve classificação geral “satisfatório”. Ainda que o resultado tenha sido positivo, a equipe pactuou a construção de uma matriz de intervenção para todos os padrões de qualidade que apresentassem fragilidade. O instrumento da AMAQ retrata diversos aspectos que envolvem o trabalho na AB, sendo um potente dispositivo de reflexão e indutor de mudanças para melhoria dos indicadores de saúde no território. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação é fundamental para que as equipes sistematicamente realizem reflexão sobre o próprio trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: In order to qualify and value primary care, the Ministry of Health launched, in 2012, the *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica* [Program to Improve Access and Quality in Primary Care] - PMAQ, which consists of processes of self-evaluation, monitoring, external evaluation, professional development, and institutional support. For the self-assessment stage, an instrument is provided known as the *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica* [Self-assessment for Improving Access and Quality in Primary] - AMAQ, which has two units of analysis (management and staff) with several quality standards for each subdimension evaluated. This study reports on the self-assessment of a Family Health team. Among the subdimensions evaluated, “Professional Development” and Qualification of the Primary Care teams”, “Integral Health Care” and “Health Program in School”, achieved a score of “satisfactory”. The poorest score was obtained was for the sub-dimension “Participation, Social control and User Satisfaction”, with a score of “very unsatisfactory”. However, the subdimension “Organization of the work process” obtained a score of “very satisfactory”. Totalling the average performance of the sub-dimensions, the overall score of the team was “satisfactory”. Although this result was positive, the team agreed to construct an intervention matrix for all the quality standards that still need improvement. The AMAQ instrument portrays various aspects involved in the work of Primary Care, and is a powerful tool for prompting reflection and inducing change, to improve the country’s health indicators. Thus, the institutionalization of evaluation is fundamental for enabling the teams to systematically reflect on their work.

KEYWORDS: Health Evaluation. Primary Health Care. Unified Health System.

RESUMEN: Con el objetivo de valorar y calificar la Atención Básica, el Ministerio de Salud lanza en 2012 el Programa de Mejoría del Acceso y de Calidad en la Atención Básica (PMAQ), que es constituido por procesos de autoevaluación, monitoreo, evaluación externa, educación permanente y apoyo institucional. Para la etapa de autoevaluación, es disponible el instrumento denominado Autoevaluación para Mejoría del Acceso y de Calidad en la Atención Básica (AMAQ), que presenta dos unidades de análisis (gestión y equipo) con diversos padrones de calidad para cada subdimensión evaluada. El objetivo de este trabajo fue relatar la etapa de autoevaluación de un equipo de Salud de Familia. Entre las subdimensiones evaluadas, la “Educación Permanente y Calificación de los Equipos de Atención Básica”, la “Atención Integral” y el “Programa Salud en la Escuela”, obtuvieron clasificación “satisfactoria”. El peor resultado obtenido fue para la subdimensión “Participación, control social y satisfacción del usuario”, con clasificación “muy insatisfactoria”. Ya la subdimensión “Organización del proceso de trabajo”, obtuvo la clasificación “muy satisfactoria”. Sumando el promedio de desempeño de las subdimensiones, el equipo obtuvo clasificación general “satisfactorio”. Aún que el resultado haya sido positivo, el equipo pactuó la construcción de una base de intervención para todos los padrones de calidad que presentaron fragilidad. El instrumento de la AMAQ retrata diversos aspectos que envuelven el trabajo en la AB, siendo un potente dispositivo de reflexión e inductor de cambios para la mejoría de los indicadores de salud en el territorio. En este sentido, la institucionalización de la evaluación es fundamental para que los equipos sistemáticamente realicen reflexión sobre el propio trabajo.



PALABRAS CLAVE: Evaluación en Salud. Atención Básica. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), desde sua criação em 1994, sob a designação Programa Saúde da Família (PSF), teve importante repercussão na melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, especialmente no período entre 1998 a 2006, em que a cobertura populacional do programa saltou de 7% para 46% (BRASIL, 2006).

Apesar da melhoria significativa dos indicadores de saúde, o desenvolvimento da AB no Brasil não se deu de maneira uniforme e homogênea, com grandes diferenças na organização do processo de trabalho, algumas com caráter seletivo de ações e outras focadas majoritariamente na assistência médica, ainda distante para que ela se consolide como porta de entrada preferencial e resolutiveira do sistema de saúde e ordenadora da rede de atenção (MENDES, 2012).

Neste cenário, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) foi criado como uma das iniciativas do Ministério da Saúde (MS), para valorizar e qualificar a AB por meio da institucionalização da avaliação (BRASIL, 2012).

Para tanto, o PMAQ lança mão especialmente da inovação e da qualificação da gestão da AB por meio do fortalecimento dos processos de autoavaliação, monitoramento, avaliação externa, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012). O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo para melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização (BRASIL, 2012).

Na etapa de desenvolvimento, ocorre o processo de autoavaliação, tanto no âmbito da gestão e coordenação quanto no âmbito das equipes de Atenção Básica, como mecanismo disparador de reflexão sobre a organização do processo de trabalho em conformidade com os princípios da AB, tendo em vista a melhoria do acesso e da qualidade, com a participação de todos os atores, também tendo como referência os padrões de qualidade disponibilizados no instrumento denominado autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2013). O objetivo deste trabalho foi relatar a etapa de autoavaliação (AMAQ) do PMAQ da equipe Portal II do município de Itajaí, como forma de socialização e reflexão de outras equipes.

METODOLOGIA

A AMAQ contém duas unidades de análise, que considera as competências da gestão e da equipe; esta última, objeto deste relato. O conjunto de padrões de qualidade apresenta relação direta com as práticas e as competências estabelecidas para a AB, expressando as expectativas e os desejos a serem alcançados (BRASIL, 2017). A avaliação dos padrões de qualidade se dá por meio de escala numérica de pontuação, variando de 0 a 10 pontos para cada padrão estabelecido, de acordo com o grau de adequação das práticas apresentadas pela equipe, sendo que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 corresponde à total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus intermediários de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada (BRASIL, 2017). A dimensão da equipe de AB apresenta 5 subdimensões com seus respectivos padrões de qualidade: Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica (3 padrões); Organização do processo de trabalho (14 padrões); Atenção integral

à saúde (35 padrões); Participação, controle social e satisfação do usuário (4 padrões); e Programa Saúde na Escola (6 padrões).

Após responder ao instrumento, a equipe poderá conhecer a classificação correspondente para cada subdimensão pela média aritmética da soma de cada padrão de qualidade da referida subdimensão, com cinco categorias possíveis: muito insatisfatório (1), insatisfatório (2), regular (3), satisfatório (4) e muito satisfatório (5). A classificação da dimensão se dá pela média aritmética simples de todas as subdimensões. Essa categorização permite que as equipes identifiquem com maior facilidade os desafios ou os problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2017). O instrumento foi respondido por todos os membros da equipe, incluindo Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Recepcionistas, Médica e Enfermeira. Na etapa de discussão da matriz de intervenção, além dos membros da equipe, participaram acadêmicos do Curso de Medicina, os quais realizam atividades de integração ensino-serviço-comunidade na disciplina de Saúde Coletiva e do PET GraduaSUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na subdimensão “Educação Permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica”, a equipe obteve um total de 20 pontos, em 30 pontos possíveis, obtendo classificação “satisfatório”. Na subdimensão “Organização do processo de trabalho”, a equipe obteve o melhor desempenho, num total de 134 pontos, em 140 possíveis, com classificação “muito satisfatório”. Na subdimensão “Atenção Integral”, a equipe obteve classificação “satisfatório”, com 276 pontos, em 340 possíveis. O pior desempenho apresentado foi na subdimensão “Participação, controle social e satisfação do usuário”, na qual a equipe totalizou 9 pontos, em 40 possíveis, ficando com classificação “insatisfatório”. E, por fim, na subdimensão “Programa Saúde na Escola”, a equipe também obteve classificação “satisfatório”, com 44 pontos, em 60 possíveis.

Somando a média de desempenho das subdimensões, a equipe obteve uma média de 3,8 pontos, com classificação geral atribuída como “satisfatório” (BRASIL, 2017). Ainda que o resultado geral tenha se apresentado como satisfatório, a equipe pactuou que todos os padrões de qualidade que se apresentassem iguais ou inferiores a nota 7 seriam discutidos para construção de matriz de intervenção. Na subdimensão “Educação Permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica”, as maiores fragilidades encontradas foram a não utilização dos dispositivos de educação permanente e apoio matricial a distância e a falta de participação de alguns membros em cursos de atualização e qualificação. As principais estratégias elencadas para melhoria dos padrões foi maior participação em cursos de capacitação, utilizando principalmente as tecnologias virtuais como o Telessaúde; e apoio formal da gestão para participação, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Matriz de intervenção da subdimensão “Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica”

Descrição da situação problema	Estratégias para superação
Falta de participação de algumas categorias profissionais em atividades de educação permanente.	Solicitação formal para a gestão municipal de apoio para participação em atividades de educação permanente, com construção de calendário de atividades e organização do processo de trabalho, que estimulem a participação.



A equipe não utiliza dispositivos de educação permanente e apoio matricial a distância.	Apresentação dos recursos educacionais a distância como Telessaúde, ARES, Comunidade de Práticas e AvaSUS, e cadastramento de todos os membros nas plataformas, e estímulo à participação coletiva nas atividades para engajamento de toda a equipe.
---	--

A educação permanente se apresenta como atribuição da equipe, descrita na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b). A utilização de recursos educacionais disponíveis em plataformas virtuais facilita a utilização orientada para a necessidade, o que de fato caracteriza a educação permanente, tornando de fato o aprendizado significativo (PAULINO *et al.*, 2012) e potencialmente gerador de mudanças no processo de trabalho.

A subdimensão “Organização do processo de trabalho” apresentou apenas fragilidade no padrão de qualidade relacionado ao planejamento de ações com base no diagnóstico situacional com envolvimento da comunidade. Ainda que a equipe realize o planejamento de ações, ele é feito sem a participação da comunidade. Como estratégia para superação da fragilidade, foi proposto o estímulo da participação popular, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Matriz de intervenção da subdimensão “Organização do processo de trabalho”

Descrição da situação problema	Estratégias para superação
Falta de participação da comunidade no planejamento das ações da equipe.	Estímulo à criação de um conselho local de saúde e de instrumento de pesquisa de satisfação do usuário, como forma de participação social no processo de diagnóstico situacional e de planejamento das ações da equipe.

A lógica biomédica de formação, além de priorizar as ações curativistas, sempre partiu de protocolos clínicos rígidos que orientavam a prática profissional (BRASIL, 2009). Essa lógica de abordagem, que valorizava apenas o saber científico, reduziu a participação e a voz do usuário nos processos decisórios da saúde individual e coletiva, tornando as ações muitas vezes descontextualizadas da realidade, sem atender às necessidades das pessoas. A Atenção Básica, que trabalha com a lógica de território definido, tem como atributo a orientação comunitária, que prevê uma prática contextualizada à realidade local e às necessidades desta comunidade, o que só é possível com a participação das pessoas (STARFIELD, 2002).

A subdimensão “Atenção Integral” foi a que apresentou a maior quantidade de padrões de qualidade com nota igual ou menor que 7, explicada pelo fato de conter maior quantidade de padrões de qualidade. As fragilidades identificadas pela equipe apareceram nos diversos ciclos de vida, tais como: acompanhamento de crianças entre 2 e 9 anos de idade; alimentação infantil; planejamento familiar; atenção aos adolescentes e ao público masculino; acompanhamento de pessoas com problemas crônicos e fragilidades na oferta de ações voltadas para vigilância ambiental; promoção de ambientes saudáveis; e grupos terapêuticos.

As propostas englobaram a ampliação da busca ativa para o acompanhamento de crianças em situação de risco ou vulnerabilidade entre 2 e 9 anos de idade; envolvimento de toda a equipe na promoção da alimentação saudável; melhoria da oferta e ampliação do acesso às ações de planejamento familiar; ampliação de ações e facilitação do acesso para o público adolescente e masculino; melhoria no registro das informações de pessoas com problemas crônicos, para melhor acompanhamento; implementação de grupo de apoio para pessoas que fazem uso do tabaco e outros



grupos de educação em saúde; ampliação de ações de vigilância ambiental; e ações de promoção de ambientes saudáveis, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Matriz de intervenção da subdimensão “Atenção integral”

Descrição da situação problema	Estratégias para superação
Falta de acompanhamento sistemático das crianças entre 2 e 9 anos de idade.	A partir de dados do cadastramento das famílias, realizar levantamento de todas as crianças da faixa etária, realizar busca ativa para avaliação e posterior monitoramento de todas as crianças, em especial das que se apresentarem em situação de risco ou vulnerabilidade.
Falta de conhecimento de alguns membros da equipe na orientação de alimentação adequada para crianças.	Discussão nas reuniões de equipe sobre aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentação complementar saudável, para que todos os membros da equipe possam dar as mesmas informações e auxiliem no apoio às gestantes, às mães e aos cuidadores.
Baixa oferta de ações de planejamento familiar.	Qualificação dos ACS para orientação e busca ativa de oferta de ações de planejamento familiar e organização de atividades coletivas educativas que promovam e discutam o tema.
Ausência de ações voltada para o público adolescente e masculino.	Realização de atividades em espaços coletivos, como escolas e empresas, para promoção da necessidade de cuidados em saúde, independente da presença de doenças e apresentação das atividades ofertadas na UBS.
Falta de registro completo das pessoas do território que possuem problemas crônicos em virtude da migração de sistema de informação.	Revisão de todos os cadastramentos para identificação das pessoas com problemas crônicos, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crônica, hanseníase, uso de medicamentos controlados e registro em ficha (semelhante à extinta “ficha B” do antigo Sistema de Informação da Atenção Básica para acompanhamento longitudinal).
Falta de oferta de ações regulares para pessoas que usam tabaco.	Criação de grupo de apoio para pessoas que fazem uso do tabaco e qualificação dos profissionais de nível superior da equipe para o manejo clínico do tabagismo.
Falta de ações voltadas para vigilância em saúde ambiental.	Discussão na reunião de equipe sobre aspectos da vigilância ambiental e sobre a relação com a saúde, afim de desenvolver ações de educação em saúde de forma permanente no território. Articulação com os Agentes de Endemia para combate a focos de vetores.
Ausência de ações voltadas para a promoção de ambientes saudáveis.	Discussão com a comunidade para importância da coleta seletiva de lixo, pois apesar de haver coleta seletiva, a população, de modo geral, não separa corretamente o lixo.



Falta de oferta de grupos terapêuticos para a população.	Organização de grupos terapêuticos voltados para gestantes, pessoas com problemas crônicos, tabagismo e sexualidade, os quais serão definidos a partir da característica populacional e do perfil epidemiológico.
--	---

Ainda que as estratégias apresentadas nessa subdimensão tenham englobado uma gama extensa de atividades, as soluções propostas apresentam uma relação direta com os atributos da Atenção Básica. O cadastramento e o acompanhamento das pessoas e famílias do território fazem parte da atribuição da equipe de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), e vai ao encontro da longitudinalidade, que prevê a responsabilidade da equipe pelo acompanhamento das pessoas ao longo da vida, independente da presença de doenças (STARFIELD, 2002). Além disso, as ações coletivas e educativas propostas extrapolam a lógica curativista para uma abordagem mais integral, que além de responder ao princípio da integralidade, também pode ser considerada como forma de coordenar o cuidado das pessoas (STARFIELD, 2002).

A subdimensão “Participação, controle social e satisfação do usuário”, proporcionalmente, foi a que mais apresentou fragilidades, pois de forma geral a equipe não possuiu mecanismos formais de escuta da população. As estratégias sugeridas foram de maior participação da equipe nas discussões dos problemas sociais do território, maior democratização no processo de comunicação e decisão sobre as ações de saúde no território, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Matriz de intervenção da subdimensão “Participação, controle social e satisfação do usuário”

Descrição da situação problema	Estratégias para superação
A equipe não se reúne com a comunidade para discussão dos problemas locais de saúde e planejamento de ações.	Estímulo à criação do Conselho Local de Saúde e articulação com a Associação de Moradores do Bairro, Creche e Escola Municipal para abertura de espaços de discussão coletiva sobre os problemas locais de saúde e necessidades assistenciais.
Falta da disponibilização de canais permanentes de comunicação com os usuários.	Além da criação do Conselho Local de Saúde, propiciar a comunicação do usuário com a equipe por meio de urna de críticas e sugestões, como forma de ampliar a escuta sem filtros, uma vez que não há identificação das pessoas.
Ausência de informações sobre o funcionamento da UBS.	Solicitação à secretaria municipal de saúde para criação de mural informativo na recepção da UBS para disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS, as ações e os serviços ofertados para a população.

A participação social, mais que um princípio do SUS, deve ser considerada como um dispositivo para melhor entender os problemas, sejam eles individuais ou coletivos, pois “escutando” mais, a probabilidade de acerto no diagnóstico, o planejamento e a execução de ações em saúde aumentam consideravelmente (MAEYAMA *et al.*, 2016), bem como a satisfação da população local. Os conselhos de saúde têm sido considerados como a forma mais ampla de democracia participativa (MAGNAGNAGNO; DOMBROWKI, 2011), porém outras formas que ampliem o diálogo entre equipe e comunidade devem ser criadas como forma de empoderamento e participação social (MAEYAMA *et al.*, 2016).

E, por fim, na subdimensão “Programa Saúde na Escola”, apesar de a equipe realizar atividades de acompanhamento na creche localizada no território, o Programa Saúde na Escola não foi discutido no âmbito da equipe. Além disso, não há grupo de trabalho intersetorial no município, conforme recomenda o padrão de qualidade. As ações propostas incluem a qualificação de todos os membros da equipe acerca do Programa Saúde na Escola e a busca por informações para o trabalho intersetorial, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Matriz de intervenção da subdimensão “Programa Saúde na Escola”

Descrição da situação problema	Estratégias para superação
A equipe não discute temas relacionados ao Programa Saúde na Escola.	Discussão na reunião de equipe sobre o Programa Saúde na Escola e identificação de possibilidades de realização de ações na creche e na escola municipal próxima à UBS.
A equipe não tem conhecimento sobre a existência de grupo de trabalho intersetorial no município.	Discussão com os coordenadores da Atenção Básica no município para conhecimento do grupo de trabalho e apresentação sobre seu funcionamento e objetivos.

A intersetorialidade é um importante instrumento para a atenção integral, uma vez que a resolução dos problemas de saúde extrapola o setor saúde (MAEYAMA *et al.*, 2015). Mais do que estar na escola realizando ações sanitárias, é preciso compreender como outros setores (e não somente a educação) interferem na saúde das comunidades e, desta forma, planejar ações que revertam em melhor qualidade de vida e saúde (OPAS, 2006). Porém, a educação é um setor extremamente importante na produção do processo saúde-doença e, por esse motivo, a articulação intersetorial destes setores se torna tão importante.

Os processos avaliativos, em especial a autoavaliação, podem ser entendidos como importantes dispositivos de reorganização do processo de trabalho das equipes. A autoavaliação propicia que os atores avancem na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

A ressalva é quanto à motivação de adesão aos processos avaliativos. A AMAQ faz parte de um processo avaliativo externo (PMAQ), que bonifica financeiramente as equipes participantes de acordo com seu desempenho, cuja referência são os padrões de qualidade descritos no programa (BRASIL, 2017).

A motivação da equipe não deve ter apenas a preocupação com a visita externa de avaliação, mas principalmente ter como referência a melhoria dos indicadores de saúde (MAEYAMA *et al.*, 2016b). Essa observação é importante, pois é possível a adequação de uma série de padrões de qualidade, com planejamento e execução de ações, que servem como comprovação para a avaliação externa, mas os quais podem estar desconectados da realidade e das necessidades da população local, sem impacto positivo nos indicadores de saúde.

Nesse sentido, o planejamento de ações deve partir da realidade e das necessidades locais, ter como referência a melhoria dos indicadores de saúde, mediados ainda pelos atributos da Atenção Básica (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) (STARFIELD, 2002), que de fato conferem qualidade às ações na Atenção Básica.



Desta forma, a sensibilização e a qualificação da equipe são condições *sine qua non* para que o processo de autoavaliação e o de mudanças, de fato, confirmem melhoria e qualidade no processo de trabalho (MAEYAMA *et al.*, 2016b).

A clareza quanto aos objetivos sanitários modifica todo o processo autoavaliativo, pois a equipe passa a entender que os padrões de qualidade estão relacionados com a melhoria dos indicadores sanitários e, conseqüentemente, as intervenções planejadas ganham mais sentido.

Além disso, é importante que os processos avaliativos e autoavaliativos sejam considerados processuais e dinâmicos, e que não tenham períodos rígidos de diagnóstico, planejamento e intervenção, pois a vida sanitária do território muda constantemente, com novas demandas e necessidades que aparecem ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica carrega consigo a responsabilidade de construção de novas práticas de saúde que superem o modelo biomédico hegemônico.

O instrumento da AMAQ retrata diversos aspectos que envolvem o trabalho na AB, sendo um potente dispositivo de reflexão e indutor de mudanças no âmbito da equipe para melhoria dos indicadores de saúde no território, com padrões de qualidade que respondem aos princípios da Atenção Básica.

O fato é que a ausência de instrumento avaliativo ou autoavaliativo fica dormente frente às necessidades que muitas vezes acabam não sendo explicitadas pela população e, também, não geram reflexão e ação por parte da equipe. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação é fundamental para que as equipes sistematicamente realizem reflexão sobre o próprio trabalho.

Ainda que os instrumentos avaliativos com seus padrões de qualidade partam de saberes estruturados (tecnologia leve-dura), a orientação pelos atributos da Atenção Básica torna as equipes mais capazes de realizar as ações baseadas em práticas de cuidado (tecnologia leve), portanto mais adequadas às necessidades individuais e coletivas da população.

Ademais, a integração ensino-serviço-comunidade nestas atividades permite não só a mudança em serviço (educação permanente), como o próprio aprendizado crítico e reflexivo sobre o trabalho na Atenção Básica, desejado pelos cursos de graduação, propiciando, assim, uma formação mais adequada para as necessidades do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

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, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.



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, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)** – Material de apoio para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Participação Social na Saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 3, n. 2, p. 23-36, 2016.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Promoção da Saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, p. 129-143, 2015.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Refletindo sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). **Revista Catarinense de Saúde da Família**, n. 6 v. 13, p. 117-125, 2016b.

MAGNAGNAGNO, J.K.; DOMBROWSKI, O. A legitimidade da representação na democracia participativa. **Anais do Seminário nacional da pós-graduação em ciências sociais**. Vitória, v.1, n.1, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Bangkok**. Bangkok, 2006.

PAULINO, Valquiria Coelho Pina *et al.* Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem**, UERJ, v. 20, n. 3, p.312-6, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.