

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO CEARÁ

Self-evaluation to improve access and quality of Primary Care in a municipality in the interior of Ceará

Ana Suelen Pedroza Cavalcante¹, Marcos Aguiar Ribeiro², Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque³, Maristela Inês Osawa Vasconcelos⁴, Raimundo Faustino de Sales Filho⁵, Diógenes Farias Gomes⁶

RESUMO

A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica constitui-se como uma forma de discutir e identificar com os próprios atores do processo de cuidado as fragilidades do cotidiano da Atenção Básica e, a partir de então, subsidiar a tomada de decisão, de forma a permitir a corresponsabilidade da gestão da Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizada em um município do interior do Ceará. A partir da autoavaliação, foram indicadas fragilidades, no que concerne aos aspectos relacionados à gestão do trabalho, à infraestrutura e equipamentos, à organização do processo de trabalho, à atenção integral à saúde e à participação social e satisfação do usuário. Assim, as intervenções tiveram como eixos norteadores a Educação Permanente e a articulação/diálogo com a comunidade e entre os trabalhadores. Nesse sentido, a autoavaliação constitui-se como um meio e processo potente de transformação das práticas de atenção à saúde das famílias, uma vez que a equipe de saúde reflete a realidade dos serviços e ações, por meio de padrões de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Autoavaliação; Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Self-Assessment for Improving Access and Quality of Primary Care constitutes a way of discussing and identifying, with the caregivers themselves, the weaknesses of the Primary Care daily routine and thus aid decision-making, in order to allow co-responsibility for Primary Care management. This is a descriptive study with a qualitative approach carried out in a municipality in the interior of Ceará. From the self-assessment, weaknesses were identified regarding aspects related to work management, infrastructure and equipment, work process organization, integral health care, and user social participation and satisfaction. Thus, the interventions were based on continuing education and the bonding/dialogue with the community and among the workers. In this way, self-assessment is a powerful means and process for transforming family health care practices, since the health team reflects the reality of the services to actions through quality standards.

KEYWORDS: Primary Health Care; Self-assessment; Health Evaluation; Health Management.

¹ Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. E-mail: anasuelen15@hotmail.com.

² Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

³ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

⁴ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

⁵ Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

⁶ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica surge como um meio e processo de reorientação do modelo assistencial, que busca superar a atenção centrada na doença, baseando-se em um trabalho humanizado, dinâmico e integral de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com enfoque na família e na comunidade.¹

Dessa forma, busca-se executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados, de maneira a garantir o acesso e a qualidade da atenção em saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse ínterim, diversos esforços foram empreendidos na perspectiva de efetivar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no Brasil.^{1,2}

Assim, o Ministério da Saúde, a partir do Departamento de Atenção Básica, (DAB) formulou um conjunto de iniciativas denominado “Saúde Mais perto de Você”, que tem objetivo de cuidar da população no ambiente em que está inserida. Dentre essas iniciativas estão incluídos a Estratégia Saúde da Família (Política Nacional de Atenção Básica), o Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); o Programa Telessaúde Brasil Redes; as Equipes de Consultórios na Rua; o Programa Saúde na Escola (PSE); o Projeto de Expansão e a Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), entre outros.³

Nessa perspectiva, dentre as iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica, 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, produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS.⁴

O PMAQ concebe a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central, para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS. Nesse contexto, a autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das

dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Dessa forma, a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) busca facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços, a partir da produção de sentidos e significados.^{2,4,5}

O AMAQ-AB é um instrumento de autoavaliação, sendo usado como documento-base para a segunda fase do PMAQ. O AMAQ-AB tem como uma de suas diretrizes refletir padrões de qualidade, que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica.⁶

Nessa perspectiva, faz-se necessário conhecer o processo de autoavaliação realizado pelas equipes da Atenção Básica, de forma a reconhecer os fatores facilitadores e restritivos e, assim, possibilitar a efetivação do AMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do cuidado em saúde.

Assim, tem-se como objetivo descrever o processo de autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (AMAQ-AB), em um município do interior do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, sob abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Estado do Ceará que aderiu ao PMAQ-AB.

Os participantes do estudo foram os profissionais, que compõem a referida UBS, a saber: Enfermeiros, Gerente, Médicos, Dentistas, Técnico de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicos de Enfermagem. Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB).⁶ Foram realizados três momentos de discussão para o preenchimento do instrumento. Posteriormente, em dois momentos foram discutidas as propostas que compuseram o plano de intervenção com seus respectivos responsáveis.

A autoavaliação foi realizada, a partir de duas unidades de análise, Gestão que se subdivide em três dimensões, a saber: Gestão Municipal, Gestão da Atenção Básica e Unidade Básica de Saúde e, na unidade de análise “Equipe,” cuja dimensão é Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. Vale ressaltar que o instrumento é intrinsecamente ligado ao conceito de qualidade em saúde, definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas.⁶

Este estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú,

com número de parecer: 1.450.337, sendo orientado, a partir da Resolução de N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, em que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais

básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.⁷

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da avaliação dos padrões, foi possível conhecer a classificação de cada dimensão e subdimensão, a partir das seguintes categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório.

Cada subdimensão representa um total de pontos que varia, de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo a estes atribuídos 10 pontos. A classificação desse nível de qualidade é realizada, por meio do cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total

de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala definida, a partir das referidas categorias. Já a classificação da dimensão consiste na média das avaliações de suas subdimensões, resultando em pontuação que varia entre 1 e 5.⁶

Nesse sentido, foi elaborado, a partir da estrutura proposta pelo AMAQ-AB, o Quadro 1, que possibilita a identificação das fragilidades da Unidade Básica de Saúde e instiga os profissionais que compõem a equipe a refletirem sobre os possíveis caminhos para a resolução, por meio da responsabilização.

Quadro 1 - Autoavaliação da AMAQ-AB de um município do interior do Ceará. Ceará, 2016.

| Unidade de Análise | Dimensão | Subdimensão | Classificação da subdimensão | Classificação da dimensão |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--|---------------------------|
| Gestão | Gestão Municipal | Implantação da Política e Implementação da Atenção Básica no Município | Satisfatório | Regular |
| | | Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde | Satisfatório | |
| | | Gestão do Trabalho | Insatisfatório | |
| | | Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário | Satisfatório | |
| | Gestão da Atenção Básica | Apoio Institucional | Muito satisfatório | Regular |
| | | Educação Permanente | Satisfatório | |
| | | Gestão do Monitoramento e Avaliação | Satisfatório | |
| | Unidade Básica de Saúde | Infraestrutura e Equipamentos | Insatisfatório | Insatisfatório |
| | | Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos | Regular | |
| | Equipe | Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde | Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica | Satisfatório |
| Organização do Processo de Trabalho | | | Satisfatório | |
| Atenção Integral à Saúde | | | Satisfatório | |

| Unidade de Análise | Dimensão | Subdimensão | Classificação da subdimensão | Classificação da dimensão |
|--------------------|---|---|------------------------------|---------------------------|
| Equipe | Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde | Participação Social e Satisfação do Usuário | Regular | Satisfatório |
| | | Programa Saúde na Escola | Muito satisfatório | |

Fonte: dados da pesquisa.

A autoavaliação é um estímulo para o processo de mudança, constituindo-se em um dispositivo de reorganização da equipe e da gestão da atenção básica, em que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas e na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e de seus processos de trabalho.⁶ Nessa perspectiva, foram elencados pelos profissionais alguns aspectos, a partir da autoavaliação, que precisam ser melhorados. Foi sistematizada, então, pelos mesmos, algumas estratégias que compõem o plano de intervenção para cada fragilidade identificada.

Em relação à subdimensão gestão do trabalho classificou-se como insatisfatório, uma vez que a gestão municipal de saúde não possui programa de incentivo financeiro para as equipes de atenção básica, que apresentam desempenho compatível com metas e resultados esperados. Também não garante aos trabalhadores da atenção básica plano de carreiras, cargos e salários e não garante suficientemente atenção integral à saúde do trabalhador da atenção básica.

A garantia de um plano de cargos, carreiras e salários e de incentivos visa à garantia da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional, de forma a associar a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação.⁸ É necessário também que a Atenção Básica seja capaz de prover atenção integral à saúde dos trabalhadores, a partir do reconhecimento da contribuição do trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença dos indivíduos, sendo necessária a articulação entre diversos saberes, práticas e responsabilidades, da atuação inter e transdisciplinar e de sólida articulação intra e intersetorial.⁹

As intervenções propostas para esses desafios abordavam sempre a sensibilização dos gestores, para o reconhecimento da importância da adoção desses benefícios como uma forma de melhorar a qualidade de vida do trabalhador e de incentivá-lo a planejar e executar tais iniciativas. Nesse sentido, os profissionais da saúde foram corresponsabilizados a marcarem reuniões com gestores

para discutirem sobre o assunto.

No que se refere à subdimensão, infraestrutura e equipamentos da Unidade Básica de Saúde, os trabalhadores classificaram como insatisfatória, elencando as principais dificuldades encontradas. Os profissionais consideraram que a infraestrutura física e equipamentos da UBS estão inadequados para o desenvolvimento das ações básicas de saúde e para o acolhimento dos usuários, não dispondo de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitam o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade.

Além disso, a infraestrutura, equipamentos e instrumentais odontológicos estão insuficientes, de modo que não permitem o desenvolvimento das ações de saúde bucal de maneira concomitante e integrada com o técnico de saúde bucal, segundo os profissionais.

O planejamento dos serviços de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais não é realizado de forma regular e sistemática e não há disponíveis materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento, nos casos de urgência e emergência. Os profissionais consideraram ainda a inadequação da infraestrutura para o atendimento de pessoas com deficiência, analfabetos e idosos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a estrutura mínima da Unidade Básica de Saúde deve conter: consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica. Além disso, prevê que deve realizar a manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos.¹

A subdimensão de insumos, imunobiológicos e medicamentos foi classificada como regular devido ao fato de que a UBS não dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência. Vale ressaltar ainda que a disponibilidade de equipamentos de proteção individual é realizada de forma regular e insuficiente para suprir a demanda.

A manutenção do estoque dos insumos necessários

para o funcionamento das UBS deve ser realizada regularmente, inclusive incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente, sendo atribuição dos municípios e do distrito Federal a garantia dos recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas.¹ Ressalta-se ainda que é indispensável a utilização dos Equipamentos Individuais de Proteção para os profissionais da saúde das UBS, assim, sendo, os mesmos precisam ser disponibilizados para que eles exerçam suas atividades ocupacionais com segurança. Freitas e Cunha¹⁰ afirmam que os profissionais da saúde estão em contato direto com agentes microbiológicos, aumentando o risco de contrair uma doença ocupacional. Dessa maneira é necessário que se utilize barreiras para proteção, conferidas pelo uso de equipamentos de proteção individual.

As estratégias propostas na matriz de avaliação foram: distribuição de profissionais em consultório, que garantam a privacidade do usuário; reunião com gestores para discutir sobre as necessidades da UBS; organizar e solicitar os insumos e materiais necessários para as situações de urgência e emergência; conscientizar os profissionais sobre a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual e mantê-los sempre à disposição.

No que se refere à subdimensão organização do processo de trabalho, a equipe de atenção básica considerou deficiente a utilização de ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos. A partir de então, foi pensada como estratégia de intervenção o estímulo aos profissionais, a partir da Educação Permanente.

Dessa forma, para a atenção integral é fundamental a incorporação de ferramentas de abordagem familiar, que valorizem os sujeitos e o ambiente em que vivem, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. A utilização dessas ferramentas fornecem conhecimentos acerca da estrutura familiar, contribuindo para a compreensão da dinâmica da família, suas interrelações, seus papéis e padrões de comunicação.¹¹

Em um relato de experiência de incorporação das ferramentas de abordagem familiar Genograma, *F.I.R.O.*, *P.R.A.C.T.I.C.E.* e Ciclo de Vida Familiar na Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros - Minas Gerais, verificou-se que a utilização de tais ferramentas permitiram o desenvolvimento do cuidado integral, baseado na realidade vivenciada pelo sujeito, bem como a compreensão da dinâmica familiar e como esta interfere no cuidado em saúde.¹²

A partir de então, a aproximação da equipe de saúde da família com essas ferramentas de abordagem familiar e de grupos específicos, por meio da Educação Permanente, favorece a sua utilização no cotidiano do trabalho na

Atenção Básica e colabora para a organização de processo de trabalho. A Educação Permanente em Saúde é o conceito pedagógico capaz de implementar relações orgânicas entre ensino, serviço, gestão e controle social, e agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade, de modo a potencializar o lócus de atuação profissional, a partir da aprendizagem significativa.¹³

Ao refletir a subdimensão Atenção Integral à Saúde, a equipe refletiu a limitação no acompanhamento de crianças com idade entre 12 meses e 9 anos, com definição de prioridades, a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade. Nesse sentido, a matriz de intervenção trouxe como estratégia o rastreamento das crianças entre 12 meses e 9 anos, a partir da demanda espontânea e visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Nesse âmbito, é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que reúne o conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando as diferentes culturas e realidades, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, e defesa dos direitos da criança, desde a gestação até os 9 anos de idade.¹⁴

Com isso, faz-se necessário o desenvolvimento de linha de cuidado que tenha como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a assistência fundamentada na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde.^{14,15}

No que concerne à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a equipe identificou fragilidades no acompanhamento na perspectiva da redução de danos. Assim, sistematizou-se como proposta de intervenção a formação de um grupo de apoio para os usuários de tabaco, álcool e outras drogas, tendo como referência a redução de danos, configurando-se, assim, um potente espaço de cuidado.

Nesse cenário, é fundamental visualizar o usuário de álcool e outras drogas de maneira integral, a partir do acompanhamento interdisciplinar e intersetorial em uma linha de cuidados, que considera a singularidade do sujeito e que tenha como objetivo reduzir danos à sua saúde. Nesse sentido, em 2006, a Lei de Drogas nº 6.368/1976 foi revogada, e foi instituída a Lei nº 11.343, a qual preconiza que as ações de atenção ao usuário de álcool e outras drogas e a seus familiares são aquelas que visam à melhoria da qualidade de vida, bem como a redução de danos.¹⁶

A redução de danos caracteriza-se como uma estratégia de saúde que busca o tratamento das toxicomanias, a fim de garantir condições menos danosas à saúde, sem ne-

cessariamente interferir no consumo, visando à promoção da saúde, da cidadania e dos direitos humanos, afastando a lógica da abstinência e da internação como única possibilidade terapêutica.¹⁷

Além disso, verificou-se o desafio da equipe em desenvolver ações para identificar casos de violência e promover a cultura de paz, bem como a realização de ações de promoção de ambientes saudáveis, respeitando as singularidades do território. Nesse ínterim, a equipe apresentou como estratégia a realização de Educação Permanente, para qualificar os conhecimentos, habilidades e atitudes acerca da identificação e cuidado às pessoas vítimas de violência. Além disso, foram estruturadas intervenções para a promoção da cultura de paz e de ambientes saudáveis, a partir de construção de um espaço de diálogo com a comunidade, por meio de rodas de quarteirão.

Nessa perspectiva, os profissionais da Atenção Básica têm papel essencial na detecção e no enfrentamento da violência, uma vez que se encontram inseridos nos territórios e reconhecem as especificidades e cultura local. Assim, ao considerar que a saúde e a segurança são necessidades que precisam ser satisfeitas, para que as pessoas vivam com dignidade, os ministérios da Justiça e da Saúde assinaram, no ano de 2008, um Acordo de Cooperação Técnica. Esse acordo visa ao desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), na prevenção da violência e na promoção da cultura de paz.^{18,19}

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu cultura da paz como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência, por meio da educação, do diálogo e da cooperação, de maneira a constituir-se como uma estratégia potente para a transformação da realidade social.¹⁸

Também foram reconhecidas as necessidades de desenvolvimentos de grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território, como também da incorporação e reconhecimento das Práticas Integrativas e Complementares, enquanto recurso terapêutico. Com isso, a equipe apresentou enquanto matriz de intervenção a Educação Permanente e Educação Continuada dos profissionais acerca das Integrativas e Complementares e sua aplicabilidade prática no contexto da Atenção Básica.

Em 2006, o Ministério da Saúde tornou pública a Portaria 971, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que incorpora às ações e serviços do SUS diversas racionalidades médicas e práticas

corporais, tais como: Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social-Cronoterapia e Medicina Antroposófica, bem como um amplo conjunto de práticas de atividades corporais.²⁰

Assim, com objetivo de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das práticas complementares no SUS, foram sistematizadas onze diretrizes, a saber: 1. estruturação e fortalecimento da atenção; 2. desenvolvimento de qualificação para profissionais; 3. divulgação e informação de evidências para profissionais, gestores e usuários; 4. estímulo às ações intersetoriais; 5. fortalecimento da participação social; 6. acesso a medicamentos; 7. acesso a insumos; 8. incentivo à pesquisa sobre eficiência, eficácia, efetividade e segurança; 9. desenvolvimento de acompanhamento e avaliação; 10. cooperação nacional e internacional; 11. monitoramento da qualidade.²¹

Em um estudo, que objetivou avaliar o conhecimento, acesso e aceitação referente às práticas integrativas e complementares em saúde na Comunidade Sertão dos Correa, da Cidade de Tubarão-SC, verificou-se que existe baixo conhecimento e acesso dos usuários às Práticas Integrativas e Complementares, apesar do interesse e aceitação dos mesmos.²²

Em relação à subdimensão Participação Social e Satisfação do Usuário, a equipe reconheceu a necessidade de potencializar as ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersetorial, como também do desenvolvimento de ações na comunidade, para a promoção do debate acerca dos problemas locais de saúde, do planejamento da assistência prestada e dos resultados alcançados.

Nessa perspectiva, foram sistematizadas estratégias de intervenção para potencializar a Participação Popular, a partir da constituição de um Conselho Local de Saúde. Esta proposta reforça a necessidade de ampliação dos espaços públicos e coletivos para o exercício de diálogos, pactuação das diferenças e construção de saberes, em que a participação popular torna-se uma condição *sine qua non* para a implementação do SUS e qualificação da Atenção Básica.^{23,24}

O Conselho Local de Saúde é uma entidade que possibilita a participação da comunidade na elaboração de propostas para a política de saúde em sua localidade e/ou território, de maneira que permite a articulação dos usuários e dos trabalhadores de saúde, a partir da construção de um espaço democrático de reflexão-ação acerca da realidade dos serviços de saúde no âmbito do SUS.²⁵

Vale salientar, ainda, que a equipe identificou a carência da disponibilidade de canais de comunicação com os

usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações. Assim, foi apresentada como intervenção a criação de um espaço de escuta na Unidade Básica de Saúde, a partir da estruturação de um espaço de ouvidoria.

As ouvidorias em Saúde constituem-se como dispositivos capazes de viabilizar a participação dos usuários e a consolidação do princípio da participação social, uma vez que permite apreender como os usuários experienciam, representam ou constroem imaginários sobre os serviços de saúde no contexto do SUS.²⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se a relevância da AMAQ-AB na melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, visto que a autoavaliação constitui-se como um meio e processo potente de transformação das práticas de atenção à saúde das famílias, uma vez que a equipe de saúde reflete a realidade dos serviços a ações, por meio de padrões de qualidade.

Vale salientar ainda, que a autoavaliação é propositiva, na perspectiva de reconhecer as fragilidades e sistematizar uma matriz de intervenções com as estratégias a serem desenvolvidas, as atividades que serão realizadas, os recursos necessários, os resultados esperados, os responsáveis, os prazos e os mecanismos e indicadores de avaliação do alcance dos resultados.

Nesse íterim, a partir da autoavaliação, por parte da equipe de saúde, foram indicadas fragilidades, no que concerne aos aspectos relacionados à gestão do trabalho, à infraestrutura e equipamentos, à organização do processo de trabalho, à atenção integral à saúde e à participação social e satisfação do usuário. Dessa forma, as intervenções sistematizadas na matriz tiveram como eixos norteadores a Educação Permanente e a articulação/diálogo com a comunidade e entre os trabalhadores das diversas categorias profissionais que compõem a Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. Saúde Debate. 2014 out.; 38(spe):195-208.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010 fev.; 26(2):253-263.
9. Dias EC, Silva TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). Rev. Bras. Saúde Ocup. 2013; 38(127):31-43.
10. Freitas ER, Cunha FMA. O uso de EPIs pelos enfermeiros da atenção básica. Uma revisão de literatura. Revista Digital. 2016 fev.; 20(213).
11. Dutra EM, Vasconcelos EE, Teófilo JKS, Teófilo LJS. Atenção Integral Aplicada à Família: Relato de Experiência. SANARE. 2012 jan./jun.; 11(1):55-59.
12. Nobre LLR, Queiroz LS, Mendes PHC, Matos FV, Soares ASF, Leão CDA. Abordagem familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2014 ago./dez.; 12(2):458-468.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

15. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (Rio de Janeiro). Linha de Cuidado da Criança. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2010.
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Presidência da República: Brasil; 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Cabral R, Gothardo J, Murback L. A cultura de paz no contexto das relações públicas comunitárias e responsabilidade social. *Razón y Palabra*. 2015; 1(88):195-209.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Barros NF, Pâmela S, Simoni C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(12):3066-3067.
22. Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2007; 36(2):69-74.
23. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*. 2011; 21(3):1121-1137.
24. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Campos GVS, Minayo MC, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 681-717.
25. Universidade Federal de Juiz de Fora. Capacitação para conselheiros de saúde – textos de apoio. UERJ/NAPE: UFJF; 2001.
26. Pinto HA, Burille A, Barbosa MG, Ferla AA. Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. *Saúde em Redes*. 2015; 1(4):15-26.

Submissão: janeiro de 2017

Aprovação: junho de 2017
