



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMANDA LAURIS GUIMARÃES REIS

**O PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ- AB) COMO INDUTOR DE NOVAS PRÁTICAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

CAMAÇARI-BA

2018

AMANDA LAURIS GUIMARÃES REIS

**O PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ- AB) COMO INDUTOR DE NOVAS PRÁTICAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de conclusão de residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo Cruz– BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzia Vilma Delgado

Co-Orientador: Diego Ferreira Lima Silva

CAMAÇARI-BA

2018

*“Dê-me, Senhor, agudeza para entender,
capacidade para reter, método e faculdade
para aprender, sutileza para interpretar, graça
e abundância para falar.*

*Dê-me, Senhor, acerto ao começar, direção
ao progredir e perfeição ao concluir. ”*

(São Tomás de Aquino)

**O PROGRAMA NACIONAL PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ- AB) COMO INDUTOR DE NOVAS PRÁTICAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trata-se de um relato onde se descreve de forma crítica-reflexiva a experiência como apoiadora institucional residente no processo de avaliação do 3º ciclo do PMAQ-AB em Unidades em Saúde da Família vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Camaçari-BA. O relato foi construído a partir da percepção da apoiadora institucional na participação em reuniões com a gestão e unidades de saúde, facilitação de espaços com as equipes para entendimento/qualificação do PMAQ-AB, aplicação do instrumento AMAQ-AB e elaboração de relatório consolidado. Como resultado para a equipe de apoiadores institucionais, as atividades desenvolvidas proporcionaram uma aproximação maior com a gestão municipal e com os profissionais das unidades, levando ao reconhecimento da função, suas habilidades e competências. Para as equipes de saúde foi importante a identificação de situações-problemas, sendo possível organizar ações pautadas nas necessidades sinalizadas e desenvolver ações para o enfrentamento das fragilidades e qualificação das potencialidades.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; PMAQ-AB; Saúde da Família.

**THE NATIONAL PROGRAM FOR ACCESS AND QUALITY
IMPROVEMENT IN PRIMARY CARE (PMAQ- AB) AS AN INDUCTOR OF NEW
PRACTICES IN FAMILY HEALTH UNITS IN THE CITY OF CAMAÇARI-BA:
EXPERIENCE REPORT.**

ABSTRACT: This is a report describing in a critically-reflective way, the experience as an institutional supporter residing in the process of evaluation of the PMAQ-AB third cycle in Family Health Units linked to the Multiprofessional Family Health Residency Program in the city of Camaçari-BA. The report was built based on perception of the institutional supporter participations in meetings with the management and health units, tutoring with the teams for understanding/qualification of the PMAQ-AB, application of the AMAQ-AB instrument and preparation of a consolidated report. As a result to the team of institutional supporters, the activities developed provided a greater approximation with the city management and with the professionals of the units, leading to the recognition of their function, its abilities and competences. For the health teams, it was important to identify situations-problems, being possible to organize actions based on the flagged needs and develop actions to address weaknesses and qualification of potentialities.

Keywords: Health Evaluation; PMAQ-AB; Family Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	7
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DAS REGIÕES DE SAÚDE.....	8
1.2.1 Rede Básica do Município	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 PERCURSO METODOLÓGICO	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4.1 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE LEI MUNICIPAL DO PMAQ-AB	14
4.2 CAMINHOS PARA A AVALIAÇÃO EXTERNA	17
4.2.1 Abordando o PMAQ-AB nas Unidades de Saúde	18
4.2.2 Apoio logístico: também é Apoio Institucional	20
4.2.3 Construção da Roda de Campo	24
4.2.4 AMAQ-AB nas Unidades de Saúde	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – SÍNTESE DO RELATÓRIO DE ANÁLISE DA AMAQ-AB	32
APÊNDICE B – PADRÕES MAL AVALIADOS: EQUIPES – USF PIAÇAVEIRA/ USF PHOC III	44
APÊNDICE C – PADRÕES MAL AVALIADOS: EQUIPES 1 E 2 – USF PIAÇAVEIRA	45
APÊNDICE D – PADRÕES MAL AVALIADOS EQUIPES 1 E 2 – USF PHOC III	46
APÊNDICE E – PADRÕES MAL AVALIADOS EQUIPES SAÚDE BUCAL – USF PIAÇAVEIRA/ USF PHOC III	47
ANEXO A – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO AMAQ-AB: PARTE I – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	48
ANEXO B – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO AMAQ-AB: PARTE II – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	49

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado do desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), atualizando conceitos na política de saúde e fortalecendo a Atenção Básica (AB) junto à população e aos profissionais de saúde. A AB caracteriza-se por um conjunto de ações que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde; na perspectiva de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

Na rede de atenção à saúde a AB é desenvolvida de forma descentralizada, sendo o primeiro nível de atenção e o mais próximo dos usuários. Comprometida com a mudança de modelo de atenção, é a porta de entrada preferencial do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora dos serviços. Essa reorientação do modelo de atenção implica na necessidade de transformação dos processos de trabalho dos profissionais de saúde e o vínculo com a população.

Dentre os programas e estratégias transversais na AB, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada primordial para reorganização e fortalecimento da atenção, buscando romper o modelo assistencial tradicional e ampliando a resolutividade do SUS. Assim, desenvolve-se por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012, p.19).

Nesse contexto, a avaliação em saúde torna-se fundamental no suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiando a identificação de problemas e a reorientando as ações e serviços desenvolvidos, avalia a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensura o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A prática da avaliação contribui com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, incentivando a melhorar da qualidade dos serviços de saúde ofertados aos cidadãos. São processos estruturados coerentes com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade), abrangendo as dimensões da gestão e cuidado (BRASIL, 2005).

1.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Lançado em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. O programa se mostra como uma potência que busca superar alguns desafios no SUS, tais como: processos de trabalho não compatíveis com os princípios da Atenção Básica, vínculos precários, alta rotatividade de profissionais, precariedade da rede física e outros (BRASIL, 2017b).

Em 2015, o programa iniciou seu terceiro ciclo estruturando-se em três fases e um eixo estratégico de desenvolvimento. As fases que compreendem o programa são: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização. O eixo estratégico transversal de desenvolvimento, consiste em um conjunto de ações empreendidas pelos profissionais com intuito de promover movimentos de mudança nos espaços de atuação.

O eixo estratégico é transversal a todas as fases do PMAQ-AB de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do programa. Organiza-se em cinco dimensões compreendendo a Autoavaliação; Monitoramento dos Indicadores e uso dessas informações para orientar o planejamento das ações; a Educação Permanente que deve estar presente no cotidiano dos serviços como potencial provocador de mudanças; o Apoio Institucional, disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança nos coletivos e a Cooperação Horizontal, incentivo a troca de experiências entre os profissionais.

A fase de certificação do PMAQ-AB está dividida em três blocos de pontuação: 1. Verificação da Autoavaliação, que corresponde a 10% da nota; 2. Avaliação de Desempenho dos Indicadores, 30% da nota e 3. Avaliação Externa, 60% da nota.

A autoavaliação consiste em um dispositivo que pretende provocar nas equipes mudanças e implantação de novas práticas de trabalho. A implementação de processos autoavaliativos é, portanto, de grande relevância para certificação das equipes. Para auxiliar nesse processo o Ministério da Saúde (MS) oferta o instrumento Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ-AB), que apesar de não haver a obrigatoriedade de usá-lo, tem como vantagem seu alinhamento com a Avaliação Externa (BRASIL, 2017b).

Cabe ressaltar, que essa ferramenta fica disponível para ser utilizado por todas as equipes que se interessem em qualificar seu processo de trabalho por meio de ferramentas de autoavaliação independente da adesão ao PMAQ-AB.

A avaliação de desempenho dos indicadores consiste na análise dos dados dos indicadores contratualizados durante a etapa de adesão. A avaliação é realizada a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB), tornando-se necessário que os profissionais da AB enviem os dados de produção para o sistema. A análise dos dados é importante para qualificar o trabalho e apoiar as equipes de saúde na gestão do cuidado em seus territórios (BRASIL, 2017b).

Na etapa da avaliação externa, um grupo de entrevistadores aplica questionários para coleta de dados in loco, os quais são enviados ao MS para serem verificados os padrões de acesso e qualidade dos serviços. São observadas as condições de infraestrutura e funcionamento das unidades de saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes e usuários, além de verificar a presença de documentos na unidade.

Os padrões verificados são assim classificados (BRASIL, 2017b):

- Padrões Obrigatórios: padrões condicionam a permanência da equipe no programa;
- Padrões essenciais: avaliado a partir de um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados fundamentais e com elevados percentuais de cumprimento pelas equipes;
- Padrões estratégicos: considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica;
- Padrões Gerais: são os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DAS REGIÕES DE SAÚDE

O município de Camaçari está localizado na região litorânea do Estado da Bahia e pertence à Região Metropolitana de Salvador (RMS), estando a aproximadamente 45 km da capital. De acordo com dados do ano de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui área de extensão territorial de 784.658 km². Considerada sede da microrregião, conforme planejamento regional

integrado, sendo referência para os municípios de Conde, Pojuca, Mata de São João, Simões Filho e Dias D'Ávila (PMC/SMS, 2016).

Camaçari é a quarta cidade mais populosa da Bahia e a segunda mais populosa da Região Metropolitana. No último censo demográfico em 2010 seu quantitativo populacional foi de 242.970 habitantes, em 2017 a estimativa populacional aponta para um quantitativo de 296.893 habitantes (IBGE, 2018).

O município está subdividido em três distritos: Distrito Sede onde se concentra 70% da população; Distrito de Vila de Abrantes, 19% da população e Distrito de Monte Gordo com 11% da população.

1.2.1 Rede Básica do Município

Em Camaçari, a AB está organizada em oito Regiões de Saúde, sendo cinco na Sede do município e três na Orla, dispendo ao todo de 41 Unidades de Saúde, sendo que 34 destas possuem Estratégia de Saúde da Família. Nessas unidades funcionam atualmente 56 equipes de saúde da família, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da Atenção Básica em Camaçari-BA, 2017.

Região	Unidade de Saúde (US)	US com ESF	Equipes Saúde da Família <u>com</u> Saúde Bucal	Equipes Saúde da Família <u>sem</u> Saúde Bucal	NASF
01	5	4	2	7	1
02	4	3	3	1	
03	5	4	3	3	
04	5	5	6	8	2
05	5	4	2	3	
06	6	5	2	4	
07	5	4	4	2	
08	6	5	3	3	
TOTAL	41	34	25	31	3

Fonte: CNES. Dados de Janeiro 2018.

De acordo com as informações disponibilizadas pela Nota Técnica do DAB, o município apresenta cobertura de Atenção Básica de 69,35 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 57,00 %. Quanto a Saúde Bucal, apresenta cobertura de 56,01 %, considerando apenas a Estratégia Saúde da Família essa cobertura cai para 22,44 %.

Objetivando ampliar e qualificar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, no que trata à resolutividade e integralidade das ações ofertadas, o município tem implantado um Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), localizado na Região 1 e a Região 4 possui dois NASF vinculados à residência. As equipes do NASF são constituídas por profissionais da saúde de diferentes categorias: professores de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e outros que vêm desenvolvendo ações de matriciamento às equipes, participação na construção de projetos terapêuticos, consultas compartilhadas, ações de educação em saúde, dentre outras.

Ainda na perspectiva da integralidade da atenção à saúde é ofertado pelo município as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que trazem o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à práticas de cuidado. Existem cinco estabelecimentos que ofertam o serviço de PICs (acupuntura, outras técnicas em medicina tradicional chinesa e práticas corporais/atividade física).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar de forma crítica e reflexiva o terceiro ciclo do PMAQ-AB a partir da experiência como apoiadora institucional no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família- FESF/SUS-FIOCRUZ.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a experiência como apoiadora residente no processo de avaliação para melhoria e qualidade da atenção básica em Unidades de Saúde da Família em Camaçari-BA.
- Identificar os possíveis deslocamentos no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e apoio institucional.
- Propiciar subsídios para ações voltadas para a qualificação do processo de trabalho dos profissionais, buscando induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica das Unidades de Saúde da Família.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho pretende relatar a experiência do planejamento e operacionalização das atividades do PMAQ-AB no município de Camaçari-BA, em especial nas Unidades de Saúde da Família da Região 4 (quatro) de saúde que aderiram ao terceiro ciclo do programa. O relato situa-se entre os meses de agosto a setembro de 2017, período que antecedeu a avaliação externa do PMAQ-AB nas unidades de estudo.

Os resultados foram obtidos através da minha implicação enquanto residente sanitária atuando como apoiadora institucional nas USFs citadas no desenvolvimento das ações inerentes ao PMAQ-AB, que vai desde o campo da observação à execução de atividades.

- Equipes contratualizadas

No município de Camaçari catorze (14) equipes da Estratégia Saúde da Família aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, metade destas foram equipes recontratualizadas, ou seja, já haviam participado dos ciclos anteriores do PMAQ-AB. As demais foram equipes que estavam participando pela primeira vez do processo de avaliação (Quadro 1).

Quadro 1 – Número de equipes aderidas ao terceiro ciclo do PMAQ-AB

MUNICÍPIO	EQUIPES RECONTRATUALIZADAS		EQUIPES NOVAS NO 3º CICLO		TOTAL
	EAB com ESB	EAB sem ESB	EAB com ESB	EAB sem ESB	
CAMAÇARI	4	3	2	5	14

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

O cenário do estudo foi as unidades de saúde de Piaçaveira e do PHOC III, cada uma dessas unidades é compostas por uma equipe de Atenção Básica com Saúde Bucal (EAB com ESB) e uma equipe de Atenção Básica sem Saúde Bucal (EAB sem ESB). As quatro equipes pertencentes a essas unidades aderiram ao programa, o que representa 28% do total de equipes aderidas no município.

As unidades citadas estão localizadas na Região 4 de saúde do município de Camaçari, região que é campo de atuação do Programa de Residência Médica e

Multiprofissional em Saúde da Família. As atividades dessas unidades são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar de profissionais residentes das mesmas categorias profissionais presentes nos outros serviços, mas sem adesão ao programa.

As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, fisioterapeutas, professores de educação física, além de receberem apoio de profissionais sanitários, que atuam na função de apoiador institucional. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do ano de 2012, são itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Além dessa composição mínima, quando é interesse do município implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), este deve ser composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de saúde, complementando e ampliando a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que não sejam exclusivas dele. (BRASIL, 2012).

O processo de desenvolvimento das atividades relativas ao PMAQ-AB envolveu não só as unidades de saúde e seus profissionais, mas também a gestão municipal e o Departamento de Atenção Básica (DAB), de onde eram disparadas todas as demandas referentes ao programa que seriam mediadas pelos apoiadores institucionais nas unidades.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a divulgação pelo DAB das equipes contratualizadas ao PMAQ-AB, a nossa primeira atividade como apoiadores institucionais de referência da Região 4 foi realizar o diagnóstico situacional para o programa no município e nas nossas unidades de atuação. Para o município foi constatado a inexistência de uma lei municipal que garantisse o pagamento do incentivo advindo do PMAQ-AB aos trabalhadores, e para as unidades de referência uma compreensão incipiente dos profissionais da saúde sobre a operacionalização do mesmo.

Esse contexto evidenciou um comprometimento para execução das ações demandadas pelo PMAQ-AB. A não existência da lei municipal revelava o descontentamento dos profissionais das equipes que já haviam sido contempladas pelo programa nos ciclos anteriores. E o pouco conhecimento dos profissionais das unidades de saúde, especialmente os residentes, onde em sua maioria estavam tendo contato pela primeira vez com o tema, demandou da equipe de apoio a construção de uma agenda que pudesse contemplar e enfrentar as fragilidades teóricas, bem como a prática.

4.1 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE LEI MUNICIPAL DO PMAQ-AB

Uma das diretrizes do PMAQ-AB consta o desenvolvimento de uma cultura de negociação e contratualização:

Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: Um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das equipes, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população (BRASIL, 2017b).

No intuito de incentivar a promoção da qualidade na prestação dos serviços, o PMAQ-AB sugere que a partir das certificações das equipes, valores do incentivo

financeiro sejam repassados aos profissionais como fator motivacional (BRASIL, 2017b).

A motivação no trabalho pode ser discutida através da “Teoria dos Dois Fatores” de Frederick Herzberg, abordada por Bonetti (2010). Em seu trabalho, Bonetti descreve o estudo de Herzberg que buscou identificar os elementos que causavam a satisfação e a insatisfação no ambiente de trabalho, onde se apontou dois fatores distintos:

- Fatores extrínsecos (higiênicos): referem-se ao ambiente organizacional; condições de trabalho, remuneração, benefícios, relacionamentos interpessoais, etc. Quando estes fatores estão ótimos, evitam a insatisfação do indivíduo.

- Fatores intrínsecos (motivacionais): relacionados com o nível do cargo ou as tarefas que o indivíduo desempenha; são os sentimentos de auto-realização, crescimento individual e reconhecimento profissional. Quando estes fatores são ótimos provocam a satisfação.

Herzberg, ainda defende que o ideal seria a presença de fatores de higiene e de motivação, o que gera o desempenho diferenciado do funcionário. Uma vez que os fatores motivacionais tendem a produzir efeitos mais positivos em relação à atitude e ao desempenho das pessoas, enquanto os fatores higiênicos têm o objetivo de prevenir e impedir perdas de produtividade e eficiência (BONETTI, 2010).

Servidores desestimulados, o baixo comprometimento profissional, associado a inexistência da Lei municipal que regulamenta o repasse dos recursos previsto pelo programa, geraram desconfortos no processo de trabalho e nos diálogos entre gestão e trabalhadores no município, desde ciclos de adesão anteriores. Importante ressaltar que diversos municípios baianos já aprovaram suas Leis que garantem o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, podendo citar alguns: Juazeiro, 2012; Porto Seguro, 2013; Jaguaquara, 2014; Eunápolis, 2015; Nazaré, 2016; Saubara, 2016 e Guajeru, 2017.

Com a desmotivação os profissionais restringiam-se apenas a execução das atividades básicas cotidianas, não levando em consideração o real papel de promotor de melhoria do acesso e da qualidade da AB fomentado pelo PMAQ-AB. Constatada essa fragilidade, o apoiador pedagógico/preceptor das sanitaristas, trouxe para o núcleo sua experiência em outro município na construção do projeto de Lei que assegurava o repasse dos recursos do programa e a discussão da oferta dessa expertise como mais um produto da residência para o município. Esta seria uma forma

de aproximação com a nova gestão, bem como, um resgate a valorização dos profissionais.

Como medida inicial, o apoiador através da micropolítica, levantou a discussão sobre a necessidade da construção do projeto de lei para os repasses do PMAQ-AB junto os profissionais do DAB (apoiadoras, coordenadoras, diretora). No primeiro momento apresentou aos profissionais do departamento um modelo de projeto de Lei que tinha como referência as orientações do MS. Após o estabelecimento de alguns debates, foi possível esboçar um modelo que refletisse a necessidade e realidade do município de Camaçari.

Esse momento foi muito estratégico, pois o movimento levou o diálogo para a instância do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, espaço composto por Diretores/Coordenadores dos departamentos de saúde, Secretário e Subsecretário de saúde, onde foi discutido a importância e validação do projeto.

A apresentação da proposta para o Colegiado Gestor levou a novos debates, especialmente no que tange os percentuais a serem rateados para os investimentos nas melhorias e a parcela a ser atribuída para os trabalhadores.

Como resultado das negociações ficou estabelecido quais seriam os percentuais de investimento de recursos destinados ao município pelo programa para as melhorias estruturais nas unidades e para o repartilhamento entre os trabalhadores, incluindo uma porcentagem para o Apoio Institucional e posterior encaminhamento para apreciação e futura aprovação junto ao poder Legislativo.

Até janeiro de 2018, mesmo após a avaliação externa, ainda aguardava-se a aprovação do projeto de Lei pelo poder Legislativo municipal, visto que o projeto não entrou em pauta nas reuniões da câmara. Apesar dos esforços, percebe-se que a ação ainda não se efetivou. Não existe priorização político-administrativa para que haja o fortalecimento do PMAQ-AB no município, não há motivação para os profissionais aderirem ao programa, e em consequência não se estabelece uma cultura de avaliação institucionalizada.

A avaliação da qualidade em saúde produz informações relevantes sobre os serviços fornecendo elementos para uma reflexão crítica. Possibilita o diagnóstico de uma situação e o estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de mudanças, além de poder fortalecer o compromisso e a responsabilização da equipe pela assistência prestada (AKERMAN, 2015).

Para Donabedian (1980 apud RIGHI; SCHMIDT; VENTURIN, 2010), uma definição para qualidade deve se iniciar a partir de três dimensões: a estrutura, que envolve os recursos físicos, humanos, materiais, financeiros e à normatização do serviço necessários para a assistência; o processo, relacionado às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, e como as ações são organizadas; e o resultado, diz respeito ao produto final da assistência prestada, às mudanças geradas pelas ações realizadas, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários. Donabedian, ampliou esse conceito de qualidade utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade (RIGHI; SCHMIDT; VENTURIN, 2010).

Neste contexto, a avaliação configura-se como uma das etapas para reorientação das ações de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados, a produção do cuidado, o gerenciamento de risco, a vulnerabilidades, o acesso e à satisfação dos usuários, torna-se ferramenta imprescindível capaz de gerar mudança nos serviços prestados, e consequente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (AKERMAN, 2015).

4.2 CAMINHOS PARA A AVALIAÇÃO EXTERNA

No município de Camaçari a atuação de apoiadores institucionais é a estratégia utilizada pelos gestores da Atenção Básica para aproximar-se das equipes de saúde. Os profissionais apoiadores tornam mais próximos o diálogo entre a unidade de saúde e o Departamento de Atenção Básica. Deste modo, ficou sobre a responsabilidade dos apoiadores institucionais a realização das atividades referentes ao PMAQ-AB.

A equipe de apoiadores institucionais a qual faço parte (composta por mim, residente sanitarista do segundo ano, uma residente sanitarista do primeiro ano e o preceptor) planejou a agenda de modo a contemplar tanto o cumprimento prático das atividades referentes ao programa quanto o embasamento teórico para os profissionais residentes. Entre as ações principais serem a realizadas estavam: participação nas reuniões de unidades para disparar as atividades; levantamento da necessidade material e estrutural das unidades; organização dos espaços físicos das

unidades; programação de roda de campo para os residentes abordando o tema; facilitação da autoavaliação junto às equipes.

4.2.1 Abordando o PMAQ-AB nas Unidades de Saúde

O programa de residência tem duração de dois anos, assim, a equipe de profissionais que atuam nas unidades de saúde que desenvolveriam as atividades referentes ao PMAQ-AB não foi a mesma que fez a adesão ao programa no ano de 2015. Dessa forma, a nossa atuação de apoio junto a esses profissionais demandou uma intensidade maior. Naquele momento os profissionais que compunham as equipes de saúde eram residentes do primeiro ano, ainda em processo de aponderamento das temáticas que envolvem o SUS, e muitos não tinham conhecimento do que se tratava o PMAQ-AB.

A primeira atividade elencada por nós, apoiadores, foi a participação na reunião de unidade de cada USF com o intuito de aproximar os trabalhadores ao tema. Em cada reunião de unidade das USF foi levado como pautas principais: a reiteração do que se propõe o PMAQ-AB; a adesão realizada pelas equipes no ano de 2015; o agendamento com as equipes de uma data para a realização da autoavaliação, bem como, a contribuição para a sensibilização dos profissionais para a utilização da ferramenta AMAQ-AB; além da reflexão sobre importância do planejamento para implementação de intervenções.

- USF Piaçaveira

A primeira reunião de unidade para tratar do PMAQ-AB ocorreu na unidade de saúde de Piaçaveira. Estavam reunidos trabalhadores das diversas categorias e vínculos. Logo ao iniciar a pauta na reunião foi gerado certo desconforto, pois os profissionais ali presentes, mais exclusivamente os agentes comunitários de saúde, não se recordavam da adesão ao programa e questionaram quando este processo teria acontecido. Cabe ressaltar, que nós só passamos a fazer parte do corpo profissional a partir de 2016.

A tensão foi causada justamente por naquele momento não haver profissional de referência da equipe mínima que tivesse participado do processo. Contudo, a

reunião foi finalizada tendo como tarefa o resgate do registro da adesão na ata de reuniões da unidade.

Foi solicitado ao profissional médico-preceptor, único de referência desde início do programa de Residência na unidade, que fizesse essa busca na ata. O registro foi encontrado e compartilhado com todos os profissionais da unidade, para que, aqueles que não recordavam, resgatasse essa memória, e os profissionais novos tivessem ciência de que todos os critérios foram cumpridos para que a contratualização ao PMAQ-AB fosse válida.

Após esse primeiro momento de desconforto e esclarecimento dos fatos, os profissionais da unidade abraçaram a demanda e implicaram-se no processo, dentro de suas competências. Diante desse fato, percebeu-se ainda mais a importância dos registros das atividades realizadas e que estes sejam feitos com qualidade.

De modo geral, os registros em saúde funcionam como indicadores para o processo de planejamento e execução na gestão, visto que eles servirão de referência e avaliação das ações realizadas no serviço (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

A falta de anotações da equipe de saúde interfere na comunicação entre a equipe multiprofissional e reflete negativamente sobre a qualidade das ações desenvolvidas (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Muitas vezes os profissionais devido a outras demandas não priorizam seus registros, perdendo informação e respaldo.

Os registros constituem memória para os profissionais, documentam as demandas, além de subsidiar os processos de gestão, sendo instrumentos de apoio (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Os registros das informações nas unidades de saúde aprimoram as práticas administrativas e de assistência.

- USF PHOC III

A abordagem na unidade de saúde do PHOC III ocorreu de maneira muito tranquila, tanto os ACS quanto a médica-preceptora tinham ciência da adesão das equipes, tornando o dialogo muito tranquilo. O problema que a nossa equipe do apoio enfrentaria seria a redistribuição dos profissionais das equipes mínimas, devido o

desligamento de três enfermeiros e um médico, comprometendo completamente a existência de uma equipe.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma ferramenta da gestão, onde estão os registrados sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (federal, estadual ou municipal) com dados para efeito de planejamento de ações em saúde (DATASUS, 2018).

O registro de todos os profissionais que formam as equipes é, portanto, fundamental. Com a identificação dessa demanda, foi preciso novamente valer da micropolítica para que a atualização no sistema CNES acontecesse em tempo oportuno, não prejudicando as equipes.

No município existe um fluxo, onde uma pessoa de referência recebe todas as demandas de atualização do CNES, emite um comunicado oficial e encaminha para o departamento responsável. A atualização no sistema acontece apenas uma vez ao mês, sempre na última semana. Dessa forma, com a aproximação da data da avaliação externa era imprescindível que essa atualização acontecesse no máximo até o mês de setembro de 2017.

Esse fato foi crucial para que decidíssemos incluir mais essa atividade em nossas agendas, realizando de imediato contato com o departamento responsável. Após atualização da lista de profissionais e redistribuição nas equipes, foi criado um documento com toda a readequação. A ida pessoal de um de nós do apoio ao departamento de referência, possibilitou o diálogo sobre a urgência da demanda. Como resultado positivo, tivemos a atualização dos dados no sistema realizada no mesmo dia, o que tranquilizou toda a equipe, pois estávamos certificados da solução dessa problemática.

4.2.2 Apoio logístico: também é Apoio Institucional

Outra atividade realizada no período por nós, apoiadores, foram os levantamentos das necessidades materiais e estruturais das unidades e a organização dos espaços físicos das mesmas. Ainda que o principal objetivo dos apoiadores institucionais seja fomentar e acompanhar processos de mudança nas

organizações, produzindo novos sujeitos, existem momentos em que o “produzir por” torna-se mais eficiente do que o “produzir com”.

O apoio institucional é um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo para fazer cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais como a de coordenação, planejamento, direção. Ela busca um modo complementar para realizar essas funções e, em particular, altera a maneira de realizar coordenação, planificação, supervisão e avaliação o trabalho. (CAMPOS et al, 2014).

Realizando a análise do cenário e de perfil de seus atores, entendemos que na USF PHOC III, teríamos maior dificuldade para cumprimento das demandas administrativas.

As unidades vinham de um longo período sem reformas, necessitando de coisas básicas desde poda em árvores até pintura. Com gerentes de características diferentes, cada unidade teve uma intervenção diferente. Em uma das unidades com uma gerente de perfil mais proativo, apenas foi preciso orientar quais atividades deveriam ser realizadas, enquanto na outra, onde a gerente demonstrava maior passividade, foi preciso realizar em conjunto com a mesma as ações necessárias.

Bertussi (2010), traz em sua tese de doutorado que a função apoiador ganha “máscaras e personagens, mutáveis e flexíveis a depender do espaço, coletivos e indivíduos”. Dependendo do cenário, um mesmo apoiador precisa dispor de diferentes estratégias para conseguir cumprir suas expectativas. Assim, dentro da nossa “caixa de ferramentas” do escutar, negociar, facilitar, observar, articular, usamos o fazer.

- USF Piaçaveira

A unidade de Piaçaveira conta com a coordenação de uma gerente bastante proativa e implicada, o que colaborou muito com as questões logísticas de organização da unidade. Ao solicitar da gerente que fosse realizado a organização do almoxarifado, espaço da sala de reuniões, sala da gerência, sala dos agentes comunitários, a profissional, muito parceira, desenvolvendo as atividades com muito empenho e agilidade.

Foi realizado também um *check list* de toda demanda estrutural e material, considerando os padrões essenciais e estratégicos disponíveis no manual instrutivo

do terceiro ciclo do PMAQ-AB, sendo encaminhado através do apoio institucional para o setor administrativo do DAB.

Com os profissionais das equipes realizou-se o *check list* dos padrões essenciais e estratégicos relacionados ao processo de trabalho, buscando identificar as necessidades e operacionalizar a sua resolução quando dentro da governabilidade dos apoiadores. Como demanda, o apoio pegou a tarefa de atualizar o mapa do território das equipes.

O mapa das equipes já estava bastante avançado, constando tanto a parte estática como dinâmica necessitando apenas de alguns ajustes e pequenas atualizações. Devido a chegada de novos Agentes Comunitários às equipes, ocorreu a redivisão de algumas microáreas, assim o mapa foi readequado e com o auxílio dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), foi possível localizar os bolsões de foco de dengue na área de abrangência da unidade.

- USF PHOC III

A coordenação da unidade do PHOC III é feita por uma profissional de perfil mais passivo, onde todo tempo se faz necessário auxiliá-la no desenvolvimento das atividades administrativas e de gestão de pessoas. Ao conversar com a gerente sobre as atividades de organização que deveriam ser realizadas, a mesma demonstrou insegurança e com pouca habilidade para o cargo. Assim, viu-se a necessidade de aplicar um pouco mais de energia na logística de organização da unidade.

A gerente ficou responsável pela organização da sala dos ACS e da gerência, enquanto nós, apoiadores, nos responsabilizamos pelos demais espaços.

Iniciamos com a organização de duas salas que não estavam sendo ocupadas (a farmácia, que foi desativada, e uma sala onde em algum momento já se havia realizado coleta laboratorial). Ambos os espaços estavam servindo de depósito de material antigo.

Verificou-se a existência de materiais e insumos vencidos que ainda não havia sido devolvido para o almoxarifado geral, também foram recolhidos inúmeros tubos de coleta para o exame laboratorial com validade ultrapassada que não era mais utilizado na unidade. Os espaços depois de organizados ficaram à disposição das equipes para serem usufruídos em suas atividades.

A organização do almoxarifado da unidade demandou um tempo maior, foi observada uma desordem geral do espaço. Os insumos encontravam-se amontoados ou ainda dentro das caixas, o que não se dava uma dimensão exata da suficiência do que se tinha, além de serem encontrados alguns insumos vencidos e com embalagem violada.

A partir destes eventos, ratificou-se o diagnóstico feito em outro momento pelo apoio institucional, a necessidade de explanar conhecimentos básicos de gerenciamento para os profissionais que coordenam as USFs, qualificando seus processos de trabalho.

A ambiência e o gerenciamento de estoque são pontos importantes ao coordenar uma unidade de saúde. O organizar espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propicia maior integração de trabalhadores e usuários, implementando atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

Os espaços podem ser modificados e qualificados por elementos que facilitem a realização das atividades em saúde, que criem ambientes mais acolhedores, agradáveis e adequados às pessoas, e que propiciem privacidade, individualidade e conforto aos usuários e trabalhadores, respeitando a diversidade e promovendo o bem-estar (ABRAHÃO, 2016).

O gerenciamento dos materiais de consumo deve planejar e controlar a quantidade necessária de materiais armazenados, desde a definição de quanto e quando solicitar até a organização do estoque, a fim de garantir suas disponibilidades nos momentos em que os serviços necessitarem (ABRAHÃO, 2016).

O *check list* de toda demanda estrutural e material também foi feito, considerando os padrões essenciais e estratégicos, com o auxílio de uma profissional enfermeira e outra cirurgiã-dentista.

Quanto o *check list* dos padrões essenciais e estratégicos relacionados ao processo de trabalho, foram identificados como necessidades: atualização do mapa territorial e de ferramentas para auxiliar nos registros das atividades dos profissionais.

Os apoiadores também assumiram a tarefa de atualização dos mapas territorial para as equipes do PHOC III. Havia construído apenas o mapa de uma das equipes, este foi atualizado e com a ajuda dos ACE, foram localizados os bolsões de foco de dengue na área de abrangência da unidade.

Para a outra equipe foi agendado com os ACS de referência um turno para construção do mesmo. Esse processo foi executado pela apoiadora residente do primeiro ano.

No apoio institucional a realização prática de tarefas também faz parte das atividades, isso não desqualifica sua função nem restringe. Sendo o profissional apoiador aquele que se pressupõe uma postura tanto analítica quanto operacional, este deve realizar suas funções de modo complementar às funções gerenciais, cabendo apoiar desde demandas de processo de trabalho até as demandas logística das unidades (CAMPOS et al, 2014).

4.2.3 Construção da Roda de Campo

Um dos espaços em que se desenvolve o processo educativo dos profissionais residentes é a roda, lugar de ensino e aprendizado onde ocorre a produção de conhecimentos, o compartilhamento de saberes, o estímulo ao desenvolvimento de competências dos profissionais; buscando fortalecer a autonomia do sujeito e do coletivo de forma contextualizada com a realidade vivida no campo de atuação dos residentes (SILVA e SOUSA, 2010).

São espaços propícios para refletir e criar estratégias de enfrentamento das situações problemas do cotidiano dos serviços de saúde, desenvolver o trabalho em equipe e a organização do trabalho em saúde, contribuindo para transformar as práticas profissionais e as relações destes com os usuários (SILVA e SOUSA, 2010).

A roda de campo foi o espaço em que o apoio institucional teve a oportunidade de trabalhar com os profissionais residentes o PMAQ-AB. Para a construção desse espaço, buscou-se uma metodologia, a qual fosse possível esclarecer todas as dúvidas que os profissionais residentes pudessem ter sobre o tema e ofertar instrumentos que pudessem qualificar os processos de trabalho.

Para isso, o preceptor do núcleo das sanitaristas, que também desempenha a função de apoiador pedagógico nas unidades, fez o convite a duas profissionais de referência da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB), a coordenadora e apoiadora institucional estadual, para abordar o tema nesse espaço. Além disso, ficou definido como minha tarefa na construção da roda de campo pesquisar e reunir um conjunto de instrumentos de registros para que

fossem disponibilizados aos profissionais, sempre na expectativa de qualificação do processo de trabalho nas unidades.

Participaram dessa roda os profissionais residentes que compunham as equipes das unidades de Piaçaveira e do PHOC III, os preceptores das unidades, os profissionais apoiadores e as duas convidadas da DAB/SESAB.

O espaço, de duas horas, foi dividido em dois momentos:

Primeiro momento: as profissionais convidadas apresentaram um pequeno vídeo onde foi esclarecido sobre o que era o PMAQ-AB, a avaliação externa, o que seria cobrado, quem responderia aos avaliadores. Após a apresentação do vídeo foi aberto um espaço para esclarecimento de dúvidas, o que permitiu aos profissionais refletir sobre sua realidade e seu processo de trabalho.

Foi um momento onde houve muita participação dos residentes, esse espaço precedeu a etapa da autoavaliação colaborando para a preparação dos residentes para a execução dessa fase.

No segundo momento, os apoiadores institucionais apresentaram para os profissionais os modelos de planilhas para registro das atividades realizadas na assistência. O fato da avaliação externa do PMAQ-AB cobrar registros foi uma oportunidade para que pudéssemos fazer a oferta desses instrumentos para qualificação do trabalho nas unidades de saúde.

O espaço privilegiado da roda de campo tornou-se essencial para esclarecimento de dúvidas e aprofundamento sobre o tema junto aos profissionais residentes, onde aconteceram a discussão e reflexão sobre o PMAQ-AB e suas fases. Permitiu aos trabalhadores residentes apropriação do conteúdo, trazendo facilidades para operacionalização e materialização das ações demandadas.

Enquanto apoio institucional, compreendemos que as ações voltadas para o PMAQ-AB não devem ser ações mecânicas apenas para cumprimento de tarefa, e sim ações que façam sentido para equipe, ações que promovam mudanças de posturas e assim, mudanças nos processos de trabalho dentro das unidades de saúde.

4.2.4 AMAQ-AB nas Unidades de Saúde

Os processos autoavaliativos são considerados dispositivos de reorganização da equipe e da gestão, sendo o ponto inicial para o desenvolvimento do PMAQ-AB. Os apoiadores institucionais decidiram como tarefa produzir uma planilha no *Excel* com todas as informações e fórmulas para calcular a pontuação da AMAQ-AB, uma vez que, naquele momento não seria utilizado o instrumento *on-line*.

A elaboração da planilha ficou sob minha responsabilidade. Esse momento me permitiu uma maior aproximação com o tema PMAQ-AB, onde pude discutir e esclarecer as dúvidas com o núcleo de sanitaristas. Além disso, munidos desse instrumento, no dia da atividade, o tempo foi otimizado e tivemos conosco os registros da pontuação de cada padrão, para posteriormente serem realizadas as análises dos dados.

A facilitação na aplicação do AMAQ-AB foi um momento de muita gratificação. Com laços estreitados com os profissionais das unidades, a atividade ocorreu de forma harmoniosa, trazendo comprometimento, construção e aprendizado, sendo possível acompanhar o grau de implicação dos profissionais com o processo.

A atividade foi conduzida de forma similar em cada unidade, iniciando com uma breve explanação sobre o instrumento e sua composição no PMAQ-AB, em seguida foi explicada a dinâmica de preenchimento e pontuação.

Orientados pelos apoiadores, os profissionais dividiram-se em suas equipes de referência (equipe 1 e 2 Piaçaveira, e equipe 1 e 2 PHOC III), onde reunidos tiveram a oportunidade de discutir e responder o instrumento. Participaram desse momento os profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e profissionais do NASF.

Superado essa primeira etapa de preenchimento do instrumento, à medida que as equipes foram terminando passavam seu instrumento para um apoiador e esse transferia a pontuação de cada padrão para a planilha de *excel* onde era obtida a soma e a classificação final.

Com a planilha preenchida, os apoiadores convidaram todos os profissionais a se reunirem em um mesmo espaço onde apresentaram os resultados. Nesse momento, as equipes puderam visualizar divergências em alguns padrões entre uma equipe e outra dentro da mesma unidade, mas compreenderam que os resultados eram particulares de cada equipe e refletia sua compreensão sobre a questão.

Em seguida, subsidiados pela classificação final de cada padrão as equipes realizaram a priorização e posterior construção da matriz de intervenção. Os profissionais apoiadores acompanharam e colaboraram para a discussão e o desenvolvimento da matriz de intervenção das equipes, onde depois de preenchidas também foram apresentadas para todos os profissionais da unidade.

Os momentos foram registrados em ata e todos os produtos da AMAQ-AB arquivados em cada unidade, assim, os profissionais podem resgatar, monitorar e reavaliar o alcance de suas metas.

- Explorando os resultados da AMAQ-AB

O PMAQ-AB tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores, assim, busca ofertar e provocar estratégias de educação permanente para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessas equipes (BRASIL, 2017b).

As atividades da educação permanente em saúde são consideradas uma importante ferramenta no cotidiano de trabalho, capaz de propiciar reconhecimento e valorização profissional, apresentando-se como recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação e autogestão, transformando o processo de trabalho (BRASIL, 2017b).

A consolidação da Atenção Básica como reorientadora do modelo de atenção no Brasil e o aprimoramento das práticas em saúde pressupõe um saber e um fazer em educação permanente integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais, além de mudanças no processo de trabalho em saúde, exigindo de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários. (BRASIL, 2017b).

A partir da realização AMAQ-AB pelas equipes e a análise individual de cada padrão realizada pelo apoio institucional (Apêndice A), foi possível a identificação de aspectos referentes às USFs (infraestrutura, equipamentos, insumos, medicamentos, etc.) e também às equipes (organização do processo de trabalho, assistência,

participação e controle social, PSE, etc.), que orientou o planejamento e ações dos apoiadores na atuação junto a essas unidades e equipes.

A análise da dimensão *Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde*, que é de autonomia das equipes, identificou os principais desafios a serem trabalhados:

- Organização do processo de trabalho: territorialização e reorganização da agenda;
- Organização do processo de trabalho: fortalecimento da gestão do cuidado;
- Organização do processo de trabalho: registros das atividades;
- Articulação com a rede assistencial;
- Desenvolver atividades de promoção à saúde;
- Desenvolver ações de vigilância à saúde;
- Fortalecimento da participação social;
- Alinhamento das ações do PSE.

O consolidado dos registros dos padrões permitiu a apresentação das situações-problemas servindo de subsídio para o apoio institucional construir estratégias de intervenção e monitoramento. Cabe aos apoiadores fomentar ações junto às equipes que objetivem o norteamento e a priorização das ações para superação dos desafios identificados, qualificando cada vez mais a assistência à saúde nas Unidades da Atenção Básica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica traz uma série de reorientações do processo de trabalho das equipes de saúde, com a finalidade de qualificar cada vez mais o trabalho em equipe e a assistência à saúde prestada no SUS. Essa ferramenta busca qualificar tanto a gestão quanto os trabalhadores da saúde.

A etapa da autoavaliação (AMAQ-AB) tornou-se um norte para o desenvolvimento das atividades nas unidades pré e pós avaliação externa. O instrumento possibilitou identificar temas pertinentes a organização do processo de trabalho das equipes. O relatório da AMAQ-AB, construído pelo apoio institucional, consolidou as situações-problemas tornando possível organizar ações pautadas nas necessidades sinalizadas, buscando estratégias para o enfrentamento dessas fragilidades e qualificação das potencialidades.

Foram dois meses de muitas atividades, visitas diárias às unidades e de intensa negociação com a gestão da Atenção Básica, com as equipes de saúde e com o próprio apoio institucional, possibilitando que todas as atividades fossem realizadas dentro do prazo.

A minha implicação enquanto apoiadora institucional no processo de desenvolvimento das atividades inerentes ao PMAQ-AB, propiciou uma aproximação maior com a gestão municipal e com os profissionais das unidades. A vivência nesse processo, enquanto residente atuando no apoio institucional, foi fundamental para ressignificar a função para os colegas, tanto quanto o reconhecimento pessoal.

O esforço e dedicação empregados pelo apoio institucional permitiu problematizar e refletir sobre a função, trazendo o reconhecimento de suas habilidades, competências, bem como, ferramenta potente para provocar mudanças e disputar espaços com objetivo de qualificar o serviço de saúde público.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado**/ Ana Lúcia Abrahão; Camilla Maia Franco (Orgs.). Niterói: CEAD-UFF, 2016.

AKERMAN, Marco. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos** / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ/ Faculdade de Medicina, 2010.

BONETTI, Gabriel. **Motivação dos funcionários em um escritório de contabilidade: aplicação do modelo dos dois fatores de Frederick Herzberg**. Florianópolis: UFSC/ Departamento de Ciências Contábeis, 2010.

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**. Brasília, DF, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF, 2005.

_____. 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 para as Equipes de Atenção Básica e NASF - 3º Ciclo (2015 - 2017)**. Brasília, DF, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica do DAB**. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica - Camaçari. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.658, de 12 de setembro de 2016**. Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/PORTARIA_PMAQ_3_CICLO_1658.pdf>. Acesso em: Out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SUS (DATASUS). c1991-2018. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: Jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2018. **Área, população e dados básicos dos municípios**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=2905701>>. Acesso em: Jan. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (PMC/SMS). **Relatório Anual de Gestão – 2016**. Camaçari: SMS/Prefeitura de Camaçari.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: Uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set, 2010. Disponível em: <<https://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/405/721>>. Acesso em: Jan. 2018.

SILVA, André Luis Façanha; SOUSA, Roberta Menezes. **A roda como espaço de co-gestão da residência multiprofissional em saúde da família do município de Sobral – CE**. SANARE, Sobral, v. 9, n. 2, p. 07-13, jul./dez. 2010.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.s173-s182,2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Fev. 2018.

APÊNDICE A – SÍNTESE DO RELATÓRIO DE ANÁLISE DA AMAQ-AB

- **Equipes de Atenção Básica**

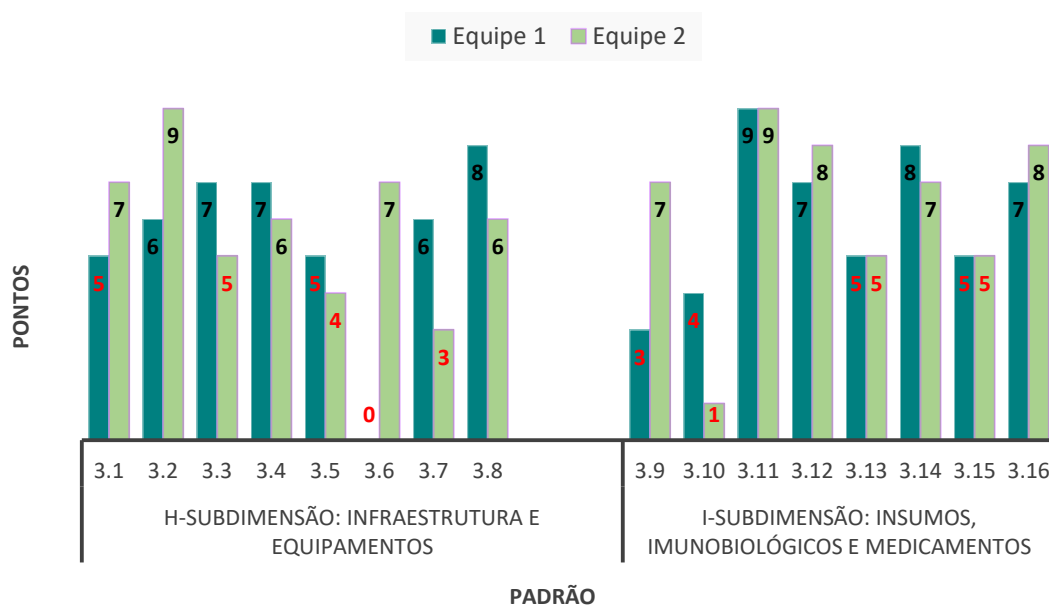
A dimensão *Unidade Básica de Saúde*, traz questões onde a unidade de saúde é o centro, dessa forma a análise feita considerou os resultados em conjunto, priorizando os padrões que foram destaques para as quatro equipes.

Observou-se que dos 16 padrões avaliados 13 foram registradas notas abaixo de seis. Para as equipes da USF Piaçaveira¹ nove desses tiveram pontuação menor que seis, o que corresponde 56,25%. Para as equipes da USF PHOC III² 11 questões tiveram pontuação abaixo da média, 68,75%.

Os padrões de números 3.5, 3.10, 3.13 foram mal avaliados por todas as equipes. Os padrões 3.6 e 3.9 foram mal avaliados por três equipes. Os demais itens foram mal avaliados por um ou duas equipes (Gráficos 1 e 2).

Cabe ressaltar que o padrão 3.15 não se aplica para a unidade do PHOC III, não sendo considerado na avaliação das equipes dessa unidade.

Gráfico 1 – Avaliação da dimensão: Unidade Básica de Saúde - Equipe Saúde da Família da USF Piaçaveira

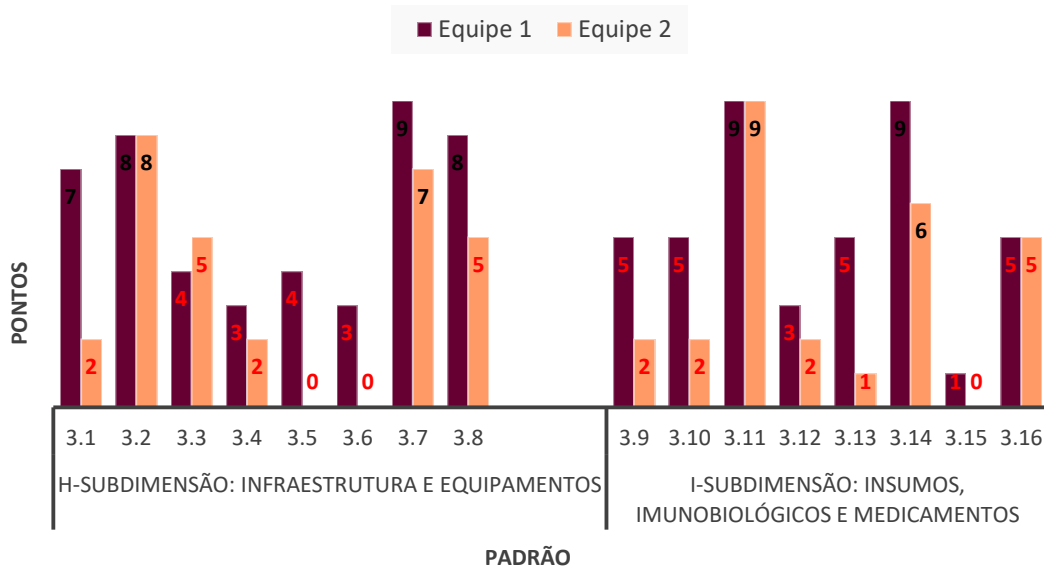


Fonte: o autor.

¹ Equipe 1 Piaçaveira- ESF/SB (INE 184780) e Equipe 2 Piaçaveira- ESF (INE 184799)

² Equipe 1 PHOC III- ESF (INE 184551) e Equipe 2 PHOC III- ESF/SB (INE 184578)

Gráfico 2 – Avaliação da dimensão: Unidade Básica de Saúde - Equipe Saúde da Família da USF PHOC III



Fonte: o autor.

A dimensão *Unidade Básica de Saúde* deve ser avaliada tanto pela gestão quanto pelas equipes de saúde, ainda que a resolutividade das ações não esteja prioritariamente na governabilidade das equipes, essas podem desenvolver estratégias sistemáticas auxiliares.

Considerando os resultados destacaram-se para intervenção os padrões 3.5, 3.6, 3.9, 3.10 e 3.13; que tratam desde a presença de materiais, equipamentos, insumos e medicamentos necessários para desenvolvimento das atividades; de transporte para as atividades externa; até a disponibilidade de insumos suficientes para desenvolvimento das atividades regulares. Sugere-se o desenvolvimento de atividades com intuito de melhorar a administração dos recursos citados.

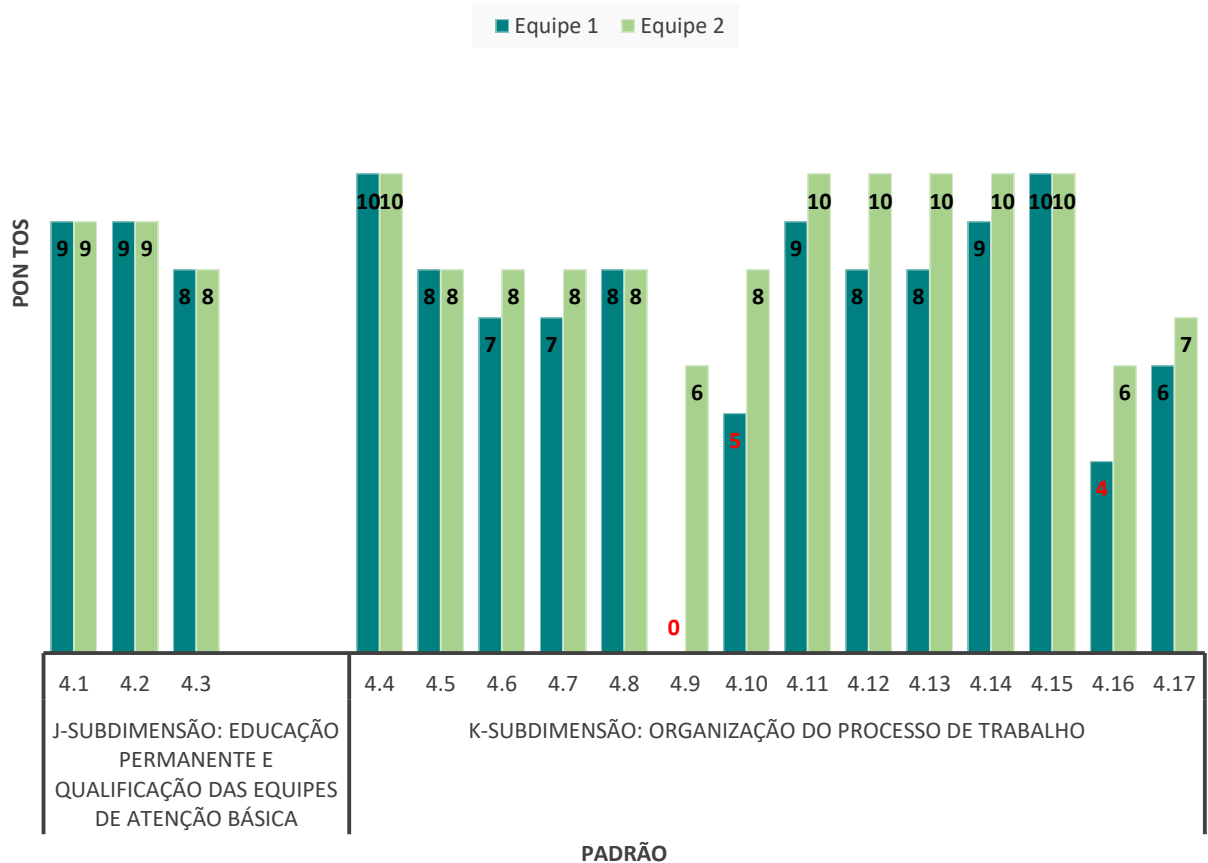
A segunda dimensão analisada foi *Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde*, tratando-se de uma dimensão de autonomia das equipes, onde o foco é a equipe e seu processo de trabalho, a análise dos padrões avaliados para intervenção foi feita individualmente, ou seja, dentro de cada unidade de saúde cada uma das equipes tiveram seus padrões prioritários passíveis de intervenção.

○ Equipes USF Piaçaveira

O gráfico 3 traz os resultados obtidos para as equipes da USF Piaçaveira. Verificou-se que dos 62 padrões analisados, 21 (33,8%) tiveram pontuação menor que seis para a Equipe 1 e apenas seis (9,6%) para a Equipe 2.

Pelo quantitativo de padrões mal avaliados pela Equipe 1 e pelo número elevado de notas zeros (11 questões, o que representa 52,3%), que divergiu muito do que foi observado na Equipe 2, esse resultado se traduz como sendo uma análise pouco criteriosa das questões por parte dos profissionais desta equipe. Uma vez que o zero representa a total inadequação/inexistência do padrão avaliado, essa divergência com profissionais que atuam numa mesma unidade, onde exercem suas práticas sob as mesmas condições, inclusive sob as mesmas bases teóricas, torna-se incoerente.

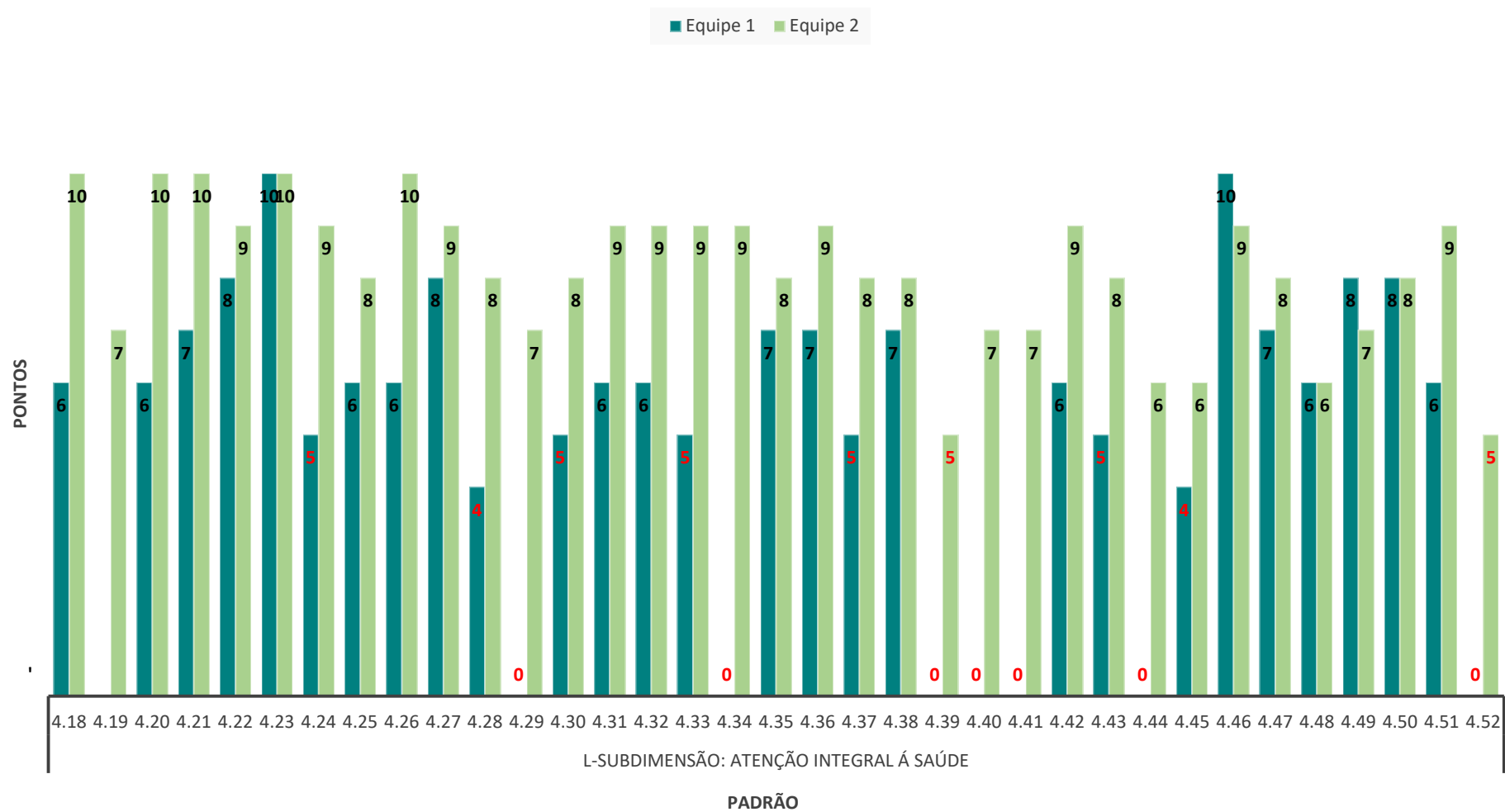
Gráfico 3 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde – Equipes Saúde da Família da USF Piaçaveira (continua)



Fonte: o autor.

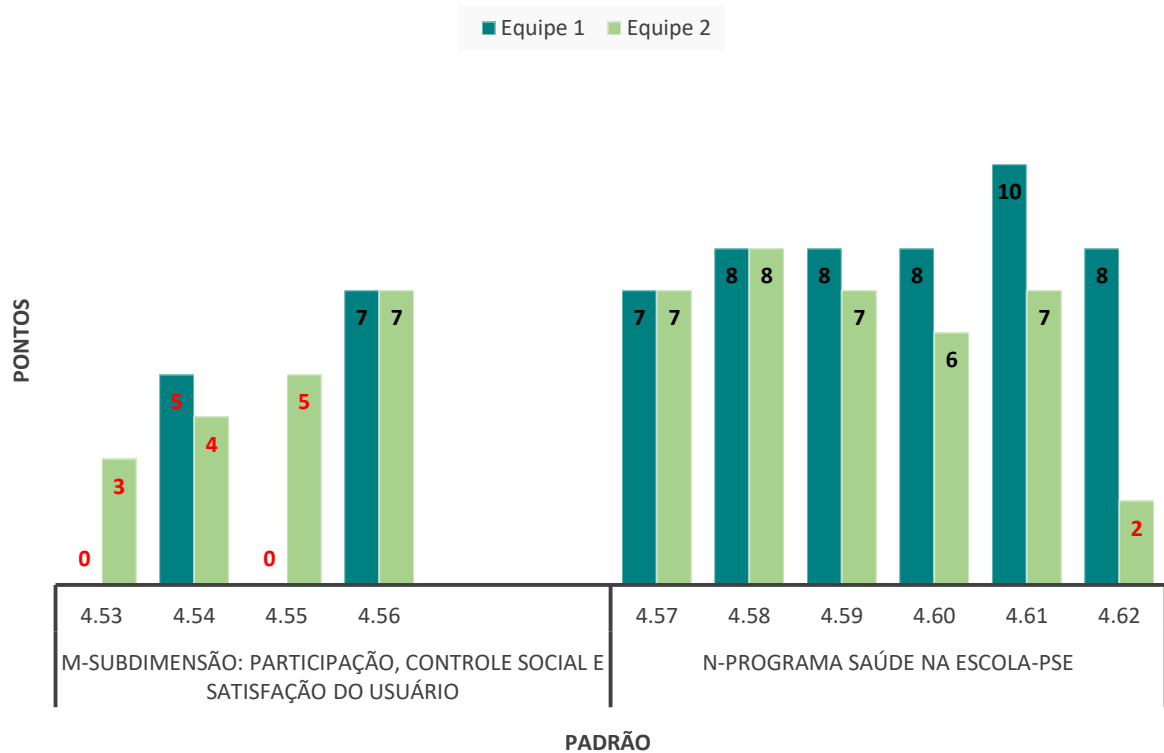
Gráfico 3 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde – Equipes Saúde da Família da USF Piaçaveira

(continua)



Fonte: o autor.

Gráfico 3 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde – Equipes Saúde da Família da USF Piaçaveira (conclusão)



Fonte: o autor.

Dentre os padrões avaliados com pontuação abaixo de seis para Equipe 1, observou-se alguns como o 4.33 e 4.34, que tratam de ações voltadas para os casos de tuberculose e hanseníase, que indicam uma análise equivocada por parte da equipe. Os casos de tuberculose e hanseníase quando identificados e notificados pelas equipes acionam a área técnica responsável do Departamento de Atenção Básica do município, que se implica no acompanhamento do caso junto as equipes, afim de que todas as ações necessárias sejam garantidas para que se tenha efetividade no tratamento do usuário.

Contudo, alguns itens identificados com notas ruins foram priorizados para serem trabalhados na equipe. Observou-se através dos itens 4.9, 4.16 e 4.28 que a equipe mantém dificuldade para registro de suas atividades. Recomenda-se que seja priorizado e definido dentro da agenda dos profissionais ao menos duas horas semanais para registro de suas atividades no sistema de informação e-SUS e que as equipes, se necessário, mantenham outros instrumentos de registros.

A priorização dos padrões 4.37 e 4.39 (também mal avaliado pela Equipe 2) que se referem a ações voltadas aos usuários de tabaco, álcool e outras drogas, deve-se a características do território, onde entre 2015 e 2017 foram identificados cinco casos de câncer de boca. Como intervenção deve ser priorizada a articulação da rede (acionar CAPS-AD) com o intuito de serem criadas estratégias para desenvolvimento de ações no território.

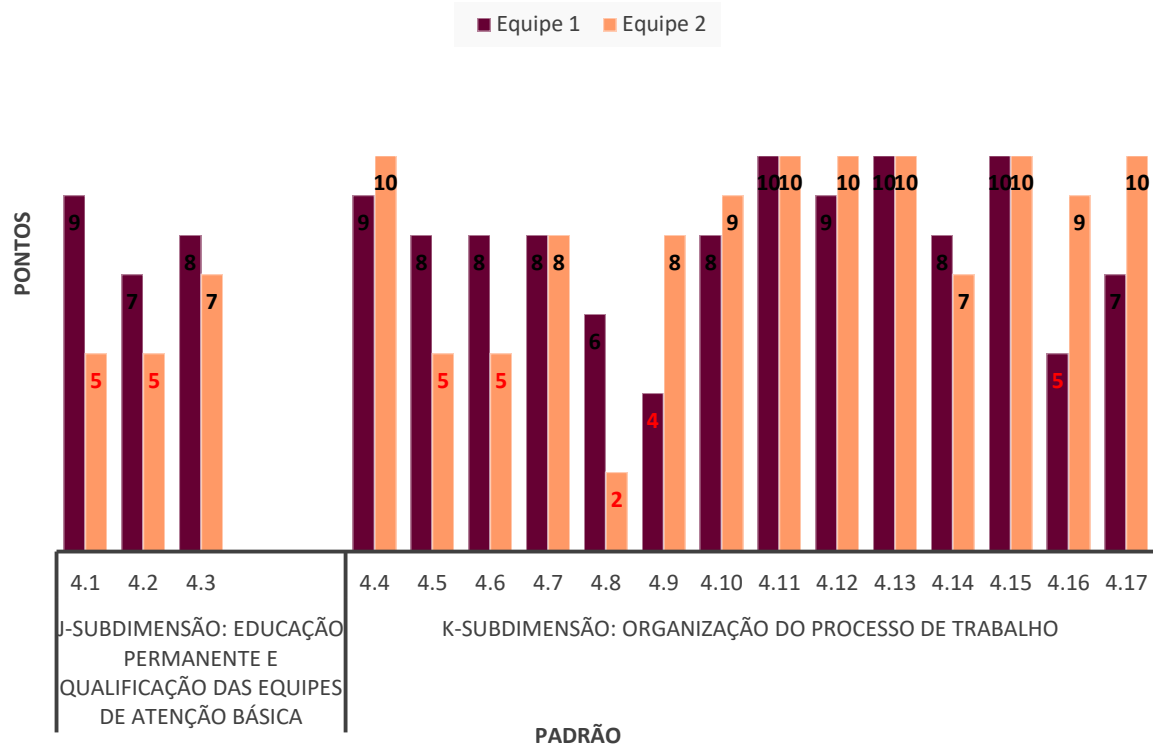
Observou-se que a Equipe 2 apresentou um percentual de 9,6% dos padrões avaliados com pontuação menor ou igual a cinco. O padrão 4.52 que trata das *Práticas Integrativas e Complementares*, as atividades foram indicadas com o intuito de potencializar tais ações dentro da unidade. Destacaram-se também, os padrões 4.53, 4.54 e 4.55 que trata da *Participação, controle social e satisfação do usuário*, onde ambas as equipes fizeram uma má avaliação. A partir desse resultado percebeu-se a necessidade do fortalecimento do usuário como gestor da unidade de saúde.

○ **Equipes USF PHOC III**

O gráfico 4 traz os resultados obtidos para as equipes da USF PHOC III. Verificou-se que dos 62 padrões analisados, 11 (17,7%) tiveram pontuação menor que seis para a Equipe 1 e 16 (25,8%) para a Equipe 2. Observou-se entre as equipes uma distinção nos itens avaliados com notas baixas, apenas três padrões coincidiram em serem considerados por ambas. Percebeu-se que apesar de terem aproximadamente o mesmo número de padrões mal avaliados, as dificuldades encontradas referentes a organização no processo de trabalho das equipes são singulares.

Observou-se através dos itens 4.9 e 4.16 que a equipe mantém dificuldades para realizar os registros de suas atividades. Os itens 4.24 e 4.25, demonstraram que a agenda e sua oferta de cuidado são questões que devem ser constantemente reavaliados e reajustados as necessidades do território.

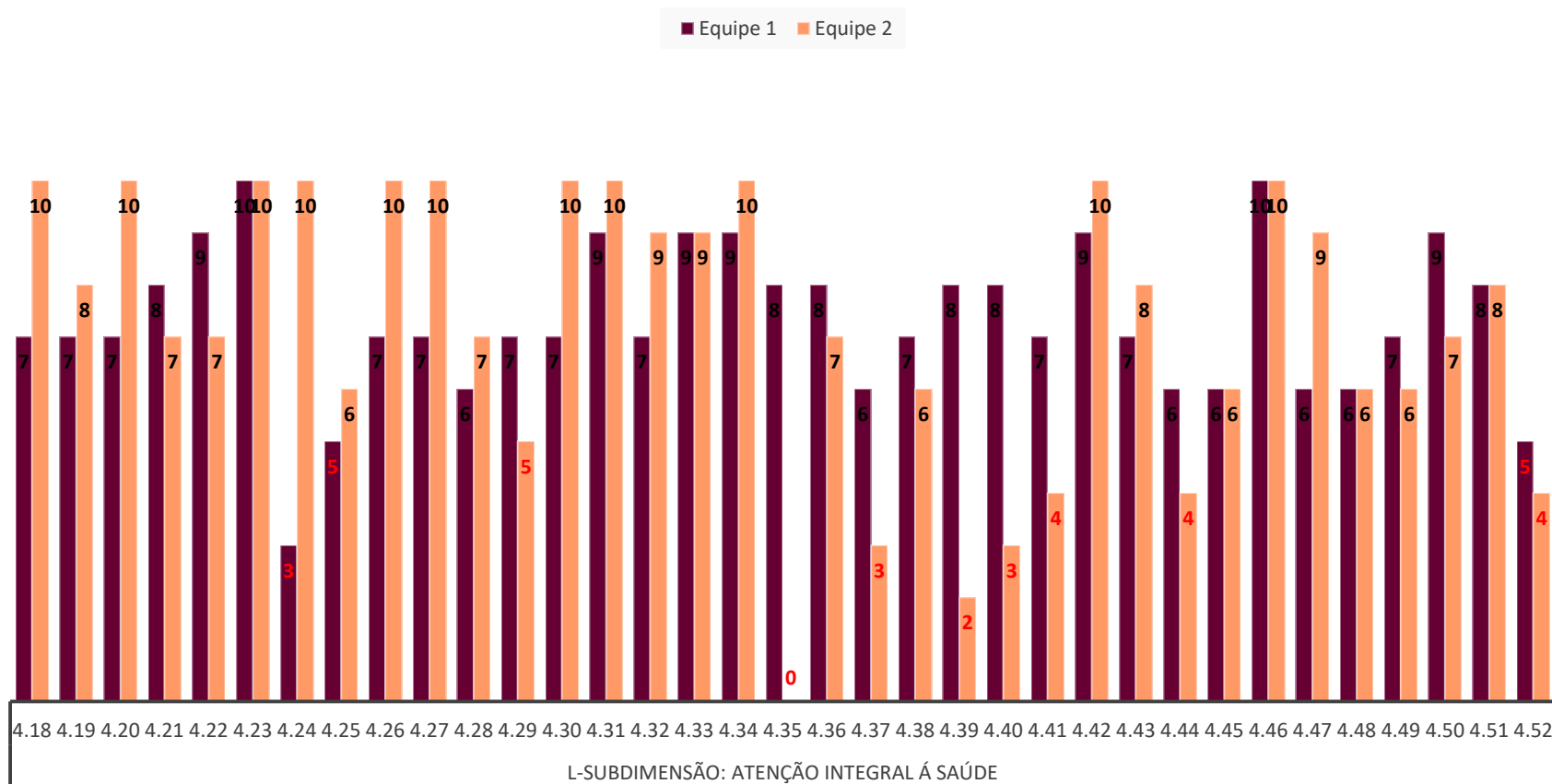
Gráfico 4 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde - Equipes Saúde da Família da USF PHOC III
(continua)



Fonte: o autor.

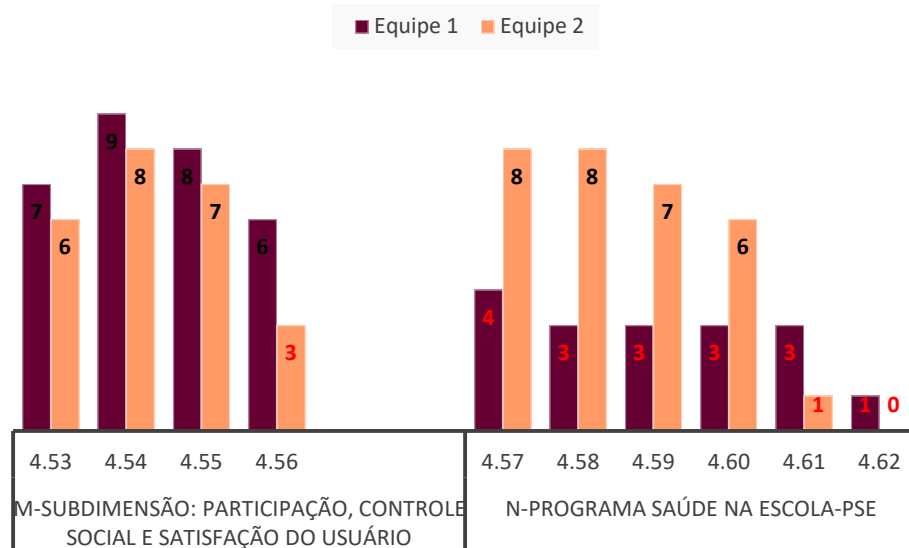
Gráfico 4 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde - Equipes Saúde da Família da USF PHOC III

(continua)



Fonte: o autor.

Gráfico 4 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde - Equipes Saúde da Família da USF PHOC III (conclusão)



Fonte: o autor

Os padrões de números 4.57 ao 4.62 que tratam de ações ligadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), revelou a necessidade de fortalecimento das ações do PSE, aproximação entre as equipes de saúde e as unidades escolares que participam do programa e articulação com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M).

A Equipe 2 teve 25,8% dos padrões avaliados com pontuação menor ou igual a cinco. Dos padrões identificados com notas negativas, três foram, considerados como prioridades; 4.5, 4.6 e 4.8. Os itens tratam do conhecimento do território, agenda e oferta de serviços. Notou-se a necessidade improrrogável da conclusão da territorialização para qualificação dos serviços ofertados, e assim realizar o planejamento das ações, a oferta de serviços, a priorização e reorganização da agenda.

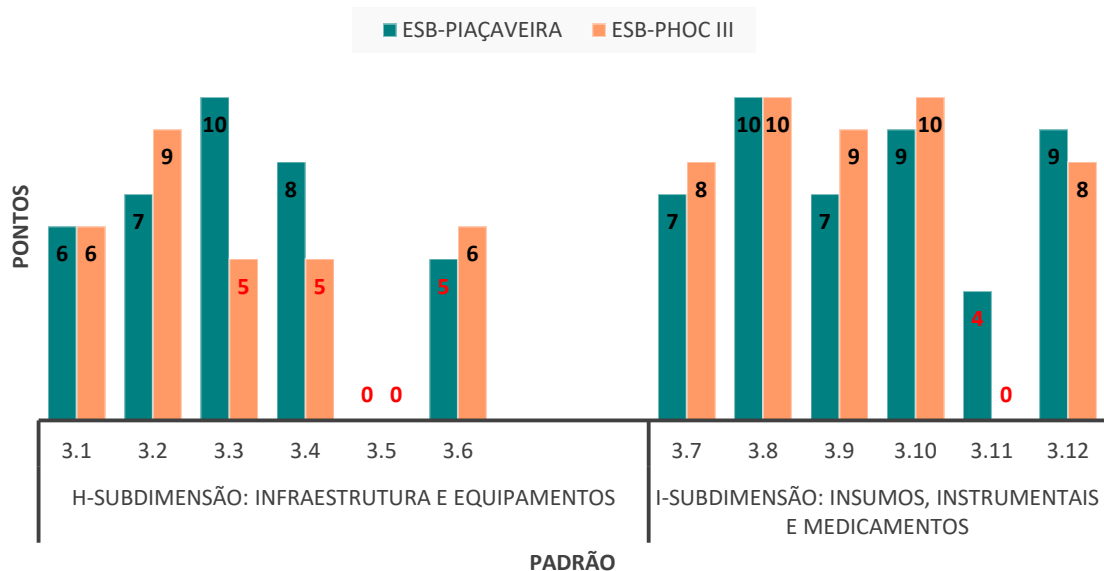
- **Equipes de Saúde Bucal**

A análise da dimensão *Unidade Básica de Saúde/ Consultório Odontológico*, trata-se de uma dimensão onde o consultório odontológico é avaliado, foram considerados para priorização os padrões destaques para as duas equipes de saúde bucal (USF Piaçaveira e USF PHOC III).

Observou-se que dos 12 padrões avaliados apenas cinco foram registrados com pontuação baixa, o que correspondem a 41,6% dos padrões avaliados com notas menor ou igual a cinco. Cabe ressaltar que o padrão 3.11 não se aplica para a unidade do PHOC III, não sendo considerado na avaliação da equipe dessa unidade.

Para a equipe de saúde bucal da USF Piaçaveira³, três padrões tiveram pontuação menor que seis. Para a equipe de saúde bucal da USF PHOC III⁴, também três dessas questões tiveram pontuação abaixo da média (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Avaliação da dimensão: Unidade Básica de Saúde/ Consultório Odontológico - Equipes Saúde Bucal das USF Piaçaveira e USF PHOC III



Fonte: o autor.

Apenas o padrão de número 3.5 foi mal avaliado por ambas as equipes. Os demais itens foram mal avaliados por apenas uma das equipes. Considerando os resultados destacaram-se os padrões 3.3, 3.5 e 3.11, pois esta dentro da governabilidade das equipes desenvolver ações que ajudem a superar as dificuldades.

A segunda dimensão analisada foi *Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde bucal*, tratando-se de uma dimensão de autonomia das equipes, onde o foco é o processo de trabalho. Da mesma forma que foi feita para

³ Equipe 1 Piaçaveira- ESF/SB (INE 184780)

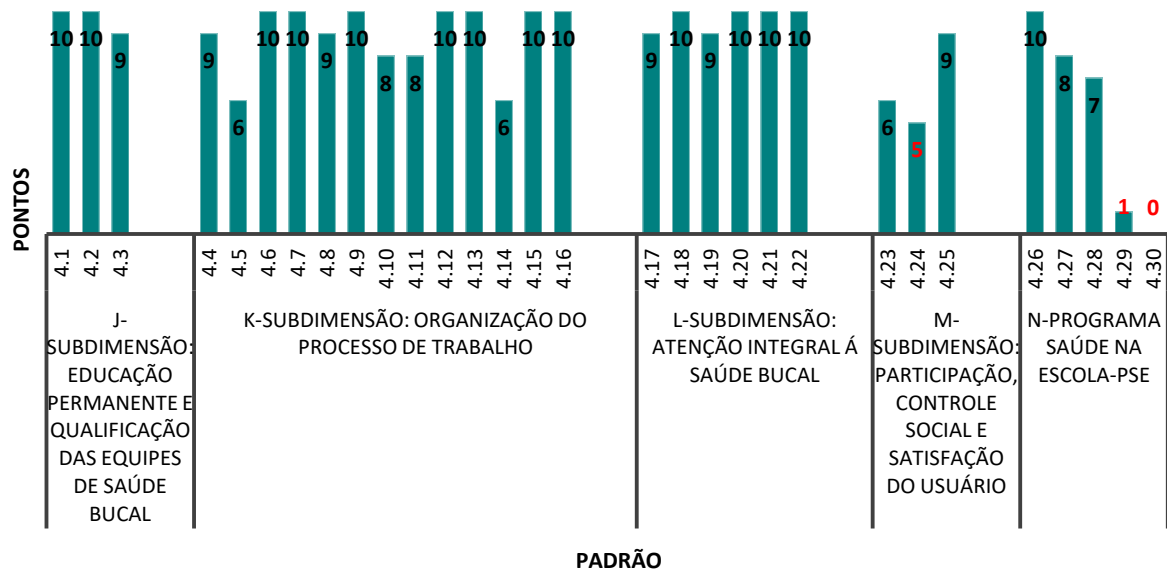
⁴ Equipe 2 PHOC III- ESF/SB (INE 184578)

as equipes de atenção básica a análise dos padrões foi realizada individualmente para cada equipe de saúde bucal.

○ Equipe Saúde Bucal USF Piaçaveira

O gráfico 7 traz os resultados obtidos para a equipes da USF Piaçaveira. Verificou-se que dos 30 padrões analisados, apenas três (10%) tiveram pontuação menor que seis.

Gráfico 7 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde bucal - Equipe Saúde Bucal da USF Piaçaveira



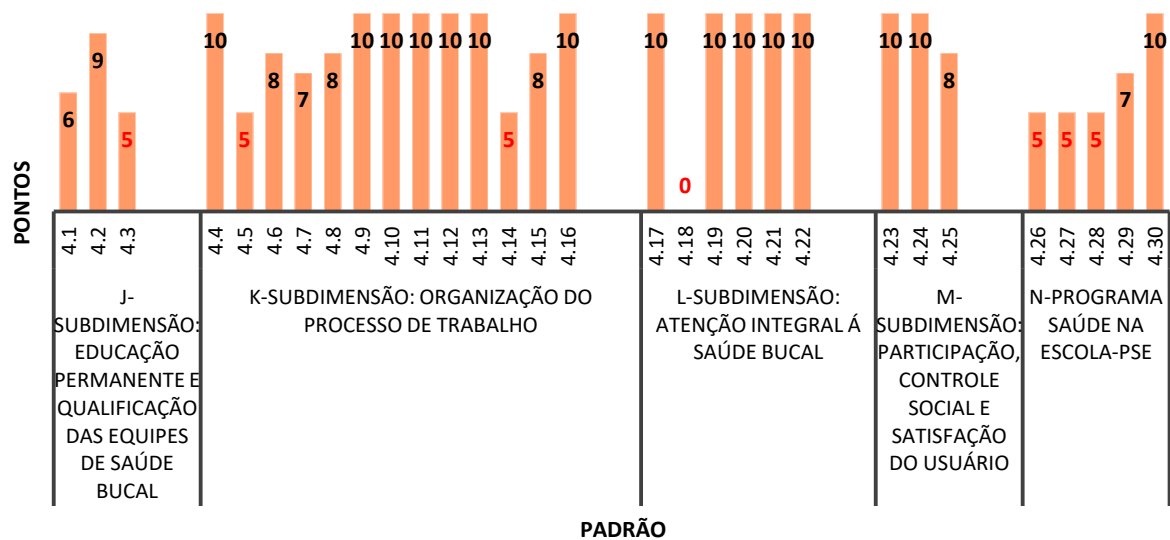
Fonte: o autor.

Dos três itens mal avaliados um trata da *Participação, controle social e satisfação do usuário* e os outros dois do PSE. Esses quesitos também foram identificados pela equipe de atenção básica da unidade, o resultado ratifica a necessidade do fortalecimento do usuário como cogestor da unidade de saúde.

○ **Equipe Saúde Bucal USF PHOC III**

Nos resultados obtidos para a equipe do PHOC III se observou que dos 30 padrões analisados sete (23,3%) tiveram pontuação menor que seis. Sendo que cinco itens tiveram pontuação igual a cinco e apenas um teve nota igual a zero (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Avaliação da dimensão: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde bucal – Equipe Saúde Bucal da USF PHOC III



Fonte: o autor.

O item 4.5 tratam do conhecimento sobre o território e oferta de serviços, assim como, para a equipe de atenção básica da USF PHOC III, se confirmou a necessidade da conclusão da territorialização para qualificação dos serviços ofertados.

Os padrões referentes ao PSE, 4.26 ao 4.30, revelou a necessidade de fortalecimento das ações do programa e planejamento integrado entre a equipe de saúde bucal e a equipe da atenção básica.

**APÊNDICE B – PADRÕES MAL AVALIADOS: EQUIPES – USF PIAÇAVEIRA/
USF PHOC III**

PADRÃO	DESCRIÇÃO
3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.
3.3	A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.
3.4	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades
3.5	A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.
3.6	O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.
3.7	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.
3.8	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.
3.9	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.
3.10	A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde.
3.12	A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.
3.13	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.
3.15	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.
3.16	A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.

APÊNDICE C – PADRÕES MAL AVALIADOS: EQUIPES 1 E 2– USF PIAÇAVEIRA

PADRÃO	DESCRIÇÃO
4.9	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.
4.10	A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.
4.16	A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.
4.19	A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.
4.24	A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.
4.28	A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).
4.29	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.
4.30	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc) com base na estratificação de risco.
4.33	A equipe desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose (TB) no território.
4.34	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância, de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento dos casos de hanseníase no território.
4.37	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.
4.39	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.
4.40	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.
4.41	A equipe de Atenção Básica desenvolve atividades que abordam conteúdos de saúde sexual.
4.43	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.
4.44	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental
4.45	A equipe realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.
4.52	A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica
4.53	A equipe de Atenção Básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.
4.54	A equipe de Atenção Básica reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.
4.55	A equipe de Atenção Básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.
4.62	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.

Fonte: o autor.

APÊNDICE D – PADRÕES MAL AVALIADOS EQUIPES 1 E 2 – USF PHOC III

PADRÃO	DESCRIÇÃO
4.1	Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica.
4.2	A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.
4.5	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.
4.6	A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.
4.8	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.
4.9	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.
4.16	A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.
4.24	A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.
4.25	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.
4.29	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.
4.35	A equipe possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigo.
4.37	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.
4.39	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.
4.40	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.
4.41	A equipe de Atenção Básica desenvolve atividades que abordam conteúdos de saúde sexual.
4.44	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental
4.52	A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica
4.56	A equipe de Atenção Básica disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.
4.57	A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos por meio de avaliação das condições de saúde.
4.58	A equipe encaminha os alunos da rede pública escolar identificados com alterações nas condições de saúde para a rede de atenção à saúde
4.59	A equipe atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.
4.60	A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referente a temas do Programa Saúde na Escola (PSE).
4.61	As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas acompanhadas pela equipe e Atenção Básica.
4.62	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.

Fonte: o autor.

**APÊNDICE E – PADRÕES MAL AVALIADOS EQUIPES SAÚDE BUCAL – USF
PIAÇAVEIRA/ USF PHOC III**

PADRÃO	DESCRIÇÃO
3.3	O consultório odontológico possui planejamento dos serviços de manutenção das instalações físicas e dos equipamentos odontológicos de forma regular e sistemática.
3.4	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais.
3.5	O deslocamento dos profissionais das equipes de Saúde Bucal para a realização de atividades externas programadas é realizado por meio de veículo oficial.
3.6	A Unidade Básica de Saúde e o consultório odontológico estão adequados para os atendimentos às pessoas com deficiência, aos analfabetos e aos idosos.
3.11	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica prescritos com maior frequência pelo cirurgião-dentista.
4.3	A equipe de Saúde Bucal participa de cursos de atualização e de qualificação.
4.5	A equipe de Saúde Bucal planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.
4.14	A equipe de Saúde Bucal utiliza informações dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal.
4.18	A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer bucal.
4.24	A equipe de Saúde Bucal disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.
4.26	A equipe de Saúde Bucal atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde bucal dos educandos por meio de avaliação das condições de saúde.
4.27	A equipe de Saúde Bucal atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.
4.28	A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referente a temas do Programa Saúde na Escola.
4.29	As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas acompanhadas pela equipe de Atenção Básica.
4.30	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.

Fonte: o autor.

ANEXO A – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO AMAQ-AB: PARTE I – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA.

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
	I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos	
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa)

Fonte:Brasil, 2017.

ANEXO B – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO AMAQ-AB: PARTE II – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL.

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da saúde bucal na atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
GESTÃO E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Coordenação de Saúde Bucal	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Gestão do monitoramento e da avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Unidade Básica de Saúde/Consultório Odontológico	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, instrumentais e medicamentos
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Saúde Bucal
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde bucal
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa)

Fonte: Brasil, 2017.