UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

DIEGO ROBERTO MELONI

Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde

Ribeirão Preto
2020

DIEGO ROBERTO MELONI

Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Estudos em Atenção Primária e Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Ribeirão Preto
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Meloni, Diego Roberto
Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde. Ribeirão Preto, 2020.
413 p. : il. ; 60 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Estudos em Atenção Primária e Saúde da família.
Orientador: Dal Fabbro, Amaury Lelis.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Integralidade do cuidado. 4. Necessidades e Demanda de serviços de saúde 5. Intervenções organizacionais.

MELONI, Diego Roberto. **Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde**. 2020. 413 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Aprovado em: 17/04/2020

Banca Examinadora

Prof. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava

Instituição: FMRP USP

Julgamento: Aprovado

Profa. Dr. Marco Akerman

Instituição: FSP- USP

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira

Instituição: FOP-UNICAMP

Julgamento: Aprovado

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

À Deus,

Aos meus pais,

À minha família,

Ao SUS.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar presente em minha vida e ter me dado a oportunidade dos estudos.

Aos meus pais José e Neide, pela simplicidade, honestidade, força e auxílio em todos os momentos.

A minha companheira Gabriela e minha filha Maria, pelo amor, paciência, compreensão e auxílio.

Ao meu irmão Gabriel, pela parceria e companheirismo.

Ao meu orientador Prof. Dr° Amaury Lelis Dal Fabbro, pelo apoio, aprendizado, sabedoria, leveza, ensinamentos e amizade.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo.

A todos os professores e colaboradores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP pelos aprendizados.

Às equipes de gestão e trabalhadores do SUS que vivenciam diariamente o cuidado em saúde no âmbito da atenção básica.

Aos cidadãos brasileiros que são os principais atores do motivo dessa pesquisa na busca de melhorias e qualidade no SUS.

A todos que defendem e lutam pela consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

*"**Navegar é preciso***

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa:
"Navegar é preciso; viver não é preciso".

Quero para mim o espírito [d]esta frase,
transformada a forma para a casar como eu sou:

Viver não é necessário; o que é necessário é criar.
Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-la penso.
Só quero torná-la grande,
ainda que para isso tenha de ser o meu corpo
e a (minha alma) a lenha desse fogo.

Só quero torná-la de toda a humanidade;
ainda que para isso tenha de a perder como minha.
Cada vez mais assim penso.

Cada vez mais ponho da essência anímica do meu sangue
o propósito impessoal de engrandecer a pátria e contribuir
para a evolução da humanidade.

É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça."

(Fernando Pessoa)

*"**A vida ensina***

De estagiário aprendiz numa recepção de UBS,
Agendar consultas e entregar encaminhamentos de bicicleta,
Pude enxergar o PSF de maneira correta,
E o significado que fazia na vida daquelas pessoas na certa!

O chão de fábrica me fez ver,
Que mudanças ali não era pra crer,
O caminho era estudar,
Para o futuro mudar.

Esse processo não foi fácil,
Corre atrás do tempo perdido,
A opção era pagar,
Para a faculdade poder cursar.

Entre trabalho e estudos,
Um novo mundo se abriu,
O apoio dos meus pais, incessante se fez,
E tornou o sonho, sólido de vez.

Na residência o SUS é apresentado,
Parece até que fui picado,
Vivência pura da vida real,
Em que na formação não há nada igual.

De Campinas à Brasília,
Do federal ao municipal,
As vivências práticas se misturam com a teoria,
E esse processo constante de construção não pára,
Porque só a vida, ensina e repara!"

(Pequeno poema sobre a trajetória de vida, Diego Meloni)

RESUMO

MELONI, Diego Roberto. **Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde**. 2020. 413 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

O objetivo desta pesquisa foi identificar e avaliar as intervenções organizacionais que podem causar impacto no desempenho dos serviços de atenção primária à saúde para promover o acesso e integralidade da assistência em saúde. Para isso, foi utilizado métodos mistos para avaliação de 38.865 equipes de atenção básica participantes do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na atenção básica do Ministério da Saúde e 16 equipes de atenção básica do município de Ribeirão Preto- SP. Os resultados mostraram que aspectos referentes a estrutura e processo de trabalho possuem impacto no desempenho das equipes, com grande variabilidade nas regiões do Brasil. A média de desempenho final foi maior na região Nordeste com 6,2 (1,18) e menor na região Norte com 5,33 (1,15). As equipes com desempenho <6 quanto ao acesso, organização e processo de trabalho possuem 47,3 vezes a chance de apresentar nota final de certificação <6, quando comparadas às equipes com desempenho ≥ 6. Na análise de conteúdo, as categorias dos fatores limitantes para o acesso foram demanda espontânea excessiva, *modus operandi* do usuário, falta de estrutura, complexidades do território e questões do processo de trabalho. Nas categorias dos facilitadores do acesso foram encontradas as estratégias para o acesso, trabalho em equipe, vínculo, atividades em grupo e atividades de planejamento. A conclusão apresenta que a estrutura física, estrutura de tecnologia de informação e comunicação, materiais e insumos sempre disponíveis, coordenação e continuidade do cuidado nos ciclos de vida, de acordo com as necessidades do território adscrito são estratégias que promovem o acesso e a integralidade da assistência no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde (APS). Acesso aos serviços de saúde. Integralidade do cuidado. Necessidades e demanda de serviços de saúde. Intervenções organizacionais.

ABSTRACT

MELONI, Diego Roberto. **Organizational strategies for access and comprehensive care in primary health care**. 2020. 413 f. Thesis (Doctorate in Public Health) - Postgraduate Program in Public Health, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

The objective of this research was to identify and evaluate the organizational interventions that can impact the performance of primary health care services to promote access and comprehensive health care. For this, mixed methods were used to evaluate 38,865 primary care teams participating in the third cycle of the Access and Quality Improvement Program in primary care from the Ministry of Health and 16 primary care teams from the city of Ribeirão Preto-SP. The results show that aspects related to the structure and work process have an impact on the teams' performance, with great variability in the regions of Brazil. The average final performance was higher in the Northeast with 6.2 (1.18) and lower in the North with 5.33 (1.15). Teams with performance <6 in terms of access, organization and work process have a 47.3 times chance of presenting a final certification score <6, when compared to teams with performance> = 6. In the content analysis, the categories of the limiting factors for access were excessive spontaneous demand, user modus operandi, lack of structure, complexities of the territory and work process issues. In the categories of access facilitators, strategies for access, teamwork, bonding, group activities and planning activities were found. The conclusion shows that the physical structure, structure of information and communication technology, materials and inputs always available, coordination and continuity of care for life cycles, according to the needs of the territory entered, are strategies that promote access and integrality of assistance within the scope of primary health care.

Keywords: Primary Health Care (PHC). Access to health services. Comprehensiveness of care. Health services needs and demand. Organizational interventions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resultados de uma re-análise da prevalência mensal de doenças na comunidade por Green et al, 2001 72

Figura 2 - Conceituação do acesso adaptado por Levesque et al (2013) 82

Figura 3 - Determinantes da saúde propostos por Dahlgren e Whitehead 101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Box Plot do Desempenho dos indicadores nas regiões do Brasil 182

Gráfico 2 - Box Plot do Desempenho da Avaliação Externa 288

Gráfico 3 - Box Plot do Desempenho da Certificação Final de acordo com a nota no 3° Ciclo do PMAQ AB 293

Gráfico 4 - Box Plot do Desempenho da Certificação Final de acordo com porcentagem obtida no 3° Ciclo do PMAQ AB 294

Gráfico 5 - Box Plot sobre a Influência da nota dos indicadores e da avaliação externa no desempenho da Certificação Final no 3° Ciclo do PMAQ AB 300

Gráfico 6 - Eixo 1 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil 312

Gráfico 7 - Eixo 2 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil 313

Gráfico 8 - Eixo 3 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil 314

Gráfico 9 - Eixo 4 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil 315

Gráfico 10 - Eixo 5 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil 315

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Média das notas finais da autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas UF 147

Mapa 2 - Média das notas finais da autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões de saúde (CIR) nas UF 147

Mapa 3 - Média das notas finais dos indicadores das equipes do PMAQ AB nas UF 183

Mapa 4 - Média das notas finais dos indicadores das equipes do PMAQ AB nas CIR 184

Mapa 5 - Média do desempenho da dimensão estrutura das equipes do PMAQ AB nas UF 203

Mapa 6 - Média do desempenho da dimensão estrutura das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF 204

Mapa 7 - Média do desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes do PMAQ AB nas UF 267

Mapa 8 - Média do desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF 268

Mapa 9 - Média do desempenho da dimensão estrutura e processo de trabalho nas equipes do PMAQ AB nas UF 284

Mapa 10 - Média do desempenho da dimensão estrutura e processo de trabalho das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF 285

Mapa 11 - Média do desempenho da avaliação externa nas equipes do PMAQ AB nas UF 289

Mapa 12 - Média do desempenho da avaliação externa das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF 290

Mapa 13 - Média da certificação de desempenho final nas equipes do PMAQ AB nas UF 295

Mapa 14 - Média da certificação de desempenho final nas equipes do PMAQ AB nas CIRs 296

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura eSF e eAB nas regiões do Brasil 138

Tabela 2 - Distribuição dos percentuais para a certificação das equipes no PMAQ AB 138

Tabela 3 - Distribuição da adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB por regiões no Brasil 139

Tabela 4 - Distribuição da adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB por tipologia de equipes nas regiões no Brasil 140

Tabela 5 - Análise da autoavaliação das equipes do PMAQ AB no Brasil 141

Tabela 6 - Análise da autoavaliação por tipologia de equipes do PMAQ AB no Brasil 142

Tabela 7 - Análise da autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil 143

Tabela 8 - Análise da autoavaliação por tipologia de equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil 143

Tabela 9 - Análise da classificação de desempenho versus a autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil 144

Tabela 10 - População cadastrada no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica 152

Tabela 11 - Média de cadastros individuais no SISAB 153

Tabela 12 - Média de cadastros individuais por equipe no SISAB por regiões 153

Tabela 13 - Estratificação de cadastros individuais por equipe de atenção básica no SISAB 154

Tabela 14 - Estratificação de cadastros individuais por equipe de atenção básica no SISAB acima do limite máximo 154

Tabela 15 - Índice de efetividade de cadastramento individual por região do Brasil 155

Tabela 16 - Variação do número de cadastros potenciais por região do Brasil 156

Tabela 17 - Total de atendimentos de médicos e enfermeiros nas regiões do Brasil 158

Tabela 18 - Atendimento potenciais no ano nas regiões do Brasil 158

Tabela 19 - Índice de Acesso Obtido na AB nas regiões do Brasil 160

Tabela 20 - Atendimentos médicos e de enfermeiros nas regiões do Brasil 160

Tabela 21 - Média potencial de atendimentos médicos e de enfermeiros 161

Tabela 22 - Consultas por demandas espontâneas nas regiões do Brasil 165

Tabela 23 - Porcentagem de consultas por demanda espontânea nas regiões do Brasil 166

Tabela 24 - Consultas agendadas nas regiões do Brasil 167

Tabela 25 - Porcentagem de consultas agendadas nas regiões do Brasil 167
Tabela 26 - Atendimentos por condição avaliada nas regiões do Brasil 168
Tabela 27 - Porcentagem de consultas por condições avaliadas nas regiões do Brasil 169
Tabela 28 - Cadastros de mulheres de faixa etária 25 a 64 anos nas regiões do Brasil 172
Tabela 29 - Número de coletas de exames citopatológico do colo do útero nas regiões do Brasil 173
Tabela 30 - Porcentagem de cobertura realizada de coletas de exames citopatológico do colo do útero nas regiões do Brasil 173
Tabela 31 - Atendimentos de primeira consulta odontológica programática nas regiões do Brasil 175
Tabela 32 - Encaminhamentos para o serviço especializado nas regiões do Brasil 176
Tabela 33 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas nas regiões do Brasil 178
Tabela 34 - Serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica nas regiões do Brasil 178
Tabela 35 - Serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica com saúde bucal nas regiões do Brasil 180
Tabela 36 - Avaliação de desempenho dos indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 180
Tabela 37 - Equipes insatisfatórias ou desclassificadas no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 181
Tabela 38 - Nota de desempenho dos indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 181
Tabela 39 - Avaliação Externa da dimensão estrutura das UBS nas regiões do Brasil 188
Tabela 40 - Quantidade de consultórios clínicos nas UBS 188
Tabela 41 - Quantidade de consultórios clínicos nas UBS por região no Brasil 189
Tabela 42 - Quantidade de computadores nas UBS nas regiões do Brasil 189
Tabela 43 - Acesso à internet nas UBS nas regiões do Brasil 190
Tabela 44 - Status da conexão de internet nas UBS nas regiões do Brasil 190
Tabela 45 - UBS com telefones funcionando nas regiões do Brasil 191
Tabela 46 - UBS com tablets nas regiões do Brasil 191
Tabela 47 - UBS com impressoras nas regiões do Brasil 192
Tabela 48 - Recepção e lugares suficientes das UBS nas regiões do Brasil 192
Tabela 49 - UBS que oferta vacinação nas regiões do Brasil 193
Tabela 50 - Salas de vacina sem computador das UBS nas regiões do Brasil 193

Tabela 51 - Salas de vacina sem computador das UBS nas regiões do Brasil 193
Tabela 52 - Salas de curativo e procedimentos das UBS nas regiões do Brasil 194
Tabela 53 - Salas de coletas de exames e inalação das UBS nas regiões do Brasil 194
Tabela 54 - Salas de observação de curta duração das UBS nas regiões do Brasil 195
Tabela 55 - Salas exclusivas para os ACS nas UBS nas regiões do Brasil 195
Tabela 56 - Teste rápido de sífilis e gravidez sempre disponível nas UBS nas regiões do Brasil 196
Tabela 57 - Teste rápido de hepatite B e C sempre disponível nas UBS nas regiões do Brasil 196
Tabela 58 - Teste rápido de HIV sempre disponível nas UBS nas regiões do Brasil 197
Tabela 59 - Teste rápido de malária e pesquisa de plasmódio sempre disponível nas UBS das regiões do Brasil 197
Tabela 60 - Dispositivo Intra- Uterino sempre disponível nas UBS das regiões do Brasil 198
Tabela 61 - Preservativo masculino e feminino sempre disponível nas UBS das regiões do Brasil 198
Tabela 62 - Insumos para atendimento de urgência nas UBS das regiões do Brasil 199
Tabela 63 - Prática de Medicina Tradicional Chinesa nas UBS das regiões do Brasil 199
Tabela 64 - Desempenho da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil 200
Tabela 65 - Percentual do desempenho da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil 201
Tabela 66 - Estratificação do desempenho da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil 201
Tabela 67 - Desempenho obtido da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil 201
Tabela 68 - Estratificação de equipes com avaliação de desempenho na Dimensão Processo de Trabalho por regiões no Brasil 209
Tabela 69 - Apoio matricial para as equipes de AB nas regiões do Brasil 210
Tabela 70 - Educação Permanente para as equipes de AB nas regiões do Brasil ... 210
Tabela 71 - Telessaúde nas equipes de AB nas regiões do Brasil 211
Tabela 72 - Telessaúde implantado nas UBS nas regiões do Brasil 211
Tabela 73 - Dificuldades para o uso do Telessaúde pelas equipes nas regiões do Brasil 212
Tabela 74 - Tamanho do território de atuação das equipes de atenção básica nas regiões do Brasil 213

Tabela 75 - Número de pessoas sob a responsabilidade das equipes de atenção básica nas regiões do Brasil 213
Tabela 76 - Média de pessoas adscritas nas equipes de atenção básica nas regiões do Brasil 214
Tabela 77 - Porcentagem de área descoberta pelas equipes de atenção básica nas regiões do Brasil 214
Tabela 78 - Frequência de atendimentos de pessoas fora de área pelas equipes de atenção básica nas regiões do Brasil 215
Tabela 79 - Quantidade de equipes com Prontuário Eletrônico nas regiões do Brasil 215
Tabela 80 - Quantidade de equipes com Prontuário Eletrônico nas regiões do Brasil 216
Tabela 81 - Periodicidade da reunião de equipe nas regiões do Brasil 216
Tabela 82 - Periodicidade da reunião de equipe nas regiões do Brasil 217
Tabela 83 - Periodicidade da reunião de planejamento nas regiões do Brasil 217
Tabela 84 - Possibilidades para agendamento de consultas nas UBS nas regiões do Brasil 219
Tabela 85 - Possibilidades para agendamento de consultas nas UBS nas regiões do Brasil 219
Tabela 86 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado no Brasil 220
Tabela 87 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado nas regiões do Brasil 220
Tabela 88 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado nas regiões do Brasil 221
Tabela 89 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado nas regiões do Brasil 221
Tabela 90 - Estudo da demanda espontânea nas regiões do Brasil 222
Tabela 91 - Acolhimento da demanda espontânea nas regiões do Brasil 222
Tabela 92 - Principais fluxos para o acolhimento à demanda espontânea nas regiões do Brasil 223
Tabela 93 - Estratégias utilizadas no acolhimento à demanda espontânea nas regiões do Brasil 223
Tabela 94 - Utilização de protocolos no acolhimento à demanda espontânea nas regiões do Brasil 224
Tabela 95 - Estratégias de acesso ao usuário pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 224
Tabela 96 - Equipes que ofertam coleta de exames nas regiões do Brasil 225
Tabela 97 - Tipos de exames coletados pelas equipes de AB nas UBS das regiões do Brasil 225

Tabela 98 - Equipes de AB que realizam Eletrocardiograma nas regiões do Brasil 226
Tabela 99 - Equipes de AB que realizam drenagem de abscesso e sutura de ferimentos nas regiões do Brasil 226
Tabela 100 - Equipes de AB que realizam retirada de pontos e lavagem de ouvido nas regiões do Brasil 227
Tabela 101 - Equipes de AB que realizam procedimentos de extração de unha e curativos nas regiões do Brasil 227
Tabela 102 - Equipes de AB que realizam nebulização e inalação nas regiões do Brasil 228
Tabela 103 - Equipes de AB que realizam medicações injetáveis nas regiões do Brasil 228
Tabela 104 - Equipes de AB que realizam inserção de DIU nas regiões do Brasil .. 229
Tabela 105 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil 230
Tabela 106 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil 230
Tabela 107 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil 231
Tabela 108 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil 231
Tabela 109 - Formas de encaminhamento da AB para atenção especializada nas regiões do Brasil 232
Tabela 110 - Formas de encaminhamento da AB para atenção especializada nas regiões do Brasil 232
Tabela 111 - Formas de encaminhamento da AB para atenção especializada nas regiões do Brasil 233
Tabela 112 - Equipes de atenção básica que realizam planejamento familiar nas regiões do Brasil 234
Tabela 113 - Atenção ao câncer de colo de útero realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 234
Tabela 114 - Atenção ao câncer de colo de útero realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 235
Tabela 115 - Atenção ao câncer de mama realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 235
Tabela 116 - Busca ativa em atenção ao câncer de útero e mama realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 236
Tabela 117 - Consulta de pré-natal e registro de gestantes de alto risco nas regiões do Brasil 237
Tabela 118 - Equipes de AB que recebem o exame de VDRL das gestantes em tempo oportuno nas regiões do Brasil 237

Tabela 119 - Equipes de AB que realizam consulta de puerpério até uma semana após o parto nas regiões do Brasil 238
Tabela 120 - Equipes de AB que realizam aplicação de penicilina G benzatina nas UBS das regiões do Brasil 238
Tabela 121 - Atenção às crianças desde o nascimento até os dois anos de vida nas regiões do Brasil 239
Tabela 122 - Equipes de AB que realizam consultas para pessoas com hipertensão nas regiões do Brasil 240
Tabela 123 - Média do tempo de espera para primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 240
Tabela 124 - Registro de risco/gravidade e encaminhamento para especialidade de pessoas com hipertensão arterial pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 241
Tabela 125 - Equipes de AB que realizam consulta para pessoas com diabetes nas regiões do Brasil 241
Tabela 126 - Média do tempo de espera para primeira consulta de pessoas com diabetes pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 242
Tabela 127 - Registro de risco/gravidade e encaminhamento para especialidade de pessoas com diabetes pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 242
Tabela 128 - Registro de risco/gravidade e encaminhamento para especialidade de pessoas com diabetes pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 243
Tabela 129 - Equipes de AB que ofertam grupos de educação em saúde para perde de peso nas regiões do Brasil 243
Tabela 130 - Registro de pessoas com tuberculose pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 244
Tabela 131 - Tipo de acompanhamento dos pacientes com tuberculose pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 244
Tabela 132 - Equipes de AB que realizam notificação dos casos diagnosticados com tuberculose na UBS nas regiões do Brasil 245
Tabela 133 - Equipes de AB que coletam a 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose na UBS nas regiões do Brasil 245
Tabela 134 - Equipes de AB que realizam o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TOD) dos pacientes com tuberculose nas regiões do Brasil 246
Tabela 135 - Registro de usuários com hanseníase nas equipes de AB nas regiões do Brasil 246
Tabela 136 - Tipo de acompanhamento dos pacientes diagnosticados com hanseníase pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 247
Tabela 137 - Diagnóstico e notificação de pacientes com hanseníase pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 247
Tabela 138 - Equipes de AB que possuem ficha de notificação de casos diagnosticados com hanseníase nas regiões do Brasil 248

Tabela 139 - Equipes de AB que fazem acompanhamento dos pacientes encaminhados para serviços de referência nas regiões do Brasil 248
Tabela 140 - Ação de combate ao Aedes aegypti no último ano nas regiões do Brasil 249
Tabela 141 - Ações de combate ao Aedes Aegypti junto à equipe de vigilância nas regiões do Brasil 249
Tabela 142 - Ação química para o combate ao vetor de arboviroses realizada pelos ACS nas regiões do Brasil 250
Tabela 143 - Classificação de risco e fluxogramas para combate de arboviroses nas regiões do Brasil 250
Tabela 144 - Identificação pelas equipes de AB de áreas de maior risco de transmissão vetorial nas regiões do Brasil 251
Tabela 145 - Fluxo e manejo dos casos suspeitos de dengue atendidos pelas equipes de AB nas UBS nas regiões do Brasil 252
Tabela 146 - Consultas para pacientes em sofrimento psíquico nas equipes de AB nas regiões do Brasil 253
Tabela 147 - Consultas para pacientes usuários de crack, álcool ou outras drogas nas equipes de AB nas regiões do Brasil 253
Tabela 148 - Consultas para pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor nas equipes de AB nas regiões do Brasil 254
Tabela 149 - Registro de pessoas com sofrimento psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção nas equipes de AB nas regiões do Brasil 255
Tabela 150 - Registro de pessoas com deficiência nas equipes de AB nas regiões do Brasil 255
Tabela 151 - Registro de pessoas com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 256
Tabela 152 - Existência de ACS nas equipes de AB nas regiões do Brasil 256
Tabela 153 - Existência de população descoberta de ACS nas equipes de AB nas regiões do Brasil 257
Tabela 154 - Organização da periodicidade das visitas domiciliares nas equipes de AB nas regiões do Brasil 257
Tabela 155 - Desenvolvimento de ações de promoção à saúde pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 258
Tabela 156 - Existência de pólo do Programa Academia da Saúde nos municípios das equipes de AB nas regiões do Brasil 258
Tabela 157 - Existência do Programa Saúde na Escola nos municípios das equipes de AB nas regiões do Brasil 259
Tabela 158 - Participação das equipes de AB no Programa Saúde na Escola nas regiões do Brasil 259

Tabela 159 - Práticas integrativas e complementares (PIC) oferecidas pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 259
Tabela 160 - Identificação de famílias elegíveis do Programa Bolsa Família pelas equipes de AB nas regiões do Brasil 260
Tabela 161 - Equipes de AB que realizam atendimento para população rural, indígena e comunidades tradicionais nas regiões do Brasil 260
Tabela 162 - Equipes de AB que possuem transporte disponível para atendimento para população rural, indígena e comunidades tradicionais nas regiões do Brasil 261
Tabela 163 - Equipes de AB que realizam avaliação de satisfação do usuário nas regiões do Brasil 262
Tabela 164 - Equipes de AB que possuem canais de comunicação com usuário nas regiões do Brasil 262
Tabela 165 - Equipes de AB que possuem Conselho Local de Saúde nas regiões do Brasil 263
Tabela 166 - Classificação de desempenho da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil 264
Tabela 167 - Percentual de desempenho da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil 265
Tabela 168 - Percentual de desempenho da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil 265
Tabela 169 - Desempenho obtido da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil 266
Tabela 170 - Desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil 281
Tabela 171 - Percentual do desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil 282
Tabela 172 - Estratificação do desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil 282
Tabela 173 - Desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil 282
Tabela 174 - Resultado final do desempenho da avaliação externa no Brasil 286
Tabela 175 - Resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil 286
Tabela 176 - Percentual do resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil 286
Tabela 177 - Percentual do resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil 287
Tabela 178 - Média do resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil 287

Tabela 179 - Equipes participantes e certificadas no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 291
Tabela 180 - Desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 291
Tabela 181 - Percentual de desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 292
Tabela 182 - Percentual de equipes de atenção básica com desempenho abaixo ou acima de 6 no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 292
Tabela 183 - Nota média de desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 293
Tabela 184 - Porcentagem média de desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 297
Tabela 185 - Estimativa do impacto da nota de indicadores na composição da nota final de certificação no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 298
Tabela 186 - Estimativa do impacto da nota da avaliação externa na composição da nota final de certificação no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 298
Tabela 187 - Correlação do impacto dos eixos indicadores e avaliação externa na composição da nota final de certificação no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 298
Tabela 188 - Comparação do resultado da nota dos indicadores com a nota da avaliação externa na composição da nota final de certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 299
Tabela 189 - Cenários de comparação do resultado da nota dos indicadores com a nota da avaliação externa na composição da nota final de certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 300
Tabela 190 - Cenários de comparação do resultado da dimensão estrutura e processo de trabalho da avaliação externa na composição da nota final de certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil 302
Tabela 191 - Comparação do resultado da dimensão processo de trabalho da avaliação externa nas regiões do Brasil 303
Tabela 192 - Comparação do resultado da dimensão processo de trabalho da avaliação externa entre as regiões do Brasil 304
Tabela 193 - Comparação do resultado da certificação final de desempenho do PMAQ AB nas regiões do Brasil 304
Tabela 194 - Comparação do resultado da certificação final de desempenho do PMAQ AB entre as regiões do Brasil 305
Tabela 195 - Análise Univariada das subdimensões do processo de trabalho no Brasil 308

Tabela 196 - Média da nota da autoavaliação das equipes de AB de Ribeirão Preto 317
Tabela 197 - Desempenho final das equipes que realizaram a autoavaliação das no município de Ribeirão Preto 317
Tabela 198 - Desempenho do eixo indicadores das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 318
Tabela 199 - Desempenho percentual da dimensão estrutura e processo de trabalho das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 318
Tabela 200 - Desempenho do eixo avaliação externa das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 319
Tabela 201 - Média de desempenho da certificação final das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 319
Tabela 202 - Desempenho da certificação final das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 319
Tabela 203 - Estratificação de desempenho da certificação final das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 319
Tabela 204 - Estratificação de desempenho da dimensão processo de trabalho das equipes de AB avaliadas no município de Ribeirão Preto 320
Tabela 205 - Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado às equipes de AB do município de Ribeirão Preto 322
Tabela 206 - Questionário de habilidades do acesso aplicado ao profissional responsável e usuários das equipes de AB do município de Ribeirão Preto 327

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Acrônimo, Definição e Descrição do método PICO para o estudo 128
Quadro 2 - Agrupamento dos fatores limitantes 329
Quadro 3 - Agrupamento dos fatores facilitadores 330

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação da Melhoria da Qualidade
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Programa Nacional de Avaliação de Domicílios
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAGE	Sala de Avaliação de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizada de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 29
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) 36
1.1.1 Estratégia de saúde da família como modelo de APS 55
1.1.2 Parâmetros assistenciais em APS 71
1.1.3 Organização e financiamento da APS 75
1.2 ACESSO EM SERVIÇOS DE SAÚDE 79
1.2.1 Acesso na Atenção Primária à Saúde 87
1.3 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE 94
1.3.1 Determinantes sociais e vulnerabilidade 100
1.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 108
1.4.1 Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde 118
2 OBJETIVOS 125
2.1 GERAL 125
2.2 ESPECÍFICOS 125
3 MATERIAL E MÉTODOS 126
3.1 TIPO DO ESTUDO 126
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO 128
3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE 130
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 130
3.5 ASPECTOS ÉTICOS 130
3.6 LEVANTAMENTO E COLETA DE DADOS 131
3.7 ANÁLISE DOS DADOS 132
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 135
4.1 PANORAMA DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REGIÕES DO BRASIL 135
4.2 AUTOAVALIAÇÃO 140
4.2.1 Resultado da classificação de desempenho na autoavaliação 144
4.3 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES 151
4.3.1 Indicadores do eixo: acesso e continuidade do cuidado 157
4.3.1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante 157
4.3.1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea 165
4.3.1.3 Percentual de atendimentos de consultas agendadas 166
4.3.1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada 167

4.3.1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero 172
4.3.1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática 175
4.3.2 Indicadores do eixo: resolutividade 176
4.3.2.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado 176
4.3.2.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas 177
4.3.3 Indicadores do eixo: abrangência de serviços ofertados 178
4.3.3.1 Percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica 178
4.3.3.2 Percentual de serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal 179
4.3.4 Resultado geral da avaliação de desempenho dos indicadores nas regiões do Brasil 180
4.4 AVALIAÇÃO EXTERNA 185
4.4.1 Avaliação da dimensão estrutura e condições de funcionamento da UBS no 3° ciclo do PMAQ AB 187
4.4.1.1 Classificação de desempenho do eixo estrutura e condições de funcionamento nas regiões do Brasil 199
4.4.2 Avaliação da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB 209
4.4.2.1 Subdimensão planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica e Apoio Institucional 209
4.4.2.2 Subdimensão organização da agenda da Equipe de Atenção Básica 218
4.4.2.3 Subdimensão acolhimento à demanda espontânea 222
4.4.2.4 Subdimensão oferta de serviços 225
4.4.2.5 Subdimensão coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade .. 229
4.4.2.6 Subdimensão saúde da mulher e da criança 233
4.4.2.7 Subdimensão cuidado de condições crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade, tuberculose e hanseníase) 239
4.4.2.8 Subdimensão ações de combate e de atenção às doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti 248
4.4.2.9 Subdimensão atenção à pessoa em sofrimento psíquico 252
4.4.2.10 Subdimensão visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio 255
4.4.2.11 Subdimensão promoção à saúde 257
4.4.2.12 Subdimensão população rural, assentados, quilombolas e indígenas 260
4.4.2.13 Subdimensão participação do usuário e controle social 261
4.4.3 Classificação de desempenho da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB 263

4.4.4 Resultado da classificação de desempenho da dimensão estrutura e funcionamento da UBS e da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB 281

4.4.5 Resultado final da classificação de desempenho da avaliação externa do 3° ciclo do PMAQ AB 285

4.5 CERTIFICAÇÃO DE DESEMPENHO 291

4.5.1 Análise do resultado da certificação final 292

4.6 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO 3° CICLO DO PMAQ AB NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO DO ESTADO DE SÃO PAULO 316

4.6.1 Desempenho nos eixos do PMAQ AB das equipes de AB de Ribeirão Preto-SP 317

4.6.2 Aplicação do questionário de atribuições profissionais na atenção básica 320

4.6.3 Aplicação do questionário de habilidades do acesso na atenção básica ... 326

4.6.4 Análise qualitativa sobre o acesso na atenção básica 328

4.6.4.1 Categorias dos fatores limitantes 331

4.6.4.2 Categorias dos fatores facilitadores 340

5 CONCLUSÃO 346

REFERÊNCIAS 351

ANEXOS 377

ANEXO I: Autorização de pesquisa comissão Ribeirão Preto-SP (CAPP)..... 379

ANEXO II: Autorização Comitê de Ética e Pesquisa..... 380

ANEXO III: Protocolo de solicitação de banco de dados..... 381

ANEXO IV: Indicadores do PMAQ AB e faixas de produção 382

APÊNDICES 387

APÊNDICE I: Termo de consentimento livre e esclarecido 387

APÊNDICE II: Questionário sobre as atribuições comuns da atenção básica 389

APÊNDICE III: Questionário Habilidades do Acesso na Atenção Básica 391

APÊNDICE IV: Tópicos e questões selecionadas para avaliação da dimensão processo de trabalho 394

APÊNDICE V: Análise de correspondência multivariada 397

APÊNDICE VI: Resultados da aplicação do questionário de atribuições comuns na AB por categoria profissional 401

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado conforme as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação, passa por constantes mudanças e transformações que buscam a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e com integralidade do cuidado em saúde.

Neste sentido, para regulamentar as ações e serviços no SUS foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento, complementada pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Lei nº 8.080/90 define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na saúde, sendo que a direção do SUS é única nos âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias de saúde ou órgãos equivalentes (GIOVANELLA et al, 2012).

A Lei nº 8.142/90 estabelece o conceito da participação da comunidade no SUS, que é a garantia de que a população possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde por intermédio de suas entidades representativas. Essa participação ocorre por meio da fiscalização do cumprimento das normativas do SUS e do controle e avaliação das ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo, materializado pela formação dos conselhos de saúde e pela realização das conferências de saúde que proporcionaram o elo entre gestores, profissionais de saúde e população (GIOVANELLA et al, 2012).

As referidas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) por si só não poderiam dar conta de todo o detalhamento necessário à operacionalização do SUS, sendo que foi necessário a criação das Normas Operacionais para enfrentar os inúmeros desafios para implantação do sistema público de saúde, principalmente em relação ao seu financiamento. Deste modo, foram criadas as NOBs (Normas Operacionais Básicas) e a NOAS (Normas Operacionais de Assistência à Saúde) (PEREIRA et al, 2015).

As NOBs 01/91 e 01/92 apresentam-se de forma dissociada da LOS, com a instituição do pagamento por produtividade, já que esta última propunha repasse financeiro por meio de critérios populacionais e epidemiológicos (PEREIRA et al, 2015). As citadas NOBs centralizaram a gestão do SUS no nível federal por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), proporcionaram a equiparação dos serviços públicos e privados ao que se refere o modelo de financiamento por produção, instituíram o instrumento de convênios como forma de burocratização dos repasses aos fundos estaduais e municipais e implantaram o sistema de informação ambulatorial (SIA/SUS) que reforçava o modelo de pagamento por produtividade (BRASIL, 1991; BRASIL, 1992).

Com esse modelo de repasse direto ao prestador segundo produção aprovada, os processos de trabalho eram focados na produtividade em detrimento à qualidade e/ou cuidado integral, sem contar a pouca ou nenhuma autonomia decisória dos municípios e estados, que dependiam dos repasses por meio de convênio com o governo federal (GIOVANELLA et al 2012; PEREIRA et al, 2015).

Diante da situação apresentada, com o movimento dos órgãos de controle social e representações municipais, a NOB 01/93 foi publicada no sentido de municipalização da saúde, que significou a possibilidade dos municípios e estados poderem manter serviços próprios além de pagar os serviços comprados. A norma citada possibilitou o repasse financeiro na modalidade “Fundo a Fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, no entanto ainda era predominante o repasse por produtividade aprovada, com início das transferências em bloco, segundo o montante definido no teto financeiro para algumas ações programáticas e de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1993; GIOVANELLA et al 2012; PEREIRA et al, 2015).

O cenário era de fragmentação das práticas de saúde, centrado no profissional médico e na assistência hospitalar com a crescente prática da “tecnologização” do cuidado em saúde. Para enfrentamento deste processo médico-centrado hospitalar, alguns municípios implantaram modelos experimentais como as Ações Integradas em Saúde (AISs), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que buscavam a descentralização, participação social, readequação do financiamento, integração dos programas de prevenção e controle, reforço da capacidade administrativa e da força de trabalho na saúde (SILVA JR, 1998; PEREIRA et al, 2015).

Nesse período surgiram algumas experiências no sentido de reforma do modelo de atenção à saúde, como no Estado do Ceará, em 1987, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia abrangente de saúde pública

estruturada. O PACS teve como objetivo duplo criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Esta estratégia expandiu-se rapidamente no Estado e devido ao seu impacto positivo na queda da mortalidade infantil e materna no Ceará, serviu de modelo nacional, sendo utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) mais ou menos nos mesmos moldes, em 1991 (AGUIAR, 1998; GOULART, 2002; TOMAZ, 2002; VIANA e DAL POZ, 2005; ÁVILA, 2007, PEREIRA et al, 2015).

Pela primeira vez nas práticas de saúde no Brasil o enfoque era dado na família e não no indivíduo (VIANA e DAL POZ, 2005), e em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de reafirmar e incorporar os princípios básicos do SUS pela organização da prática assistencial (PEREIRA et al, 2015). As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF) nos moldes atuais, também surgiram no Ceará em janeiro de 1994, sendo incorporadas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A partir daí o PACS passou a ser incorporado pelo PSF (TOMAZ, 2002).

Em 1996 foi instituída a Norma Operacional Básica 1/96, publicada pela Portaria nº 2.203, que promoveu a descentralização do SUS ao poder público municipal e do Distrito Federal, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados e da União. Desta forma, os municípios passaram a ter a atribuição pela organização, gerência, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços do SUS em seu território (BRASIL, 1996). A norma foi implementada somente em 1998 e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB) como incentivo financeiro ao PSF, além de ampliar os instrumentos gerenciais para que os municípios deixassem de ser prestadores de serviços de saúde para tornarem-se efetivamente gestores do SUS (COSEMS, 2015; PEREIRA et al, 2015).

Com a responsabilidade dos gestores municipais do SUS e a necessidade de criar estratégias organizacionais para enfrentamento do fenômeno de transição epidemiológica e disparidades socioeconômicas entre subgrupos populacionais no Brasil, o PSF trouxe um modelo focado na integralidade do cuidado e não na doença, considerando a vulnerabilidade social e de saúde próxima ao território das pessoas, em que os serviços buscavam a resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população.

A reforma da atenção à saúde foi feita por sistemas de saúde estáveis há décadas, no qual essa necessidade se deu pelos custos crescentes da atenção em saúde decorrentes do envelhecimento, sobrevida da população e enfrentamento da constante inserção de tecnologias de alto custo no diagnóstico e manejo das doenças. Desta forma, os sistemas de serviços de saúde possuíam duas metas principais, que eram a otimização do cuidado e a minimização das

disparidades entre subgrupos populacionais ao acesso dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Mendes (2011), o mundo passa pelo fenômeno da transição demográfica e epidemiológica, o qual é um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, sendo necessário uma rede de atenção à saúde para enfrentamento dessas mudanças.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e não comunicados uns com os outros, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população, diferentemente dos sistemas integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que buscam prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. A mudança dos sistemas fragmentados para as RAS só poderá ocorrer se estiver apoiada numa atenção primária à saúde robusta e de qualidade (MENDES, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2010) publicou um documento oficial que propôs as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde, prevalecente em seus países-membro, definindo rede de atenção à saúde como

> Uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010)

Neste sentido da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil, em 2001 foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS SUS 01/2001, e no ano seguinte a NOAS SUS 01/2002, que ampliaram as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiram o processo de regionalização da assistência em saúde, criavam mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizavam os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002; FRANCO e PASSOS, 2011).

As NOAS SUS apontaram para a necessidade da criação das Regiões de Saúde a partir de um desenho que levasse em consideração as desigualdades de estrutura e oferta de serviços nos diversos níveis de atenção entre os municípios vizinhos, e implementaram a regulação da assistência, pressupondo que estados e municípios organizassem sua estrutura de controle, regulação e avaliação (PEREIRA et al, 2015).

A implantação das NOAS SUS no período de 2001 a 2005 permitiu a criação das responsabilidades mínimas para a atenção básica, redefinição dos procedimentos de média e alta complexidade e criação de protocolos para assistência médica, a partir das definições de ações e serviços a serem contemplados no planejamento regional e as iniciativas de negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (GIOVANELLA et al, 2012).

Nessa perspectiva de regionalização sob coordenação dos estados, houve certo descompasso dos esforços das três esferas de gestão na implementação da NOAS SUS 01/02, uma vez que os estados evoluíram em tempos diferentes na construção dos planos e programações, sendo necessário uma nova estratégia de operacionalização do SUS no Brasil (BRASIL, 2002; PEREIRA et al, 2015).

Desta forma, foi regulamentado o Pacto pela Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, o qual, mediante um pacto entre as três esferas de gestão, tinha o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, eficiência, qualidade, equidade e redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006; PEREIRA et al, 2015).

O Pacto pela Saúde, nos anos de 2006 a 2010, permitiu definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores. A transferências de recursos passaram a ser feitas por meio de seis grandes blocos: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos (BRASIL, 2007; GIOVANELLA et al, 2012).

Para estabelecer diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, o MS publicou a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabeleceu fundamentos para assegurar resolutividade nas RAS como a *Economia de Escala* que envolve a qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos, a *Integração Vertical e Horizontal* a qual consiste na articulação da organização e unidades, os *Processos de Substituição* os quais envolvem as demandas e necessidades da população, a *Região de Saúde* e/ou abrangência e os *Níveis de atenção* conforme densidade tecnológica (BRASIL, 2010).

Em busca da consolidação dos aspectos de gestão e regionalização no SUS, alguns estados criaram dispositivos próprios que contribuíram para a conformação do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), regulamentando a Lei nº 8080/90, com a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades compartilhadas, a segurança jurídica, a transparência e a solidariedade entre os entes federativos no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade

conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011).

Diante de uma situação de saúde do século XXI, sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, com predomínio das doenças crônicas, sistema de saúde fragmentado e voltado para eventos agudos, o Decreto nº 7.508/2011 veio no contexto de definir o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando elementos essenciais como Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), Portas de Entrada, Comissões Intergestoras, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2011; MENDES, 2011; PEREIRA et al, 2015).

Em paralelo ao Decreto nº 7.508/2011, foi realizada a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e publicada a Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprovava as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, daEstratégia de Saúde da Família (ESF) e o PACS. Essa revisão fortaleceram os fundamentos e as diretrizes da atenção básica, como a territorialização, o acesso universal e contínuo em serviços de saúde, a responsabilização das equipes, a adscrição dos usuários, a coordenação e integralidade do cuidado e o estímulo da participação social (BRASIL, 2011).

A PNAB, publicada no ano de 2011, reforçou o cumprimento de algumas funções da atenção básica para contribuir com o funcionamento das RAS, como ser base para o cuidado em saúde, ser resolutiva conforme demandas de saúde, coordenar o cuidado entre os pontos de atenção e ordenar as redes de acordo com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011).

Com objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde, o governo federal publicou a Portaria nº 1.654/GM de 19 de julho de 2011, que instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa também instituiu incentivos financeiros para as equipes de atenção básica por meio de um processo de certificação periódica (BRASIL, 2011).

O uso do termo atenção básica (AB) no Brasil para designar a Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário com direito universal à saúde, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais como cesta restrita de serviços básicos voltadas para

a população em situação de maior pobreza ou programas verticais focais à proteção materno infantil (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436/GM de 21 de setembro de 2017, considerou os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes do nível primário de atenção à saúde. A AB pode ser definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

O cuidado primário é o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde e busca realizar atividades de prevenção de doenças, rastreamentos e tratamentos essenciais para garantir a saúde e o bem estar da população. A continuidade, integralidade e coordenação do cuidado na atenção primária reduziria o início e complicações de doenças crônicas, além das condições hospitalares evitáveis, às vezes chamadas de condições sensíveis ao atendimento ambulatorial, definidas por uma lista de condições, como asma e insuficiência cardíaca congestiva que estão entre os índices bem estabelecidos para avaliar o acesso aos cuidados primários oportunos e efetivos. A alta taxa de internações hospitalares por condições evitáveis está associada a um acesso fraco à atenção primária (CHAU, 2014).

O acesso a cuidados de saúde primários na comunidade é uma prioridade em muitos países e os sistemas de atenção à saúde procuram enfatizar políticas que ajudam a comunidade a obter o serviço certo, no lugar certo, no seu tempo correto. No entanto, pouco se sabe sobre intervenções organizacionais e estratégias na atenção primária à saúde que visam melhorar o acesso para o cuidado de populações, principalmente em situações de vulnerabilidade, e o quão bem sucedidas são (KHANASSOV et al, 2016).

Melhorar o acesso para o cuidado no âmbito da APS para populações vulneráveis é importante para alcançar equidade em saúde, no entanto isso continua sendo desafiador. As evidências das intervenções efetivas são bastante limitadas e fragmentadas, sendo necessário identificar formas inovadoras de melhorar o acesso em atenção primária para o cuidado e esclarecer quais os elementos dos sistemas de saúde, organizações ou serviços (dimensões de acesso do lado do fornecimento) e habilidades de pacientes ou populações (dimensões do acesso

ao lado da demanda) que precisam ser fortalecidas para alcançar mudanças transformadoras (RICHARD et al, 2016).

Os estudos epidemiológicos os quais identificam certos grupos populacionais que possuem maiores chances de adoecer, comparados com a população geral, têm se tratado como grupo de risco, sendo utilizados como instrumento de prevenção para o cuidado (AYRES et al, 2012). O conceito de vulnerabilidade está relacionado ao conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidades ao adoecimento ou agravos à saúde (MUÑOZ-SÁNCHES e BERTOLOZZI, 2007).

O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em momentos de territorialização, cadastramento das famílias, a classificação das famílias por riscos sociais e sanitários, a vinculação das famílias à Unidade de Atenção Primária à Saúde/Equipe de Saúde da Família/Equipe de Atenção Básica; a identificação de subpopulações com fatores de risco, a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011).

De acordo com o estudo de Khanassov (2016), os resultados mostraram uma amplitude limitada de pesquisa na área de intervenções organizacionais de acesso na atenção primária à saúde para o cuidado de populações vulneráveis, sendo descrito a viabilidade e necessidade de realização de uma revisão sistemática ou estudos completos sobre a efetividade da integração formal de serviços para melhorar o acesso aos serviços de atenção primária.

Neste contexto, parte-se do pressuposto da intenção de identificar, analisar e avaliar as intervenções organizacionais que podem causar impacto no desempenho das equipes de atenção primária à saúde para promover o acesso e a integralidade da assistência em saúde das pessoas.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, não direcionada para a enfermidade ou doença, propiciando atenção para todos os tipos de condições, exceto as mais incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Durante a segunda e terceira décadas do século XX, numa tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população, as autoridades sanitárias da época, desenvolveram os conceitos

de distrito sanitário e de centro de saúde, sendo que essas concepções foram colocadas em prática de várias maneiras e em países diferentes (ROSEN, 1994 apud CAMPOS et al, 2012).

Nos Estados Unidos da América (EUA), entre 1910 e 1915, os esforços para relacionar os serviços a uma população delimitada, ou à população de uma área definida, logo levaram à compreensão da necessidade de um *locus* de administração, que foi denominado de Centro de Saúde (CAMPOS et al, 2012).

O Relatório Dawson[1], elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde, em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

A regionalização dos serviços de saúde e o entendimento do trabalho médico como uma integração entre ações curativas e preventivas, individuais e coletivas preconizadas, em 1920, por Bertrand Dawson, concebeu a ideia de regionalização dos serviços de saúde na Inglaterra a partir da implantação de “Centros de saúde primários”, ou “Primary health centers”, vinculados a distritos, que deveriam ser instituições preparadas para prover serviços de medicina curativa e preventiva por meio de médicos generalistas (*general practitioners*)[2].

No Brasil, o termo rede básica ou certa referência de serviços básicos, mesmo no modelo campanhista[3] e de ações verticais sobre determinadas doenças, ocorreu pela primeira vez em 1923, no qual o médico Paula Souza assumiu a direção do Serviço Sanitário e a cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) com prioridade à construção dos serviços ambulatoriais gerais e permanentes, tais como a organização de uma "rede básica" de saúde pública. Pode-se dizer que esse movimento foi a introdução da atenção primária à saúde feita no início do século XX pelo Professor Paula Souza, na USP, mas se

---

Referências Bibliográficas na Internet sobre o Relatório Dawson:

[1] The Dawson Report of 1920. Disponível em: http://www.nhshistory.net/Dawson%20report.html> Acessado em: 29/11/2019.

[2] Regions and Districts. In. National Health System History. Disponível em: http://www.nhshistory.net/regions_&_districts.htm> Acessado em: 29/11/2019.

[3] Modelo Campanhista - baseava em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960.

consolidou, no início dos anos 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (CORREIA, 2011; MOTA E SCHRAIBER, 2011; BRASIL, 2006).

O termo atenção primária à saúde (APS) foi introduzido por White, Williams e Greenberg, em 1961, mas recebeu ao longo do tempo várias definições, a partir de categorias descritivas centrais que incluíram termos como a atenção a pessoas pobres de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade; a atenção primária seletiva; a atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças; o conjunto de serviços essenciais, acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que o país e a comunidade possam pagar; a oferta de uma cesta básica de serviços de saúde; os serviços de atenção à saúde providos por certos médicos clínicos, generalistas ou de família; o cuidado provido mediante uma carteira de serviços, destinada ao manejo das doenças mais comuns; o primeiro nível de atenção à saúde que funciona como porta de entrada do sistema (WHITE et al, 1961; UNGER e KALLINSWORTH, 1986; LALONDE, 1974; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978; INSTITUTE OF MEDICINE, 1994; INSTITUTE OF MEDICINE, 1978; BRASIL, 2009).

O informe elaborado em 1966, pela Comissão Millis, Comissão de Cidadãos nos EUA, considerou a APS como "Oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde" (ROSEN, 1994 apud CAMPOS et al, 2012).

Uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde, que extrapola a tradicional abordagem da atenção médica, constitui o relato das missões enviadas à China em 1973 e 1974[4], referindo um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, predominantemente realizadas em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses desde 1965, pelos Comitês Comunais. Entre tais atividades, citam-se a organização da comunidade local, a atenção especial aos anciões, a promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras, a ajuda às escolas e serviços em geral, a organização do povo para cuidar da saúde ambiental, a realização de cuidados preventivos e tratamento, incluindo-se aqui o uso de ervas medicinais e o apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento, incêndios e a promoção de campanhas de saúde em diversos âmbitos com o objetivo de substituir velhos costumes e conscientizar a comunidade da importância de mobilizar-se para a execução de medidas preventivas e promotoras, tais como a limpeza das casas, ruas e quintais, a orientação de hábitos higiênicos em geral, instruções para manutenção e uso da água potável, construção de unidades rurais de saúde, preparação de insumos simples, como utensílios, pílulas e poções, controle da limpeza

[4] OMS. Relatório das missões oficiais da OMS à China, realizadas em 1973 e 1974. Genebra, 1975 (Ferreira & Buss, 2001).

de locais públicos e movimentos de massa contra as “quatro pestes” (FERREIRA e BUSS, 2001).

Todas essas atividades envolviam distintos segmentos da população: homens comuns, associações de mulheres, jovens, militares, jubilados, ativistas da saúde e outros, todos liderados pelos profissionais designados como “médicos descalços” *(barefoot doctors)*[5]. No ano de 1975, esses profissionais chegavam à quantidade de um milhão e trezentos mil, que trabalhavam ao lado de outros três milhões e seiscentos mil trabalhadores do setor saúde e de parteiras (WHO, 1998; AGUIAR, 2003).

Apesar do nome, os profissionais conhecidos como “médicos descalços” não possuiam formação médica, e sua seleção se dava, preferencialmente, entre os jovens camponeses de origem humilde indicados pelas comunidades (WHO, 1998). Corresponderiam, talvez, ao profissional brasileiro designado como “Agente Comunitário de Saúde” nos dias de hoje (AGUIAR, 2003).

Em 1971, o Departamento Nacional de Saúde e Bem-estar do Canadá elaborou um documento de trabalho sobre a “Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses”, denominado Relatório Lalonde, que teve grande influência na reorganização do sistema de saúde canadense e no surgimento dos movimentos de promoção de saúde, sendo utilizado no Brasil como referência conceitual para o Programa de Saúde da Família na APS (FRANCO e PASSOS, 2011).

Nesse período, algumas experiências e movimentos das organizações de saúde começavam a apresentar a importância e necessidade de reforma sanitária em alguns países no sentido de qualidade de vida e bem-estar da população.

Com esse movimento, em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. A Declaração de Alma-Ata, em 1978, definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e realizar ações e serviços que refletissem as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades (ANDRADE et al, 2012).

---

[5] Apesar do nome, médicos descalços, são profissionais de saúde que não cursaram clássica formação em medicina. No Brasil corresponderia a um profissional de nível médio, ou seja, com o ciclo básico completo mais três anos de curso.

O consenso da Assembleia Mundial da Saúde, em 1979, definiu a atenção primária à saúde como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

De acordo com a declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, a definição de atenção primária à Saúde é descrita como:

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

No Brasil, a partir da influência e o movimento sanitário após Alma-Ata, algumas experiências pioneiras realizadas em Porto Alegre, Campinas, Niterói e Londrina vieram no sentido de buscar a reorientação do modelo assistencial hegemônico vigente (GOULART, 2007).

Somado a isso, na década de 90, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), desenvolveu a estratégia de Pólos de Capacitação, no qual foram organizados cinco pólos regionais de capacitação - Pólo da Região Metropolitana da Grande São Paulo, Pólo de Marília, Pólo de Botucatu, Pólo de Ribeirão Preto/São José do Rio Preto e Pólo de Campinas, articulados no Sistema Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família. Esse processo chegou a capacitar entre os anos de 1995 à 2002 mais de 7.000 mil profissionais de saúde (GUEDES et al, 2011).

No documento de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas de 2005, realizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), é consenso que a APS é parte integral do desenvolvimento dos sistemas de saúde e que é a via mais adequada para produzir melhoras equitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas (ANDRADE et al, 2012).

A expressão “Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária” tem sido utilizada pela OMS para designar certo ordenamento de políticas de saúde capazes de assegurar a promoção da cobertura universal e equidade à saúde (OMS, 2008).

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária à saúde possui quatro atributos essenciais dos serviços, como o primeiro contato/porta de entrada, longitudinalidade, abrangência ou integralidade e coordenação do cuidado, e três atributos derivados que são orientação comunitária, orientação centrada na família e competência cultural. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao logo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. Os quatro atributos são fundamentais para caracterizar a atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2009).

A APS faz parte das estratégias operacionais de construção das redes de atenção à saúde, sendo o estabelecimento de primeiro nível de atenção como porta de entrada para exercer a coordenação do cuidado e atuar com capacidade resolutiva para parte significativa dos problemas de saúde mais comuns. A atenção primária deve atuar como interface de conexão com os cidadãos e famílias, colocando-os no centro do sistema ao garantir a longitudinalidade do cuidado (FIOCRUZ, 2012).

Ao refletir sobre o papel da APS nas redes de atenção, o atributo coordenação tem uma importância relativa maior nas redes de atenção, já que, sem ele, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada. A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da atenção primária à saúde que se ordenam os fluxos e os contrafluxos das pessoas e das coisas nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2009).

Considerando assim a importância da APS nas redes de atenção à saúde, vários países, como Espanha, Portugal, Canadá e Inglaterra, tiveram uma sincronia entre a implementação do sistema nacional e a constituição de uma rede de atenção primária. Em poucos anos, a maioria

desses países logrou assegurar acesso por meio da APS a mais de 80% de suas populações (CAMPOS, 2016).

Na comparação de doze nações industrializadas ocidentais diferentes, Alemanha, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, EUA, Finlândia, Países Baixos, Reino Unido e Suécia, estudo realizado pela americana Starfield em 2002, identificou que, países com uma orientação para atenção primária mais forte, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 2002).

As cinco características associadas à gestão de uma atenção primária forte foram: a distribuição geográfica dos profissionais e de instalações de saúde de acordo com o grau de necessidade, o tipo de médico designado com médico de atenção primária, os honorários dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas, o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas e a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde (STARFIELD, 2002; CAMPOS et al, 2012).

Em relação às unidades de saúde e o processo de trabalho, seis características foram associadas à uma atenção primária forte, como a medida em que as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de APS antes de buscar outro serviço, a força das relações entre as pessoas e o seu médico de APS, a medida que a unidade de APS tratou de necessidades comuns independente do seu tipo, o grau de coordenação com outros serviços, a orientação familiar e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002; CAMPOS et al, 2012).

De acordo com a referida pesquisa, a organização e controle da distribuição geográfica das unidades de saúde e profissionais médicos, a formação e remuneração do médico de atenção primária, a cobertura relacionada a resolutividade do serviço, o acesso, acolhimento e a coordenação do cuidado são itens importantes para uma APS forte.

O estudo e relatório da OPAS (2018) sobre a “Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde”, identificou que, no Brasil, é preciso implantar estratégias para uma APS forte como a necessidade de ampliar e consolidar a Estratégia da Saúde da Família (ESF), assegurar e ampliar acesso, promover adensamento tecnológico da APS, intensificar e qualificar a formação de recursos humanos para uma atuação multidisciplinar na APS, o papel da medicina de família e da regulação, a transparência no contato com a população e um movimento proativo de inserção da APS como tema e elemento organizador do SUS.

Entre os determinantes para a constituição de uma APS forte, que seja coordenadora do cuidado dentro da rede de atenção à saúde, destacam-se os problemas com a *infraestrutura precária*- recursos materiais físicos, tecnológicos e humanos; *escassez e inadequada formação*

de recursos humanos- necessidade de formação distributiva, dificuldade de fixação de profissionais principalmente em áreas remotas e desfavorecidas; e *cultura avaliativa insuficiente*- avaliação da qualidade do acesso e cuidado em saúde de acordo com elementos de estrutura, processo e resultados (MENDONÇA et al, 2018).

De acordo com as evidências para a implantação de uma APS forte, sistemas de saúde estáveis têm realizado reformas da atenção à saúde no encontro do fortalecimento da atenção primária à saúde, e que essa necessidade se dá pelos custos crescentes decorrentes do envelhecimento, sobrevida da população e enfrentamento da constante inserção de tecnologias de alto custo no diagnóstico e manejo da doença (STARFIELD, 2002).

O mundo passa pelo fenômeno da transição epidemiológica, que é um processo de envelhecimento de sua população, e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. A mudança dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde só poderá ocorrer se estiver apoiada numa atenção primária à saúde robusta e de qualidade (MENDES, 2011).

Andrade et al (2012) demonstram que o envelhecimento da população, resultado da melhoria das condições de vida, associado à epidemia de violência no Brasil, promovam novos desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a APS. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a população mundial irá aumentar em mais de um bilhão de pessoas nos próximos 15 anos, chegando a 8,5 bilhões em 2030 e a 9,7 bilhões em 2050, com 11,2 bilhões de habitantes até 2100. Com a transição demográfica, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até 2050 (ONU, 2014).

No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais no ano de 2015 foi de 11,7% e, estima-se que, essa população dobraria em 24,3 anos, passando para 23,5%. Essa estimativa chama atenção quando comparada com a projeção mundial, que é passar de 12,3% para 24,6% em 55,8 anos, mostrando que o Brasil terá um processo de transição mais rápido que o restante da população mundial (IBGE, 2016).

A OMS, em seu Relatório Mundial de envelhecimento e saúde (OMS, 2015), realça que o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença, e que se faz necessário uma transformação dos sistemas de saúde que proporcione a mudança dos modelos curativos baseado nas doenças, pelo cuidado integral centrado nas pessoas, sendo a pessoa idosa um foco especial nesse cuidado.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD (2008), a medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas. Segundo os dados apresentados na citada pesquisa, 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas, 31,3% da população geral (60 milhões de pessoas) têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas (IBGE, 2008).

Além disso, de acordo com a PNAD 2013, fatores associados ao estilo de vida são o sedentarismo e o tabaco, no qual a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 46,0% (67,1 milhões de pessoas), ou seja, não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana, considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. A prevalência de usuários que utilizam produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, foi de 15,0% (21,9 milhões de pessoas) (IBGE, 2013).

Os dados descritos sobre a situação demográfica demostram que, prospectivamente, o perfil epidemiológico brasileiro será cada vez mais pressionado pelas doenças crônicas. Desta forma é possível presumir e pressupor que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos (MENDES, 2012).

O modelo de atenção integrada reverte a atenção aos portadores de condições crônicas por meio dos cuidados inovadores e fortalece o sistema de atenção à saúde, baseado na APS. Estudos mostraram que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), que tinham uma APS mais forte, foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil (MACINKO et al, 2003; MENDES, 2011).

É provável que, à medida que a população continue a envelhecer, a escassez adicional de provedores de saúde – médicos de família, especialistas e equipe de enfermagem – apresentará novos desafios, visto que o SUS se esforça para atender às mudanças e necessidades dos cidadãos brasileiros (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

Como estratégia e planejamento de ações para enfrentamento desse fenômeno da transição epidemiológica, é necessário a implantação de um modelo de APS que tenha foco no acesso e na integralidade do cuidado, e não na doença, em que os serviços tenham integração e interligação na busca de resolutividade dos problemas de saúde da população.

A OMS (2003) reiterou a necessidade de uma política central em escala internacional voltado para a APS, propondo mudanças nas concepções de Alma-Ata, por meio da criação de

condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos, com organização de uma atenção integrada e sem fissuras, que vinculará a prevenção, a atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços, e com avaliação contínua da situação procurando melhorar o desempenho do sistema (MENDES, 2011).

A atenção primária à saúde renovada assenta-se nos valores de direito ao mais alto nível de saúde atingível, equidade e solidariedade. Os princípios da APS seguem no contexto de resolutividade às necessidades de saúde das pessoas, orientados pela qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação popular e intersetorialidade. Os sistemas de atenção à saúde baseados na APS são compostos por elementos estruturais e funcionais, como cobertura universal e acesso, atenção integral e integrada, ênfase na promoção e na prevenção, atenção apropriada, orientação familiar e comunitária, mecanismos ativos de participação, organização e gerenciamento ótimos, políticas e programas equitativos, primeiro contato, recursos humanos apropriados e ações intersetoriais (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL,2009).

Em relação ao conceito, a APS possui a denominação de atenção ambulatorial de primeiro nível e local de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso e direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Neste sentido, possui quatro linhas de interpretação, como filosofia que orienta o direito universal à saúde, programa focalizado e seletivo, serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, e modelo de atenção abrangente ou integral (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A atenção primária à saúde, seja na experiência nacional, seja na experiência internacional, não tem a prioridade que deveria devido a sua decodificação como programa para regiões e para populações pobres, constituído por tecnologias simples e baratas, baixa valorização material e simbólica, conceito equivocado de que é de baixa complexidade tecnológica e a desconfiança de que a atenção primária à saúde não apresenta os resultados propalados pelos seus defensores, em termos econômicos e sanitários (BRASIL, 2006).

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, que teve como tema “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca”, deu novo impulso à revitalização da APS como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa ‘pobre para pobres’, integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. O informe propôs a necessidade de mais investimentos, cuidado de saúde centrado na pessoa, relação de cuidado duradouro, autonomia

e participação dos cidadãos e enfrentamento dos determinantes de má saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

De acordo com a OPAS, a APS deve ser uma parte integral dos sistemas de saúde e que o desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária é o melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas. Para isso, a APS é definida como um enfoque de organização e operação dos sistemas de atenção à saúde que faz do direito à saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade. É definido em seus princípios a capacidade de dar respostas à maior parte dos problemas de saúde, com orientação pela qualidade, a transparência governamental, a justiça social, a sustentabilidade, a participação e a intersetorialidade (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL,2009)

A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações (BRASIL, 2004).

No processo de descentralização do SUS, foi na segunda metade dos anos 1990 que a APS se fortaleceu como política nacional a partir da Norma Operacional Básica do SUS 96 (NOB 96), que estabeleceu transferência *per capita* para a Atenção Básica e incentivos específicos para implantação nos municípios dos programas de Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde (MENDONÇA et al, 2018).

A APS, no Brasil, passou a ser organizada prioritariamente por meio da ESF, que serviu como base para estruturação do SUS com redirecionamento das prioridades de ação em saúde e consolidação dos seus princípios organizativos (ANDRADE et al, 2012).

A PNAB, no Brasil, foi publicada inicialmente em 2006, aprimorada em 2011 e revisada no ano de 2017. Os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, são termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes nesse nível de atenção. A ESF é prioritária para expansão e consolidação da APS no Brasil, mas outras estratégias ou tipologias de equipes são reconhecidas de caráter transitório (BRASIL, 2017).

No Brasil, o termo atenção básica designa a atenção primária em saúde (APS) no SUS, que buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário com direito universal à saúde, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais como cesta restrita de serviços básicos voltadas para a população em situação de

maior pobreza ou programas verticais focais à proteção materno infantil (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

As iniciativas de publicação da PNAB possibilitaram às secretarias municipais de saúde receberem incentivos federais para expansão da cobertura populacional da atenção primária à saúde, com ampliação do acesso às ações de saúde e reorganização do modelo de atenção à saúde brasileiro, que até então era excludente, centrado no hospital e na assistência dos casos agudos (MENDONÇA et al, 2018).

Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante, UBS com ou sem ESF (BRASIL, 2006; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; MELO et al, 2018).

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB em busca de enfrentamento de nós críticos para expansão da APS no Brasil. A PNAB de 2011 trouxe a possibilidade de novas estratégias, como o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e aprimoramento (PINTO et al, 2014; MELO et al, 2018).

Em dezembro de 2011, existiam 33.135 equipes de ESF, com cobertura de 54,63%, população estimada de 104.217.136 milhões de pessoas (BRASIL, 2019).

No ano de 2016, ganhou destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem. No entanto, em pouco tempo, a referida portaria foi revogada, diante das repercussões políticas.

Com a crise política e institucional no Brasil, instaurada a partir do ano de 2016, paralelamente à dubiedade na política nacional, que buscava a consolidação de um SUS público e ao mesmo tempo incentivava planos privados de saúde com renúncia fiscal, o MS apresentou uma proposta de incentivo de planos populares de saúde, com subsídios fiscais, concomitantemente à flexibilização da prioridade da ESF na PNAB de 2017 e a agudização do subfinanciamento crônico do SUS, com a publicação da Emenda Constitucional (EC) nº

95/2016, que definiu o congelamento dos recursos federais destinados ao SUS por vinte anos (MENDONÇA et al, 2018).

Esse cenário conduziu à diminuição da expansão da atenção primária à saúde no Brasil. De acordo com os dados de cobertura da ESF da competência do mês de julho, do portal do gestor do MS, no ano de 2007 a cobertura era de 41,7%, em 2010 de 52,4%, em 2013 de 56,3%, em 2016 de 62,8% e, em 2019 foi de 63,8%, sendo possível observar a retração a partir de 2016.

As descontinuidades da consolidação da APS no SUS, por meio da publicação da PNAB 2017, podem ser percebidas em alguns aspectos normativos, como redução do número de ACS por ESF, a recomendação de unificar as ações do ACS com as dos agentes de combate às endemias (ACE) e facultar atribuições atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, como aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos, para os ACS. Outro aspecto importante é uma diferenciação das ações e serviços nesse nível de atenção, classificados a partir dos conceitos de “padrão essencial” e “padrão ampliado”, sob o risco de se abrir para uma atenção simplificada e seletiva (MELO et al, 2018).

De acordo com alguns autores, a revisão da PNAB, realizada em 2017, introduziu diretrizes fundantes que ameaçam a organização de uma APS inclusiva e equânime. Os destaques colocados são discutidos no contexto da autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado) ofertados nas UBS e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família ou outros tipos de arranjos organizacionais na atenção básica. Segundo esses autores, ainda não se sabe com clareza quais serão as repercussões dessas medidas, mas é possível identificar ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral, e, consequentemente, gerando riscos na direção do aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS (FAUSTO et al, 2018).

Melo et al (2018) reforçaram que a PNAB, realizada em 2017, não foi acompanhada por uma discussão ampla e consistente, além de se colocar em uma conjuntura econômica e política muito arriscada. Aspectos como equipes com profissionais de 10 horas semanais, por exemplo, são estruturalmente muito diferentes de equipes com profissionais de 30 ou 40 horas semanais e, necessariamente, multiprofissionais. Ainda que a carga horária não seja último determinante da lógica e dos efeitos do trabalho, tendem a produzir e a condicionar responsabilizações e pertencimentos distintos (MELO et al, 2018).

Nesse contexto de revisão da PNAB de 2017, recentemente o MS publicou a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo

modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS. O novo modelo de financiamento federal na APS vai substituir as principais formas de financiamento da Atenção Básica, por quatro dimensões de financiamento: Capitação Ponderada; Desempenho; Incentivos de Ações Estratégicas e Provimento (BRASIL, 2019; COSEMSSP, 2019).

Em relação a dimensão "Capitação Ponderada", a nova estrutura de financiamento federal para a APS classifica os municípios de acordo com a tipologia do IBGE (de espaços rurais e urbanos) e focaliza no cadastramento de pessoas (registro baseado no Cadastro de Pessoa Física - CPF, único para cada pessoa) por equipe de saúde. Os municípios são classificados de rurais remotos a urbanos, e a tipologia municipal define o número de pessoas que cada equipe vai atender, desde que estejam cadastradas. Além disso, são empregados critérios de vulnerabilidade estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2019; COSEMSSP, 2019).

Um dos aspectos marcantes dessa normativa é o repasse do piso financeiro da atenção básica fixo, conhecido como Pab Fixo, que foi uma estratégia importante para expansão da atenção básica no SUS desde 1996, e que agora será atrelado aos cadastros individuais e a existência das equipes de ESF ou equipes de atenção primária (EAP). Desta forma, a substituição da somatória dos repasses do Pab Fixo, incentivo dos repasses das ESF, incentivo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e incentivo para os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde serão incorporados pela "Capitação Ponderada". Esse processo passará a vigorar de forma completa no ano de 2021, sendo que antes, o repasse era feito pelo total da população existente no município ou estado.

Para além da perda de recursos para os municípios brasileiros, esse processo se relaciona fundamentalmente à missão de redução das desigualdades regionais expressas no Orçamento da Seguridade Social, tal como o SUS, que será prejudicada tendo em vista que o novo modelo se propõe basicamente a remunerar com base em cadastro de pessoas. Neste sentido, a responsabilidade constitucional do SUS sobre a segurança sanitária e prevenção de riscos fica prejudicada, dado que o cuidado se restringirá ao público "cadastrado", comprometendo as ações coletivas de promoção da saúde. Ademais, o Pab Fixo possibilita a implementação das ações da Atenção Básica previstas nos Planos Municipais de Saúde, sem o engessamento comum dos repasses federais (COSEMSSP, 2019).

No tocante a dimensão "Desempenho", em substituição ao PMAQ, será implantado até 2021, o total de 21 indicadores de processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde e globais de APS, com publicação por quadrimestre (BRASIL, 2019).

Na dimensão "Incentivos de Ações Estratégicas", há destaque à instituição do Programa Saúde na Hora, publicado pela Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019, que dispõe sobre o

horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. De acordo com a normativa, o programa veio no sentido de fortalecimento da ESF, permitindo a realização de ações e serviços de saúde, como imunização, pré-natal, puericultura, pequenos procedimentos ambulatoriais, consultas odontológicas, consultas médicas e de enfermagem, serviços de rastreamento populacional, cuidado às condições crônicas, atividades de promoção de saúde e coleta de exames, com funcionamento mínimo de 60 horas semanais e até 75 horas semanais. Outro incentivo deste eixo é o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, instituído por meio da Portaria nº 2.983 de 11 de novembro de 2019, , que visa implantar e aperfeiçoar o sistema de prontuário eletrônico em toda a rede de APS. Alguns incentivos que já existiam estão alocados nessa dimensão, como Programa Saúde na Escola, Equipe de Saúde Bucal, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Consultório na Rua dentre outros (BRASIL, 2019).

Na dimensão "Provimento", foi sancionada a Lei n° 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS. Outro aspecto da lei foi a criação do serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, ao qual realizará a contratação de profissionais médicos para incrementar a APS em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, com seleção de médicos de família e comunidade e tutores médicos para atuar no programa (BRASIL, 2019).

Entre os desafios colocados no cenário internacional e que repercutem nas políticas de APS nacionais, estão o debate em torno da cobertura universal em saúde e da construção de sistemas universais pautados pelo direito à saúde. A disputa está entre expandir cobertura com cuidados básicos restritos e seguros focalizados, cristalizando iniquidades. Esse processo é chamado de *universalismo básico* (MENDONÇA et al, 2018).

Nesses mais de 30 anos de SUS, deve-se reconhecer a importância da APS na ampliação do acesso, na melhoria dos indicadores de saúde e na redução das desigualdades sociorregionais. Tais avanços resultam de políticas de governo como a ESF, o Programa Mais Médicos (PMM), o Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a própria PNAB em suas primeiras versões (GIOVANELLA e RIZZOTTO, 2018)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no Brasil, realizou estudos e levantamentos sobre os desafios para implantação da APS nos municípios, sendo apontados os

desafios de superar a predominância do modelo biomédico, a não priorização da APS como eixo de reorientação da assistência à saúde, falta de estrutura, baixa cobertura, escassez de recursos humanos, não cumprimento de carga horária pelos profissionais de nível superior e pouca atividade de capacitação e educação permanente em saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Goulart (2007), ao gestor federal cabe a ação de formular a ESF na APS no Brasil, no entanto a complexidade de interações acontece no município. O gestor local realiza o processo de implementação, sendo necessário a visão ampliada das nuances da dinâmica e do câmbio permanente da realidade local, com constante formulação, implementação, avaliação e reformulação. As convergências e divergências entre a política nacional e a política local talvez não seja o mais apropriado, fazendo com que soluções locais diferenciadas e personalizadas sejam bastante frequentes.

O modelo de APS no Brasil, constituído por meio das ESF, apresenta distinções entre uma equipe e outra, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Essa diversidade de experiências de ESF nas cidades brasileiras é resultante da variedade do tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível do empoderamento comunitário (ANDRADE et al, 2012).

Nessa perspectiva, a APS tem caráter estruturante e estratégico nas redes de atenção à saúde, pois se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios com amplo grau de descentralização e capilaridade (PEREIRA et al, 2015).

A atenção primária nos países europeus não pode ser caracterizada como seletiva, pois cobre o conjunto de necessidades da população, não se restringe ao primeiro nível, integra um sistema universal solidário e cumpre em parte os atributos de uma APS robusta. No serviço de primeiro contato, constitui-se como porta de entrada preferencial que garante atenção oportuna e resolutiva com foco na família (GIOVANELLA et al, 2012).

O modelo médico hegemônico brasileiro ainda persiste com foco na medicina curativa e de consumismo médico no âmbito da APS, sendo necessário o enfrentamento de vários desafios, como a estrutura das unidades de saúde, a organização do processo de trabalho centrado no cuidado e a formação profissional.

Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas que apresentam queixas compatíveis com a APS, sendo necessário investimentos para um aumento da capacidade técnica e de gestão do sistema, de fortalecimento da atenção básica e a revisão dos processos de trabalho, a educação permanente e a valorização dos usuários na construção de novos protagonismos sociais (CACCIA- BAVA, 2011).

Os valores propostos para sistemas baseados em APS podem ser os princípios doutrinários do SUS, como o conceito abrangente de saúde, universalidade, equidade e integralidade, e os princípios de organização, como acessibilidade, resolutividade, hierarquização, descentralização e controle social. Esses componentes são semelhantes a organização da ESF, que possui como componentes a definição e descrição do território de abrangência, adscrição da clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, acolhimento e organização da demanda, trabalho em equipe multiprofissional, enfoque da atenção à saúde na família e comunidade, estímulo à participação social, organização de ações de promoção de saúde, resgaste da medicina popular, espaço de cogestão coletiva na equipe, identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário, monitoramento de indicadores, clínica ampliada e educação permanente em saúde (ANDRADE et al, 2012).

Diversas são as precariedades estruturais a serem superadas nas próximas décadas, como desafio às estruturas de APS pouco resolutivas e baixa capacidade de coordenação do cuidado, sendo que a configuração atual da ESF ainda não permite resolver a proporção dos problemas de saúde que se espera de uma atenção primária resolutiva, assim como lhe faltam instrumentos e capacidade institucional para exercer a função de articular as ações e serviços de maior densidade tecnológica (FIOCRUZ, 2012).

Diversos dispositivos e estratégias têm sido desenvolvidos para tentar responder aos desafios da consolidação da APS no SUS, tendo em vista a necessidade de adequação da formação profissional para atuação nesse nível de atenção, a regulação e integralidade do sistema de saúde, o fortalecimento dos profissionais médicos na Saúde da Família, a reorganização dos processos de trabalho e sua relação com a intersetorialidade das demandas populacionais e territorial, entre outros (MENDONÇA et al, 2018).

Com todos os desafios expostos, é inegável que a expansão da ESF no Brasil possibilitou o acesso de milhões de brasileiros às ações de APS, e esse conjunto de ações foi responsável pelos resultados observados em estudos que comprovam a melhoria de vários indicadores como cobertura vacinal, redução de mortalidade infantil e significativa redução de internações por causas evitáveis (ANDRADE et al, 2012).

Um estudo de comparação da associação da APS com resultados sanitários em 11 países desenvolvidos, mostrou que as características da APS estavam associadas com as características políticas de equidade na distribuição dos serviços, cobertura universal com uso de recursos públicos, co-pagamento inexistente ou baixo e formação/ remuneração de médicos de APS. O estudo também mostrou que os países com baixo *escore* para a atenção primária à saúde

obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação aos indicadores da saúde infantil (STARFIELD, 1991; MENDES, 2011).

Quanto mais forte a orientação dos países para a APS, menores as taxas de mortalidade por todas as causas, as taxas de mortalidade prematura por todas as causas e as taxas de mortalidade prematura por asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório. Outra área analisada foi a do impacto da APS na redução das disparidades em saúde, sendo que as maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas a melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. A oferta de médicos de APS apresentava um maior impacto no baixo peso ao nascer e na mortalidade infantil, em áreas de alta desigualdade social (MACINKO et al, 2006; MENDES, 2011).

Numa revisão sistemática de 107 trabalhos publicados na literatura internacional, com intuito de identificar a evidência das vantagens e desvantagens de reestruturar o sistema de atenção com base na APS, foi demonstrado que sistemas baseados numa forte atenção primária à saúde estão associados com maior satisfação dos usuários e com menor gasto agregado na atenção à saúde. Estudos feitos nos países desenvolvidos mostram que a orientação para especialistas está associada a iniquidade no acesso, e que a utilização dos cuidados primários reduz custos, aumenta a satisfação dos usuários, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado (HEALTH EVIDENCE NETWORK, 2004; BRASIL, 2009)

A APS deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções primordiais, ou seja, a função de resolução, a função de ordenação e a função de responsabilização. A *função de resolução* consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a *função de coordenação* consiste em organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a *função de responsabilização* consiste em co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção que estão sendo atendidos (MENDES, 2002; BRASIL, 2009).

O acesso aos serviços de APS com ampliação da cobertura populacional pelas ESF em todo o território brasileiro tem sido crescente nas últimas três décadas, motivo este, pelo reflexo dos investimentos públicos realizados para o fortalecimento da APS como porta de entrada e organizadora da atenção no SUS. Os investimentos realizados na APS no período pós-reforma sanitária têm resultado em avanços incontestáveis, sendo que hoje são mais de 40 mil ESF atuando em todo o País, mas alguns desafios históricos devem ser enfrentados como inadequada condição da rede física das UBS; financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada e insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados (FAUSTO et al, 2018).

Em 2018 foi realizada a Conferência Global da Atenção Primária à Saúde, com tema "De Alma-Ata em direção à cobertura universal de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", reunidos em Astana. Esse evento buscou resgatar os compromissos expressos na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. De acordo com a Declaração de Astana, os governantes devem garantir uma atenção primária e serviços de saúde de alta qualidade, seguros, abrangentes, integrados, acessíveis, disponíveis e acessíveis a todos e em qualquer lugar, fornecidos com compaixão, respeito e dignidade por profissionais de saúde bem treinados, qualificados, motivados e comprometidos (WHO, 2018).

A Declaração de Astana ainda reforçou que o sucesso da APS deve ser conduzida pelo conhecimento e capacitação profissional, recursos humanos, tecnologia, financiamento e empoderamento dos indivíduos e comunidades (WHO, 2018).

Importantes desafios da APS se destacam na busca do acesso universal, como a fixação de profissionais, garantia de continuidade e acesso à atenção especializada, desigualdades regionais no acesso, necessidade de monitorar a situação da rede física de unidades e sua qualificação como resolutiva e coordenadora do cuidado (MENDONÇA et al, 2018).

A APS no Brasil pode ser considerada ainda, como uma área em formação, haja vista que o esforço para sua consolidação é recente e possui escassa acumulação, mesmo com avanço nos estudos a partir de 2006. Sistemas de APS para serem efetivos devem ser baseados em conhecimento científico acumulado e devem utilizar métodos sociais e culturais aceitos, e seus princípios ideológicos, organizativos e de filosofia de atenção à saúde, devem nortear a política implementada no sistema de saúde (ANDRADE et al, 2012).

Considerando as bases científicas, novas pesquisas são necessárias no intuito de superar o modelo tradicional para combater a "Desigualdade 90/10", que descreve que 90% das pesquisas são realizadas sobre condições que afetam apenas 10% da população mundial. Nesse sentido, no âmbito da APS, o estudo ELECT- Estabelecendo Prioridades para o Desenvolvimento da Comunidade (*Establishing Leads for Community Development*), identificou uma agenda de prioridades em pesquisa com elevado potencial de fortalecer a APS no intuito de promover a saúde e o desenvolvimento social das comunidades, e os resultados apontaram para temas de pesquisas relacionados à organização da gestão, capacitação de profissionais e gestores, valorização profissional, criação de mecanismos de colaboração entre equipes de saúde e informatização dos recursos (ORLANDIN et al, 2017).

Os avanços na APS no Brasil para o acesso universal são inegáveis, mas muitos desafios relacionados à estrutura e ao processo de trabalho ainda precisam ser enfrentados, no sentido de buscar melhores resultados em saúde. No ano de 2019, a cobertura de APS no Brasil foi de

74,6%, com cobertura estimada de 155.607.475 milhões de pessoas, considerando todas as tipologias de APS existentes (BRASIL, 2019).

1.1.1 Estratégia de saúde da família como modelo de APS

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam aos primórdios da medicina, na vigência do modo artesanal de prática médica, sendo que o *locus* preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, situava-se no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e com sua participação direta no processo de cuidado (GOULART, 2007).

Desde o século XIX, a prática médica generalista, cujos profissionais eram conhecidos com GP – *General Practitioners*, tem presença marcante no sistema de cuidados à saúde no Reino Unido, sendo a base operacional e porta de entrada do *National Health System* (NHS) (GOULART, 2007). O GP é o principal profissional médico de primeiro contato na maioria dos países europeus, todavia, com variação da organização entre os países (GIOVANELLA et al, 2012).

Na década de 1960 iniciaram-se alguns eventos para o entendimento da formação das ideias que deram origem ao Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, vindos dos movimentos do “preventivismo” e da “saúde comunitária”, que chamava atenção para uma luta contra hegemônica que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde (GOULART, 2007).

Em conformidade com estes eventos, em 1963 foi realizado uma publicação da OMS, intitulada “*Training of the physician for Family practice*”, com o objetivo da medicina de família como local de acesso direto da clientela, continuidade da atenção, cuidado ao grupo familiar, ênfase na prevenção e promoção da saúde, responsabilização profissional, além de provimento de capacitação e atividades de pesquisa (WHO, 1963; GOULART, 2007).

Baseado nesse movimento, nos anos 70 ocorre o surgimento de diferentes projetos de reforma em saúde nos países ocidentais, os quais têm na educação médica um dos seus principais enfoques, dentre eles, a "Medicina de Família" como mais um projeto de reforma da prática médica (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

A Medicina de Família era vista como uma alternativa à possível e progressiva desumanização da medicina, movimento este que se originou nos EUA nos anos 70 e foi posteriormente reconhecido como especialidade naquele país, expandindo-se para outros países

como uma resposta contra o “especialismo”. Esse processo justificava-se pelo aumento da complexidade tecnológica da medicina, da tendência à hospitalização e à especialização, dos valores sociais e dos padrões de exercício profissional que aumentavam a demanda por serviços especializados (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

Paim (1986) destaca os conflitos que marcaram as várias propostas de implantação da medicina de família ou similares no Brasil, sem que nenhuma delas tenha chegado à hegemonia no sistema de saúde. O chamado movimento de medicina da família tem sua entrada nos países da América Latina e no Brasil na década de 70, em um momento conceituado como fase acadêmica do mesmo, com a realização de inúmeras reuniões e seminários sobre o tema, sediados em universidades, entre elas a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), o primeiro dos quais em Campinas-SP, em 1973 (PAIM, 1986).

Os embates político-ideológicos sobre “Medicina de Família”, ocorridos nos anos 80, já apontavam as estratégias e indicavam os mecanismos da passagem de um movimento ideológico para uma ação política com a redemocratização do país, exercida mediante parcerias institucionais ampliadas, envolvendo novos e diferentes atores sociais. De maneira diferente das décadas anteriores, esse processo envolvia não apenas as academias, nem os organismos internacionais, nem mesmo os órgãos centrais dos governos federal e estaduais, mas sim, colocava em prática, novas propostas no âmbito dos municípios, como de resto o fizeram em relação a todo um conjunto de políticas públicas a partir dos anos 90 (PAIM, 1986; GOULART, 2007).

Após a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), uma nova correlação de forças permitiu iniciativas mais avançadas, como a política de descentralização das ações e serviços de saúde por meio da NOB-93 e o desenvolvimento da proposta do PSF. Nesse período, o reconhecimento da experiência exitosa de Niterói, no que se refere a assistência à saúde da família e a ação técnico-política de atores institucionais, ampliaram o escopo do PSF. Esse processo articulou-se com as propostas de distritalização e de vigilância da saúde, permitindo concebê-lo como indutor de mudanças do modelo assistencial, com elementos como a humanização do cuidado e o vínculo entre serviços e usuários (PAIM, 2001).

Do ponto de vista da atenção médica, as experiências pioneiras realizadas em Porto Alegre na Vila São José do Murialdo, nos municípios de Campinas, Niterói, Londrina dentre outros, trouxeram propostas mais amplas de reorientação do modelo assistencial, com extensão de cobertura, participação social e integração docente assistencial (GOULART, 2007).

O PSF atua como uma das políticas democratizadoras da saúde na década de 90, em contraposição ao caráter meramente racionalizador das políticas de momentos anteriores. Além

do mais, credita ao programa em pauta, ressalvadas as contradições que o mesmo apresenta, o caráter de “modelo tecno-assistencial de base epidemiológica”, configurando-se como legitimamente ancorado em dois dos conceitos fundamentais da medicina social contemporânea, quais sejam a determinação social do processo saúde-doença e o enfoque nos processos de trabalho em saúde (PAIM 1994, PAIM, 1997).

A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitaram inquietações e críticas diversas. De um lado, a preocupação com a tentativa de ressurreição do médico de família, não só pelo conteúdo ideológico que conformava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas também pelo seu potencial anacronismo face à complexidade tecnológica da medicina moderna e às formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. De outro lado, a possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do PACS, expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, ampliava a suspeição contra o PSF (PAIM, 2001).

O ano Internacional da Família definido pela ONU em 1994, teria tido impacto indutor sobre a política brasileira e de outros países do mundo, ao valorizar os conceitos de família e de comunidade. Desta forma, foram criadas as condições, um clima favorável nessa época, para determinadas inovações das políticas sociais dos próprios programas PACS e PSF (VASCONCELOS, 1999 apud GOULART, 2007).

Experiências exitosas passaram a ter repercussão, como o Programa de Agentes Comunitários (PACS) na região Nordeste do Brasil, sendo que tais programas podem ter sido herdados das propostas de atenção primária à saúde, adscrição de clientela e extensão de cobertura definido em reunião de Alma Ata, realizada no final dos anos 70 (GOULART, 2007).

A figura do Agente de Saúde do Programa de Interiorizações de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que foi realizado inicialmente no Nordeste, entre 1976 e 1979, expandindo-se para outras regiões do país, posteriormente, deu lugar ao Agente Comunitário de Saúde (ACS). O PIASS também foi implantado na região do Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo, no período de 1980 a 1987, ficando conhecido como Projeto Devale (GUEDES et al, 2011).

Com a publicação das Leis Orgânicas que regulamentaram o SUS e a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde para o nível municipal, o MS criou dois programas que podem ser considerados como a primeira política sistemática para a Atenção Primária no Brasil: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa de Saúde da

Família (PSF), em 1994. Posteriormente, com a elaboração da NOB-SUS/96, foi possível criar as condições para ampliação do PSF com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB), modalidade de financiamento *per capita* e os incentivos financeiros aos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010).

O PACS caracteriza-se por um programa de atenção primária seletiva, advindo da transferência da responsabilidade da atenção ao governo municipal, o que exigiu rever a lógica da assistência básica, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção segundo as necessidades da população. O PACS foi implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, em combate e controle da epidemia de cólera e demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. Desta forma, tinha o caráter emergencial e visou a dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (GIOVANELLA et al, 2012).

Desta forma, o PACS exigiu a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, além de supervisão especializada condicionada a presença de um profissional de nível superior, o enfermeiro, na base operacional de todo processo de trabalho dos agentes. Posteriormente, houve a incorporação do ACS à Saúde da Família, promovendo mudança substancial das práticas sociais em saúde (GIOVANELLA et al, 2012).

A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a ESF uma certa fusão do PACS com o PSF. Inicialmente com caráter seletivo, as equipes de Saúde da Família (eSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000 (MELO et al, 2018).

A ESF representa uma política de mudança do modelo assistencial e referência para implementação do SUS, comprometida com o movimento de Reforma Sanitária brasileira e com abordagem no escopo da saúde coletiva, com centralidade na família e o direcionamento para a comunidade (MENDONÇA et al, 2018).

É importante mencionar que o PSF foi formulado no Brasil num contexto de um momento em que a questão da pobreza estava bastante em evidência no país. O contexto social e econômico em 1993 do Brasil era de 157,1 milhões de habitantes, com cerca de 59,4 milhões de pessoas consideradas “pobres” (38%) e 27,8 milhões de pessoas consideradas “miseráveis” (17,7%) (LAHOZ, 2002; VIANA, 2000 apud GOULART, 2007).

Em 1994, o PSF iniciava com 328 equipes implantadas em 55 municípios de 12 estados brasileiros. A cada ano havia crescimento, sendo que, ao final de 1997, o PSF estava em 567 municípios, com 1.623 equipes, assistindo um pouco mais de 5,6 milhões de pessoas, o que representava uma cobertura de 3,51% da população brasileira. Dessas equipes, 26% estavam em municípios considerados prioritários para as ações estratégicas do Programa de Comunidade Solidária e 25% em municípios do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI). Ao final de 1998, o PSF alcançava 1.134 municípios com 3.083 equipes implantadas, com cobertura estimada de 10,6 milhões de brasileiros (SOUZA, 2014).

O MS publicou,, em 1997, o documento intitulado *"Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*", enfatizando características inovadoras pretendidas pelo PSF como por exemplo, a) fugir ao caráter "vertical e paralelo" dos demais programas; b) constituir como proposta substitutiva com inovação técnica, política e administrativa; c) incorporar aos princípios da vigilância em saúde e d) negar o equívoco da identificação do PSF como um sistema de saúde para os pobres (BRASIL, 1997; GOULART, 2007).

O PSF deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS, sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da APS, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS (BRASIL, 2004).

O PSF configura-se como uma possível "mudança de paradigma" nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação mono setorial para intersetorial; da exclusão para a universalização (GOULART, 2007).

A Saúde da Família, estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e do sistema local de saúde, representa uma política de mudança do modelo assistencial voltado para uma APS abrangente, integral e compreensiva com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país (MENDONÇA et al, 2018).

A decisão governamental de implementar o Programa Saúde da Família de forma estratégica, transcendeu as limitações temporais e a baixa amplitude à definição de um

programa setorial de saúde, sendo que não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente, para estruturar esse sistema público de saúde, reafirmando uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (CAMPOS et al, 2012).

No âmbito normativo, a Portaria nº 1886/97, reconheceu no PACS e PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprovou normas e diretrizes para tais programas; a Portaria nº 3925/98 implantou o Manual da Atenção Básica e a Portaria nº 1329/99 estabeleceu o financiamento diferenciado por cobertura populacional. Essas normativas como ação política foram essenciais para a expansão da saúde da família no Brasil (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada pela Portaria GM n° 648, de 28 de março de 2006, e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF) e o PACS. Essa normativa definiu a forma e os valores de incentivo para os programas, além das modalidades diferenciadas de valor por ESF considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), localização geográfica, quantidade de população dentre outros. A referida Portaria também definiu indicadores atrelados ao repasse do Piso Fixo da Atenção Básica (PAB Fixo), como média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas; proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal; razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95% (BRASIL, 2006).

O conjunto de fatores para emergência do PSF no Brasil foi a experiência bem-sucedida das ações do PACS no Nordeste, juntamente com o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos de um programa desta ordem para o governo. Neste contexto, foi oferecido um incentivo financeiro, definido como PAB Fixo, para contratação de equipes como medida operacionalmente viável para estimular o reordenamento da atenção básica (CONILL, 2008).

No ano de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede assistencial e ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolutividade, foi criado o NASF, por meio da Portaria GM n° 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF reúne profissionais das mais variadas categorias da saúde e tem como principal ferramenta o apoio matricial às equipes básicas de saúde da família (BRASIL, 2008; CAMPOS et al, 2012).

O NASF é uma experiência que busca utilizar o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial, o que nem sempre é possível em razão de problemas estruturais, tais como

escassez de serviços especializados, resultando em sua utilização equivocada de forma substitutiva, entretanto, é inegável a construção de relações de apoio matricial na rede assistencial em vários âmbitos do SUS, apesar de pouco investimento de muitos gestores (CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS et al, 2012).

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos NASF. Mesmo com a criação desses importantes programas, nós críticos persistiram, como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos (MELO et al,2018).

Analisar as dificuldades ou os sucessos da ESF passa por diversificados caminhos, com necessidade de considerar seus problemas estruturais no âmbito do financiamento, da reorganização do sistema integrado de saúde e da rede de serviços em conformidade com a necessidade de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Outro aspecto importante é a necessidade de adequação da política de provisão e alocação de recursos humanos, desenho de linhas de cuidado e práticas de saúde dialogadas com os contextos locais (MENDONÇA et al, 2018).

Em 2011, foi publicada a Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisou a PNAB, e definiu as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS. Essa normativa trouxe a possibilidade de credenciamento de equipes de atenção básica para populações específicas, como Equipes de consultório na rua (ECR), Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e Equipe de Saúde da Família Fluviais (ESFF). Outras questões importantes dessa PNAB foi a possibilidade de expansão das equipes de apoio (NASF) com a criação de tipologias para adesão, criação e ampliação da vinculação da ESF com o Programa Saúde na Escola (PSE), criação de remuneração por desempenho por meio do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) para as equipes de atenção básica e estruturação da rede física de serviços da atenção básica através do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde (Requalifica UBS) (BRASIL, 2011).

A PNAB (2011) trouxe a proposta de organização do processo de trabalho das equipes no território, sendo que as equipes deveriam ter responsabilidade sanitária por um território de referência, e cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade, o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, uma vez que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

Os territórios com suas populações e suas ofertas de serviços de saúde e meios de transporte e comunicação serão crescentemente determinantes para o aumento da eficiência e efetividade dos cuidados prestados no âmbito da atenção básica, sendo que as pessoas transitam contínua e crescentemente em espaços contíguos aos seus locais de residência (integração horizontal). Com isso, os programas de atenção básica, seja em suas modalidades tradicionais, seja no modelo da ESF, exigem interseções mais frequentes com os serviços sociais de apoio e as associações comunitárias e um dinamismo e articulação maiores com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema (FIOCRUZ, 2012).

Desta forma, a ESF busca romper com a barreira do acesso e do modelo centrado no profissional médico, com necessidade de interação com a comunidade e integração com outros pontos de atenção à saúde.

O modelo médico hegemônico apresenta traços fundamentais como individualismo, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, medicalização dos problemas, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e participação passiva e subordinada dos consumidores (MENENDEZ, 1992 apud GIOVANELLA et al, 2012).

Franco e Merhy (1999) discutiram sobre o potencial modificador da ESF e destacaram que para o rompimento do modelo de prática hegemônico médico centrado, os microprocessos do trabalho em saúde devem operar de modo amplo, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência.

A experiência brasileira de ESF considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária, pode ser considerada também com um modelo coletivo de APS, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal (CAMPOS et al, 2012).

Para se compreender o modelo de atenção à saúde pela ESF no Brasil, deve -se entender que a ESF de uma comunidade específica é uma ESF distinta das demais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações, resultante da variedade do tempo de implementação da equipe, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário (CAMPOS et al, 2012).

Ademais, ainda existem desafios teóricos e operacionais como problemas de extensão, de intensidade e de sustentabilidade para implementação de uma rede de atenção básica no Brasil (CONILL, 2008; CAMPOS, 2008; ROCHA e CACCIA- BAVA, 2009). Sousa e Hamann (2009) descrevem que ainda existe uma agenda incompleta da implantação e implementação da ESF no Brasil, com necessidades mais urgentes em termos de incorporação tecnológica,

formação da força de trabalho, estabelecimento de novos mecanismos e pactos em torno do financiamento da atenção básica e encaminhamento de novas estratégias e tecnologias nos processos de monitoramento e avaliação.

Em relação à força de trabalho, embora o número de médicos tenha aumentado nas últimas décadas, o SUS persiste com defasagem de profissionais, sobretudo na atenção primária e em municípios afastados dos grandes centros. Na publicação Demografia Médica do Brasil (2011), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), constataram que os brasileiros que moram nas regiões Sul e Sudeste contam, em média, com duas vezes mais médicos que os habitantes do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, excluindo-se o Distrito Federal. Da mesma forma, aqueles que vivem em qualquer capital têm, em média, duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo estado (CFM, 2011; SILVA et al, 2016).

Em 2013, a relação médico/1.000 habitantes no Brasil era de 1,8, chegando a 3,46 no Distrito Federal e 0,58 no Maranhão, e havia quatro vezes mais trabalhadores no setor privado do que no SUS. Em São Paulo, a relação era de 2,49/1.000 habitantes. Em 2006, a OMS publicou um relatório recomendando uma relação de 2,3 médicos por 1.000 habitantes para que haja uma prestação de serviço adequada, tornando-se esse número uma referência, e que deve ser considerado que um sistema de saúde pode ser mais ou menos dependente do médico, de acordo com a sua estruturação dentro do processo saúde-doença e com suas características pessoais e culturais (BRASIL, 2013; SILVA et al, 2016).

No sentido de combater as desigualdades de acesso à Atenção Primária, o Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído pela Lei n° 12.871, de 22 de outubro de 2013. Como parte do programa, foi também criado o Projeto Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), com objetivo de provimento emergencial destes profissionais em áreas vulneráveis. O PMM contemplou ainda uma série de medidas para fortalecimento e consolidação da Atenção Primária, como investimentos para melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente das unidades básicas de saúde, e de ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país, com foco na valorização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e das áreas prioritárias para o SUS (CYRINO et al, 2015; SILVA et al, 2016).

De 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil conseguiu cobrir apenas 65% da demanda do mercado de trabalho e o déficit, neste período, atingiu o índice de 53 mil médicos. Considerando que o Brasil possuía, em 2013, a quantidade de 1,8 médicos por 1000 habitantes, o Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade

de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 por mil habitantes em 2026. Alguns países, com resultados negativos na relação formação de médicos e criação de novos postos de trabalho, compensam o déficit com médicos formados em outros países, por exemplo, 37% do total de médicos em atuação no Reino Unido e 22,4 % nos EUA são profissionais formados em outros países. No Brasil, em 2012, esse número era muito menor: 1,8% (BRASIL, 2015).

Na Atenção Básica, essa falta de profissionais, a má distribuição e o déficit crescente de médicos se traduziam em um baixo crescimento da cobertura populacional da ESF, sendo que, de 2008 a 2015, a cobertura da ESF no Brasil cresceu uma média anual de 1.141 equipes de Saúde da Família (eSF), o que representou o pequeno incremento de 1,5% a cada ano na cobertura da população. Conforme estudos da Rede de Observatórios de Recursos Humanos do SUS, um dos maiores condicionantes da expansão da ESF é a disponibilidade de médicos para compor as ESFs. Essa insuficiência de médicos para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB, necessária para a expansão do acesso e da cobertura da população, leva a uma competição entre municípios, que disputam os poucos profissionais disponíveis (BRASIL, 2015).

O PMM é uma política regulatória instituída com o objetivo de resolver emergencialmente o problema da falta de médicos na APS e criar condições para superar a escassez desses profissionais a médio prazo, além de modificar o perfil de sua formação. O efeito do provimento emergencial é positivo, mas sua capacidade de valorizar a atenção básica é discutível, devido que a maioria dos médicos que se candidatam ao programa não desejam permanecer na atenção básica, pois muitos aguardam ingressar num programa de residência médica. Outro ponto importante discutível é o seu potencial de modificar o perfil profissional, em razão da limitada possibilidade de apoio presencial e de problematização da experiência vivenciada pelos jovens médicos, que muitas vezes isolados, acabam reagindo às dificuldades e tensões vividas e com o sentimento de nunca mais ter que enfrentar esses problemas, buscando afastar-se da atenção básica (FEUERWERKER, 2013; SILVA et al, 2016).

De acordo com MS, o PMM chegou a ter 18.240 médicos recrutados em 2015 para 3.785 municípios, correspondendo a 73% dos municípios do Brasil, sendo que 60% dos profissionais médicos eram cubanos contratos pela OPAS (BARBOSA, 2018; MOURÃO, 2018; KEMPER, 2019).

Quanto ao eixo formação do PMM, este propôs estratégias para ampliar a graduação em medicina e os programas de residência médica, tomando a medicina de família e comunidade como orientadora das mudanças do perfil profissional. No entanto essa fase enfrenta dificuldades, como a criação de escolas médicas e mudanças dos programas de residência

médica, com necessidade de um grande debate acerca de como mudar de fato o perfil da formação médica no país (SILVA et al, 2016).

A continuidade dos cuidados é especialmente facilitada pela permanência do médico na equipe de saúde da APS e essa condição não é exclusiva da população servida pelo PMM, mas é fornecida nas equipes de saúde que incorporaram profissionais do programa pelo mandato de fixar gradativamente profissionais na mesma unidade. De acordo com a OPAS, há evidências de melhora na coordenação do atendimento atribuíveis ao PMM, que confirma a existência de obstáculos ao bom desempenho da coordenação da atenção fora do âmbito da governabilidade da APS. Alguns estudos têm mostrado que a implementação do modelo de ESF não é suficiente para melhorar a articulação em rede, como esperavam alguns operadores ao analisaram os dados do PMAQ, apresentando que a coordenação entre atenção básica e a atenção especializada é um dos pontos frágeis do SUS, e, aparentemente, somente a implementação do PMM não conseguiu melhorar essa situação de forma significativa (OPAS, 2015).

É evidente que muitos são os desafios a serem enfrentados, como a questão relacionada aos recursos humanos, já que em muitos municípios não há profissionais em quantidade suficiente para atender toda a demanda, aliada a formação desses profissionais voltada para atuar no atendimento focado nas condições agudas e na cura, enquanto dados no Brasil demonstram que 2/3 da carga da doença é por condições crônicas (BRASIL, 2006).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda e um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

De acordo com a OMS as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo mundo, e no Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas. A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas, que causa uma grave crise no sistema de atenção à saúde e que é determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela dupla carga da doença, com predominância relativa das condições crônicas, e um sistema de organização dos serviços voltado para as condições agudas (BRASIL, 2006).

Nessa última década, houve redução de 20% na taxa de mortalidade por DCNT, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas, entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica e melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010) (BRASIL, 2011).

Outra questão importante são os fatores de risco no Brasil, que mostram que os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. Outro dado preocupante é que 34% dos brasileiros consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011).

O OMS alerta que, quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona, e devem ser desenvolvidos os Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas, que incluem o investimento financeiro, tecnológico e de formação na atenção primária (OMS, 2003).

O Brasil instituiu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022). O Plano aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). O objetivo do plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O governo federal traçou metas para reduzir a taxa de mortalidade prematura (>70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011).

A APS apresenta ainda, insuficiência na implementação de medidas para lidar com o aumento das doenças crônicas, diante do quadro assustador de elevada prevalência. Na Pesquisa

Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 45% da população adulta brasileira relataram ter pelo menos uma DCNT, sendo a maior prevalência entre as mulheres, indivíduos com mais de 55 anos de idade e indivíduos com baixos níveis de escolaridade (analfabetos e educação fundamental incompleta) (MALTA et al, 2016; MENDONÇA et al, 2018).

O quadro de DCNT está associado à epidemia de obesidade no país, sendo que na população adulta 20% são obesos e 53% tem sobrepeso; entre jovens e adolescentes 7% apresentam obesidade e 23% sobrepeso (SCHIMIDT et al, 2011; MENDONÇA et al, 2018).

As doenças crônicas requerem cuidado continuado ao longo da vida de uma pessoa e seu acompanhamento implica a utilização de vários dispositivos do sistema de saúde, ou seja, vários tipos de serviços em níveis distintos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, que exige grande esforço da coordenação do cuidado em APS para que se oferte uma atenção oportuna, em tempo de evitar complicações, e de qualidade (MENDONÇA et al, 2018).

É necessária uma atenção básica robusta que tenha no seu papel central a coordenação do cuidado para manejo de doenças crônicas, condição cada vez mais comum na população em virtude das transições demográficas e epidemiológicas. Essa parcela da população, ao longo da vida, acessa com frequência vários pontos de atenção da rede de saúde, sendo necessário ser beneficiária de ações de promoção e prevenção de saúde (HAGGERTY,2012; HUDON et al, 2015; TARRANT et al, 2015; MENDONÇA et al, 2018).

Diante dos desafios de enfrentamento das DCNT, estudos analisaram a associação entre a expansão da ESF e as iniquidades raciais nas mortes evitáveis entre 2000 e 2013, mostrando que a expansão da ESF esteve associada à redução de 15,4% na mortalidade do grupo da cor negra em relação a cor branca, sendo a maior redução apresentada na mortalidade por doenças infecciosas, deficiências nutricionais e anemias, diabetes e doenças cardiovasculares. Os resultados sugerem que a expansão da ESF reduz iniquidades de mortalidade entre os grupos menos favorecidos na população (HONE et al, 2017; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

A APS como coordenadora do cuidado exige robustez na sua atuação, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário e facilitar a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos (HAGGERTY, 2012; TARRANT et al, 2015; MENDONÇA et al, 2018).

A coordenação do cuidado no âmbito da atenção básica ocorre por meio da articulação de diferentes profissionais e serviços de saúde, com a finalidade de garantir uma atenção contínua e de qualidade aos usuários de acordo com suas necessidades, tendo o norte a universalização do acesso, baseado em três pilares: coordenação da informação que garante que as informações sobre o usuário estejam disponíveis em todos os pontos de atenção e para todos

profissionais envolvidos; coordenação clínica que permite a provisão do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção e a coordenação administrativa/ organizacional que corresponde aos fluxos e processos organizativos da rede de atenção à saúde que permite a integração entre os distintos níveis do sistema de saúde (MCDONALD et al, 2014; TERRAZA NUNES et al, 2006; VARGAS et al, 2016; MENDONÇA et al, 2018).

Deste modo, com todas estratégias e mudanças no sentido de fortalecer a ESF no Brasil, para continuar a fazer sentido e ser uma aposta fundamental para o SUS, é necessário esse investimento na atenção básica como vetor forte para produção de universalidade e integralidade do cuidado em saúde (MENDONÇA et al, 2018).

A revisão da PNAB, instituída pela Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, trouxe algumas mudanças para a estratégia de saúde da família, como recomendação da população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Quanto ao cuidado de doenças crônicas, a PNAB descreve que é atividade da ESF realizar a estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe, mas permite a possibilidade de fragmentação de carga horária nas equipes de atenção básica, que poderiam ser compostas exclusivamente por médicos e enfermeiros, sem a presença do ACS. Esse processo traz a reflexão sobre acesso ou fragmentação do cuidado no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2017).

A revisão da PNAB, ocorrida no ano de 2017, revogou a ênfase nos ACS, flexibilizou a composição das equipes da atenção básica e abriu oficialmente a porta para uma cesta básica de serviços, ainda mais restrita, como a única obrigatória para todas as equipes (MENDONÇA et al, 2018).

Os estudos de avaliação mostram uma discreta superioridade das atividades da ESF sobre aquelas de unidades tradicionais, mas ainda permanecem dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede. Essas dificuldades se correlacionam com o baixo patamar de financiamento público, a persistência de segmentação no sistema e a fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção (CONILL, 2008).

Ocorreram avanços inegáveis verificados na ESF, em termos de estrutura, processos e resultados, mas algumas propostas ameaçam as conquistas indiscutíveis da ESF, como uma valorização exagerada de soluções com base na atenção não programada em unidades de pronto-atendimento (UPA´s), as propostas de flexibilização da ESF, as tentativas de volta ao

modelo da atenção primária seletiva ofertando a atenção primária à saúde sem médicos ou com médicos em tempo parcial e a incorporação de médicos especialistas na equipe (BRASIL, 2006).

A complexidade dos diferentes aspectos na atenção básica, como pouco investimento financeiro, modelo centrado no consumo de tecnologia médica, no sistema privado que pauta o modo de organização do sistema público, diversidade territorial, desigualdade na oferta de serviços, tímida cooperação das instâncias estaduais dentre outros, compromete o modo como a atenção à saúde deve ser organizada na direção da expansão, cobertura e qualidade dos serviços. O ritmo de implantação e melhoria da atenção e dos cuidados oferecidos à população ainda não é o desejável (AKERMAM e FURTADO, 2015).

Problemas de concepção hierárquica do SUS que leva a uma banalização da atenção primária à saúde como a infraestrutura física inadequada, foco na atenção às condições e aos eventos agudos, deficiências dos sistemas de assistência farmacêutica e de apoio diagnóstico e terapêutico, problemas dos recursos humanos, falta de educação permanente, precarização das relações de trabalho e a ausência de uma profissionalização da gestão, provocam baixa qualidade na atenção primária à saúde e pouco investimento nesse âmbito de atenção pelos entes federados, sendo que investir na ESF produz eficiência alocativa no SUS e gera valor para os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2006).

A ESF possui argumentos que apontavam favoravelmente em relação ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde; por outro lado, apontam o risco da segmentação da clientela e da focalização, com retrocesso e limitação dos princípios do SUS, razão da orientação normativa das políticas públicas de saúde em tempos de crise fiscal (RONCANELLI, 2003; PEREIRA et al, 2015).

A ESF cumpre com os requisitos de um bom sistema de APS e existem muitas evidências sobre sua efetividade. Por isso, é urgente que a ESF e o SUS não sofram cortes que possam interromper os resultados até aqui encontrados e que passem a ser defendidos como uma conquista e um valor ético por toda a sociedade brasileira (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

As propostas que se fazem como alternativas à ESF são frágeis por razões que se baseiam em ideias de senso comum que não encontram respaldo nas evidências sobre a atenção primária à saúde, trazem a ameaça de volta ao falido modelo da atenção primária seletiva e aguça o modelo fragmentado de atenção às condições e aos eventos agudos que é o cerne da crise mundial dos sistemas de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Diante de dificuldades financeiras há sempre alternativas, dentre elas, destacam-se duas: a alternativa de andar para trás, a alternativa conservadora ou reacionária, que busca o abandono de uma proposta que tem efeitos positivos inequívocos como a ESF, e a volta a modelos de atenção primária seletiva ou de atenção não programada às condições e aos eventos agudos que nunca geraram valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, em nenhuma parte do mundo. Outra, a alternativa de superação para frente, a alternativa progressista, que reconhece os problemas da ESF, analisa-os desde uma perspectiva global e propõe um conjunto de soluções integradas de radicalização do modelo de ESF. Essa alternativa assenta-se na convicção de que problemas complexos não podem ser resolvidos com soluções simples, ao contrário, exigem soluções complexas e sistêmicas (BRASIL, 2006).

A expansão da ESF teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira, com melhor acesso e utilização de serviços de saúde para quem mais precisa, ou seja, pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças. Melhores resultados de saúde, incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária; expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas; melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos; eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família (PBF) e; expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

As abordagens mais inovadoras para a organização e provisão de atenção primária na ESF concentraram-se nos segmentos mais pobres de muitos municípios. Embora isso tenha levado a melhorias na equidade em saúde, há desafios em alcançar a classe média que prefere buscar serviços no setor privado. Há complicações adicionais decorrentes da natureza descentralizada da gestão da saúde no Brasil, com alguns municípios optando pelo aumento da expansão da ESF, enquanto outros não realizaram investimentos na conversão da UBS tradicional para a ESF mais efetiva. Juntamente com o aumento da demanda por cuidados de saúde, a rápida expansão da ESF contribuiu para evidenciar a má distribuição de médicos no Brasil, cuja resposta foi o Programa Mais Médicos (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

Nos últimos anos houve expansão relevante do acesso às equipes de saúde da família, aumento da cobertura da ESF nas zonas urbanas e em cidades com maior densidade populacional, alguns avanços na integração das ações da ESF com as ações de saúde

secundárias e terciárias e uma intensificação dos processos de participação comunitária (CAMPOS et al, 2012).

Nas três esferas administrativas do SUS, a ESF tem sido apresentada como política prioritária para a organização da APS e para reorientação do modelo de atenção nesses mais de vinte anos, sendo implementada na maioria dos municípios brasileiros, cobrindo quase 70% da população, presente em 95% dos municípios com equipes de ESF e ACS e 90% dos municípios com equipes de saúde bucal. Em alguns estados como Piauí, Paraíba, Tocantins e Sergipe a cobertura populacional por ESF foi universalizada de fato, sendo maior que 90% (MENDONÇA et al, 2018).

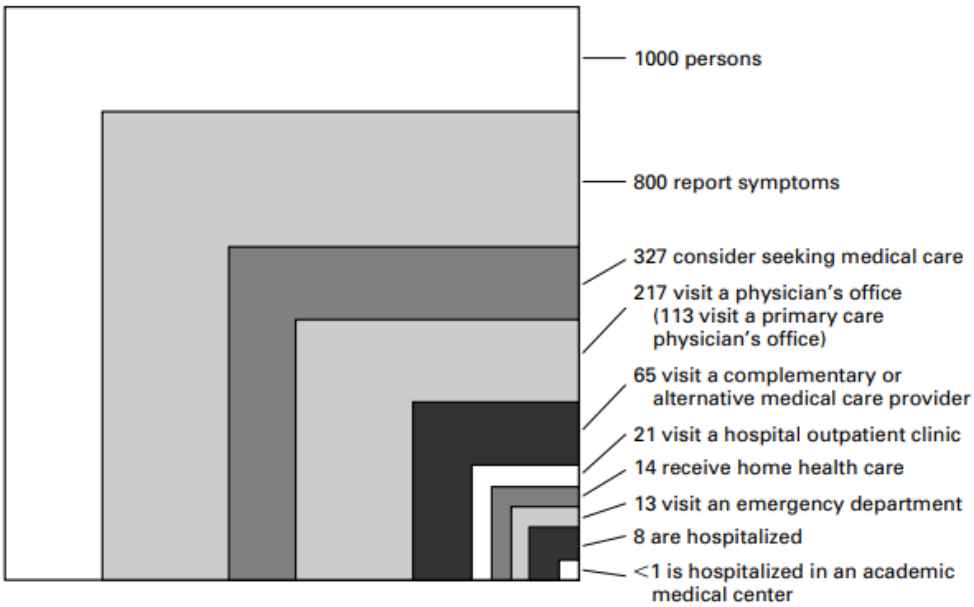
De acordo com o Portal do Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde (2019), na competência setembro de 2019, o Brasil possui 43.508 equipes de saúde da família (ESF) em 5.493 municípios (98,6%), com cobertura estimada de 64,21% da população (133.890.701 pessoas). Destas, 28.581 possuem equipes de saúde bucal, com cobertura estimada de 42,50% da população (88.629.638 pessoas). Em relação aos ACS, existem 268.300 profissionais atuando na APS, com cobertura estima de 63,41%, ou seja, 132.210.027 milhões de pessoas.

1.1.2 Parâmetros assistenciais em APS

A tradição da saúde pública no Brasil denomina “parâmetros” as recomendações técnicas, geralmente de caráter normativo, expressas em concentrações per capita desejadas para serviços de saúde. A introdução dos parâmetros no balizamento da programação em saúde tem origem no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1994 (BRASIL, 2017).

Uma quantificação aproximada dos fluxos e parâmetros nos sistemas de saúde tem sido feita por modelos de ecologia dos sistemas de saúde, proposto originalmente por White et al (1961), para mostrar as ações no planejamento e gestão da saúde. Em trabalho com resultados muito próximos à pesquisa original, Green et al (2001) mostraram que de cada 1.000 pessoas em um mês, 800 apresentavam sintomas; dessas 800 pessoas, 327 consideraram procurar cuidados médicos e 217 chegaram a um consultório médico; dessas 217 pessoas, 113 chegaram a um médico da atenção primária à saúde; daquelas 800 pessoas, 21 chegaram a um ambulatório hospitalar, 13 a um serviço de urgência e emergência, 14 receberam atenção domiciliar, oito foram hospitalizadas em hospital geral e uma internada num hospital de ensino (MENDES, 2016).

Figura 1- Resultados de uma re-análise da prevalência mensal de doenças na comunidade



Fonte: Green et al (2001).

No contexto histórico do Brasil, em 1982, o INAMPS editou a Portaria nº 3.046, com os "parâmetros" que iriam orientar o cálculo das metas da Programação e Orçamentação Integrada (POI) no período das Ações Integradas de Saúde (AIS). Essa Portaria estabeleceu os chamados "parâmetros de cobertura" de consultas médicas, exames complementares e internações, voltados à população de beneficiários do sistema de previdência social, bem como os "parâmetros de produtividade", ou seja, número de consultas/médico/hora e internações leito/ano, destinados a estimar a capacidade de produção de serviços assistenciais das instituições contratadas. Esses critérios teriam, à época, um caráter restritivo e racionalizador do uso dos recursos e um aspecto francamente normativo que marcou a prática de programação dos recursos para a assistência à saúde nas décadas seguintes (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 que trata sobre os parâmetros assistenciais no SUS foi amplamente utilizada pelos gestores em saúde, e representou uma atualização nos parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria nº 3.046/1982. O MS revogou essa normativa, publicando a Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015, que aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Esses parâmetros são referenciais quantitativos indicativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

O novo Caderno de Parâmetros, instituído pela Portaria nº 1.631/2015, foi resultado dos estudos apresentados na Consulta Pública SAS 06/2014, de 12/03/2014, com a proposta de uma nova lógica de definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde, trazendo elementos que embasem estimativas de oferta desejada de um rol de ações e serviços, com vistas à minimização de riscos, agravos, condições clínicas ou doenças de conjuntos populacionais. A direção desse processo é a busca de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país (BRASIL, 2017).

De acordo com os parâmetros de recomendações para orientar os gestores do SUS dos governos federal, estadual e municipal no planejamento, programação e priorização das ações de saúde, a média de consultas médicas por habitante/ano, sugerida nos parâmetros assistenciais no SUS é de 2 a 3 consultas por habitantes/ano. Para a enfermagem é de 0,5 a 1 consulta de enfermagem por habitantes/ano, com tempo estimado de três consultas por hora. Para a odontologia, é de 0,5 a 2 consultas odontológicas por habitantes/ano. O número médio de consultas é um indicador importante para ser monitorado para avaliar a qualidade da oferta de atenção à saúde na sua equipe (BRASIL, 2002).

Algumas questões são relevantes e podem influenciar o cálculo do número de consultas por habitante/ano, como fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária, infraestrutura de serviços, desigualdades existentes na cobertura assistencial, vulnerabilidade e risco no território dentre outros, sendo necessário ampla avaliação e planejamento.

Na pesquisa de Escorel et al (2005), foi constatado uma variação no número de consultas médicas de 1,7 a 4,5 consultas/habitantes/ano em 10 centros urbanos. No estado de Goiânia, a média de consultas foi inferior à sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS (2 a 3 consultas por habitante/ano) e superior em Vitória e Aracaju.

O estudo de Green et al (2001) nos permite delimitar o campo da atenção primária à saúde, considerando que, de cada 1.000 pessoas num mês, 113 (11,3%) irão buscar os cuidados médicos primários. Além dessas pessoas muitas outras chegam a outros profissionais da atenção primária à saúde, especialmente aos enfermeiros (MENDES, 2016).

De acordo com o Manual de Nota Metodológica do PMAQ AB, utilizado para avaliação das equipes de atenção básica no Brasil, a quantidade ideal de atendimentos médicos e de enfermeiros mensal por equipe de atenção básica é de 15% a 22% de acordo com o total de pessoas adscritas no território. Em relação ao tipo de atendimento, 30% a 60% é o parâmetro

ideal para atendimentos de urgência, 25% a 35% de atendimentos agendados e 21% a 39% de atendimentos programáticos por condição de saúde avaliada. Outro parâmetro importante foi o número ideal de encaminhamentos médicos para o serviço especializado, sendo definido o padrão de 5% a 20% em relação ao total de consultas médicas realizadas na APS (BRASIL, 2019).

Considerando os estudos de Green et al (2001), Mendes (2016) e a PNAB que define a quantidade média de 3.500 pessoas por equipe de saúde da família, pressupõe-se que são necessárias à média de 396 (11,3%) consultas médicas/mês, mas outros fatores predisponentes devem ser identificados e analisados, como por exemplo, a vulnerabilidade da população adscrita.

A atenção primária possui outras atividades e ações que devem ser realizadas na busca do cuidado integral nesse nível de atenção à saúde, não devendo estar centrado exclusivamente na consulta médica. De acordo com a Portaria nº 842/GM/MS, de 2 de maio de 2012, que publicou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS, as ações e serviços da Atenção Primária incluem:

> [...] promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/contexto, observando critérios de riscos e vulnerabilidades; acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgências e emergências nas unidades básicas de saúde; atenção e cuidado continuado/programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio (quando for necessário); indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da Atenção Primária; atividades de atenção individual e coletivas (ex.: Familiar, Comunitária); atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar; atenção à Saúde Bucal; atenção através de ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares; Vigilância Nutricional e Alimentar e Atenção Nutricional; coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da Atenção Primária. (RENASES, 2012)

O leque de ações e serviços necessários na atenção primária conforme descrito na RENASES são amplos, sendo necessário ferramentas de planejamento e estratégias organizacionais para promoção do acesso, integralidade e qualidade do cuidado em saúde.

Os parâmetros assistenciais para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS foram atualizados pelos artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação

n° 01, de 28 de setembro de 2017 [6], trazendo os parâmetros por áreas temáticas como gestantes, crianças, doenças crônicas não transmissíveis, atenção à saúde bucal, atenção à saúde especializada, atenção hospitalar, equipamentos e hematologia /hemoterapia.

1.1.3 Organização e financiamento da APS

A OMS descreve que a Cobertura Universal de Saúde (CUS) significa que todas as pessoas e comunidades possam usar serviços de saúde (preventivo, curativo, reabilitador e paliativo) de qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo que o uso desses serviços não exponha o usuário à pobreza ou a dificuldades financeiras. Apesar das limitações desse conceito, representa um dos indicadores para as metas de desenvolvimento sustentável (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

Em setembro de 2015, representantes dos 193 Estados-membros da ONU, reuniram-se em Nova York e reconheceram que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Ao adotarem o documento "Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" [7], os países comprometeram-se a tomar medidas ousadas e transformadoras para promover o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta. Desde os Objetivos do Milênio (ODM), foram registrados progressos históricos na redução da mortalidade infantil, na melhoria da saúde materna e na luta contra o HIV/AIDS, a tuberculose, a malária e outras doenças. Em 15 anos, o número de pessoas infectadas pelo HIV anualmente caiu de 3,1 milhões para 2 milhões e mais de 6,2 milhões de vidas foram salvas da malária (ONU, 2015).

Apesar do progresso, as doenças crônicas e aquelas resultantes de desastres continuam a ser os principais fatores que contribuem para a pobreza e para a privação dos mais vulneráveis. Atualmente, 63% de todas as mortes do mundo provêm de doenças não transmissíveis, principalmente cardiovasculares, respiratórias, câncer e diabetes. Estima-se que as perdas

---

[6] Novos critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde. http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf > acessado em 03/12/2019.

[7] Nações Unidas Brasil – A Agenda 2030. https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/> acessado em 03/12/2019

econômicas para os países de renda média e baixa provenientes destas doenças ultrapassarão US$ 7 trilhões até 2025 (ONU, 2015).

A consolidação e universalidade da APS no Brasil enfrentam obstáculos do subfinanciamento crônico no SUS. Países desenvolvidos com sistemas públicos universais investem de 7% a 8% de seu PIB com gastos públicos em saúde, contudo, no Brasil os gastos públicos representam cerca de 4% do PIB apenas (MENDES e MARQUES, 2014; PIOLA, FRANÇA e NUNES, 2016; MENDONÇA et al, 2018).

No Brasil, o Projeto de Lei n° 127/2001 que regulamentava a Emenda Constitucional n° 29 – EC 29 que se encontrava no Senado, previa a aplicação mínima da União de 10% da receita corrente bruta, no entanto não foi aprovado na sua versão original. Isto poderia ter acrescentado para o orçamento do MS em 2011 o correspondente a cerca de R$ 32,5 bilhões e seria um resgate da responsabilidade da União com o SUS (MENDES, 2012; PEREIRA et al, 2015).

O limite de expansão da APS no Brasil certamente foi reduzido por conta do subfinanciamento do SUS, apesar que as transferências para Atenção Básica tenham quase dobrado em termos reais entre 2002 e 2016, com *per capita* total de R$ 45 para R$ 81. O PAB Fixo, componente de repasse universal, foi mantido a valores baixos com perda do seu potencial redistributivos com designação de irrisórios médios de R$ 24 por pessoa ao ano (cerca de US$ 7) (MENDONÇA et al, 2018).

No ano de 2016, no Brasil, foi publicada a EC n °95/2016 que definiu o congelamento e a redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por vinte anos e sobrecarrega os municípios, que já são responsáveis por um terço dos gastos em saúde (31%), financiando-a muito além das suas receitas (18,5%). Estima-se que o setor Saúde tenha uma perda de mais de R$ 400 bilhões até 2036, sendo esse fator indicador de uma piora da situação da saúde da população e sucateamento dos serviços (MENDONÇA et al, 2018).

O principal papel da APS nas reformas sanitárias europeias está no crescente número de países que proporcionam autonomia da APS no controle sobre parte ou sobre a totalidade do orçamento do sistema de saúde. O exemplo mais conhecido é do Reino Unido, no qual grupos de médicos generalistas (*general practitioners- GPs*) recebem recursos para se responsabilizarem por outros serviços para seus pacientes, como cirurgias eletivas, visitas domiciliares, assistência farmacêutica ambulatorial e cuidados comunitários, num processo denominado de *fundholding* (BRASIL, 2009). Após as reformas do sistema de saúde inglês (NHS) pela Lei de Saúde e Assistência Social em 2012, esse processo passou a ser denominado *Clinical commissioning groups (CCGs)*, que são grupos de médicos, incluindo os médicos GP em sua área geográfica, com o poder de influenciar as decisões de comissionamento de seus

pacientes. Cada CCG é responsável por pessoas que recebem serviços médicos primários por um membro do grupo, que de certa forma, é um gerenciamento do serviço de APS no território de atuação.

Arranjos similares têm sido desenvolvidos em relação à atenção hospitalar na Finlândia, em algumas regiões Suecas, em algumas regiões da República Russa e em sistemas de seguro social da Alemanha. A APS, por esses mecanismos, responsabiliza-se por 20% dos gastos em atenção hospitalar no Reino Unido e por 100% desses gastos na Finlândia e Suécia. Esse movimento exige que a APS, além de sua tradicional função de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde mais comuns, desempenhe a função de integração do sistema de saúde. Cabe à APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais (SALTMAN e FIGUEIRAS, 1997; BRASIL, 2009).

As evidências sobre a função de compra total dos médicos generalistas no Reino Unido, como extensão da função de *fundholding*, mostra a possibilidade de a APS exercitar o papel de coordenação numa rede de atenção à saúde. Seus defensores dizem que a função de compra de serviços feita em pequena escala e de forma descentralizada, é um estímulo para as mudanças e tem levado à melhoria dos serviços de saúde. Seus críticos argumentam que o grande número de pequenos contratos aumenta os custos de transação e tem impacto negativo na equidade entre pacientes que têm e não têm médicos *fundholders*. As evidências sugerem que o *fundholding* teve grande impacto nas mudanças organizacionais e mostram como os serviços hospitalares se tornaram mais responsivos à atenção primária à saúde por meio de melhorias nos sistemas de informação, no tempo de atendimento e no acesso. Em relação à eficiência, há evidência de que os *fundholders* exerceram maior controle sobre os medicamentos, mas quanto à equidade, os estudos mostram divergências. Também, em relação à qualidade da atenção não há evidência robusta de que o *fundholding* produz melhoras substanciais (ROBINSON e STEINER, 1998; BRASIL, 2009).

As características principais da APS, como prática de atenção gerenciada, são a atuação do médico de primeiro contato da APS (*gatekeepers*) como coordenadores do cuidado, a atuação como gerentes da utilização dos serviços, a atuação como gerentes do orçamento de todo o sistema e a responsabilidade por uma população adscrita (COLIN-THOME, 2001; BRASIL, 2009).

O MS da Holanda destaca duas características que estão ligadas a uma APS forte, como o *gatekeeping*, que é o médico de primeiro contato, e o pagamento por lista de pacientes adscritos a um médico generalista. De acordo com esse documento para a APS, essas duas

características estão associadas a menores gastos dos sistemas de atenção à saúde, sendo que, do ponto de vista da efetividade e eficiência, o estudo comparativo mostra a superioridade dos sistemas com APS forte. Contudo, não há evidência da mesma superioridade em relação às iniquidades relativas aos níveis de renda da população (HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS, 2004; BRASIL, 2009).

A maioria dos estudos que analisa a substituição dos serviços secundários por serviços primários mostra que esta mudança é mais custo/efetiva, mas a expansão dos serviços primários pode, nem sempre, reduzir custos, porque identifica as necessidades não atendidas de saúde da população, melhora o acesso e expande a utilização dos serviços (HEALTH EVIDENCE NETWORK, 2004; BRASIL, 2009).

Os estudos internacionais mostram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentam resultados melhores e mais equitativos, são mais eficientes, têm menores custos e produzem mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas possibilitam liberar recursos para atender às necessidades do excluídos, melhoram a equidade porque são menos custosos para os indivíduos e mais custo-efetivos para a sociedade. Sistemas baseados em APS asseguram maior eficiência dos serviços porque poupam tempo nas consultas, reduzem o uso de exames laboratoriais e reduzem os gastos em saúde. Eles minimizam os gastos diretos dos bolsos das famílias, que são mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2009).

Apesar de suas inúmeras conquistas, o SUS enfrenta sérios desafios financeiros e organizacionais. Embora o gasto total com saúde no Brasil seja semelhante à média da OCDE, de cerca de 9% do PIB, menos da metade desse valor é público, colocando o Brasil muito abaixo da média da OCDE na participação do governo nos gastos com saúde (DONIEC et al, 2016; MASSUDA et al, 2018; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

Não existe sistema de saúde nem modelo de atenção perfeito, mas, os que apresentam melhores resultados na saúde da população, e maior equidade, são os que têm na APS a centralidade de sua organização. Além disso, existe consenso internacional que redução de investimentos nos sistemas e serviços de saúde pode resultar em piores condições de vida, retrocessos nos avanços já alcançados, mais desigualdades e até desacelerar o crescimento econômico (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

A introdução dos PAB fixo e variável na década de 90, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento

por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (*per capita*) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF) (MELO et al, 2018).

De acordo com o Portal de Transparência da Controladoria Geral da União, o orçamento da Saúde no Brasil para o ano de 2018 foi de R$ 121,86 bilhões, sendo executado o valor de R$108,18 bilhões (88,77%). O orçamento executado para atenção básica foi de R$ 20,8 bilhões, que representou 19,2% do orçamento executado (BRASIL, 2019).

Numa análise do financiamento do SUS para garantir a cobertura à saúde universal e integral no ano de 2010, comparado com o gasto per capita dos planos de saúde, o orçamento deveria ser em torno de 298 bilhões. Para atingir a recomendação da OMS que a média é de 5,5% do PIB, o orçamento deveria ser 198 bilhões. Quando comparado o gasto público *per capita* da Europa e das Américas, o orçamento alcançaria o valor de 435 bilhões e 425 bilhões respectivamente (PEREIRA et al, 2015).

Atualmente, o SUS enfrenta uma crise importante dada a Emenda Constitucional 95 (EC 95), aprovada em dezembro de 2016, e que limita despesas federais em saúde para os próximos 20 anos, congelando os gastos ao nível de 2016 sem incremento além do ajuste pela inflação. A previsão é que essa emenda resultará em um declínio no orçamento da saúde de R$ 415 bilhões até 2036. Reformas adicionais que modificam o financiamento de alguns componentes do SUS, incluindo a ESF e a revisão da PNAB, podem levar à estagnação ou mesmo à deterioração dos importantes ganhos em saúde obtidos devido a esse modo exitoso de organizar a atenção primária no Brasil (DONIEC et al, 2016; MASSUDA et al, 2018; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

1.2 ACESSO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, a palavra *Acesso* significa passagem; chegada ou entrada; ação ou oportunidade de entrar ou de sair; capacidade ou aptidão para obter algo relativamente difícil. Já a palavra *Acessibilidade* quer dizer qualidade do que é acessível, do que tem acesso; possibilidade de obter algo; propriedade do material confeccionado para que qualquer pessoa tenha acesso, consiga ver, usar, compreender (AURÉLIO, 2006).

Segundo Donabedian (1973), o substantivo *acessibilidade* representa o caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso como o ato de

ingressar, de entrar; ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Andersen e Anderson (1967) desenvolveram no final da década de 1960 o modelo de utilização de serviços de saúde para ajudar a compreender o porquê as famílias usam os serviços de saúde, definir e medir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e ajudar no desenvolvimento de políticas para promover o referido acesso. Posteriormente, o trabalho foi mudado para o nível do indivíduo como unidade de análise, devido à dificuldade de desenvolver medidas a nível familiar que levassemem conta a heterogeneidade potencial de membros da família. Esse modelo era baseado nas características predisponentes, recursos disponíveis, necessidades e uso dos serviços de saúde.

O acesso equitativo ocorre quando as variáveis demográficas e de necessidade representam a maior parte da variância na utilização. O acesso desigual ocorre quando a estrutura social, crenças de saúde e os recursos permitidos determinam quem recebe assistência médica (ANDERSEN, 1968).

Acessibilidade é um dos aspectos da oferta de cuidados em saúde relativa à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Refere- se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, correspondendo a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Donabedian (1973) distingue duas dimensões da acessibilidade, sendo a *Sócio Organizacional* que inclui todas as características da oferta de serviços; e a *Geográfica* que se relaciona com a fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância, tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros (DONABEDIAN, 1973).

Penchansky e Thomas (1976) utilizaram o termo acesso como conceito no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, numa interpretação da ideia desenvolvida por Donabedian, com a inclusão de outros atributos que são tomados não só como base na oferta, mas na relação entre a oferta e os indivíduos. Os citados autores identificaram várias dimensões que compõem o conceito de acesso: *disponibilidade* (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; *acessibilidade* como uma dimensão do acesso caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; *acolhimento* (*accomodation*), que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; *capacidade de compra*, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e

aceitabilidade, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Em 1992, Frenk desenvolveu o conceito de acessibilidade fundamentado na proposta de Donabedian, sistematizando o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários (necessidades de saúde ⇒ desejo de obter cuidados de saúde ⇒ procura ⇒ entrada nos serviços ⇒ continuidade dos cuidados) e a explícita limitação do âmbito da acessibilidade às etapas de procura e entrada nos serviços.

No ano de 1995, Andersen priorizou o termo acesso no seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, sendo apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Nesse modelo, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como *fatores predisponentes*, que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde; *fatores capacitantes*, que são os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde; e as *necessidades de saúde*, que são as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

Além disso, o mesmo autor ampliou o entendimento sobre o conceito de acesso, que passou a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde como um conceito multidimensional, composto por dois elementos: *"acesso potencial"*, que se caracteriza pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços; e *"acesso realizado"*, que representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial. Nas últimas revisões de Andersen, o autor buscou incluir explicitamente no modelo os efeitos dinâmicos do uso de serviços na saúde, com a elaboração dos conceitos de *"acesso efetivo"*, que resulta do uso de serviços que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; e de *"acesso eficiente"*, que se refere ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos

Desta forma, foi ampliado o conceito de *acesso realizado* (uso) que passou a incluir os seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas, sendo que o resultado do *acesso potencial* pode ser medido pelo uso de serviços (acesso realizado) e o do *acesso realizado* (uso) pelo acesso efetivo e eficiente (ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

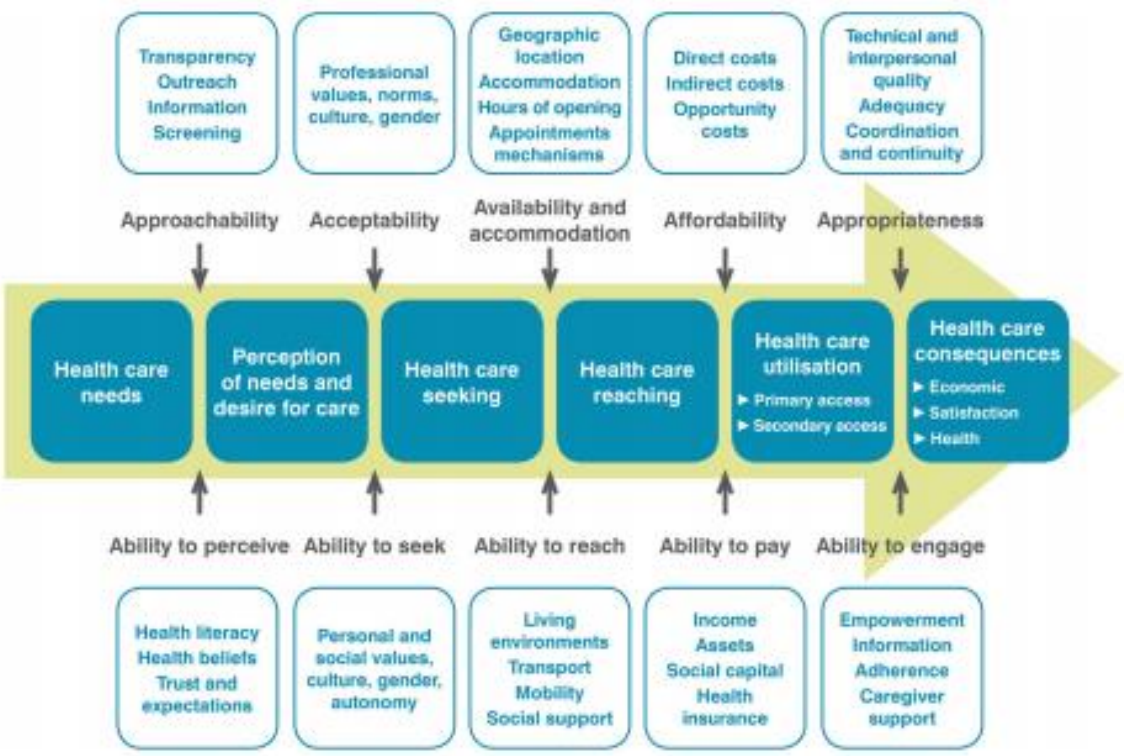
Na proposta da Organização Mundial da Saúde sobre cobertura universal em saúde, ainda que apresentem diferenças substantivas entre si, é sugerido que as pessoas devem ter acesso à atenção integral à saúde com serviços de qualidade, baseados nas necessidades dos

indivíduos, das famílias e das comunidades, sem barreiras econômicas que dificultem a acessibilidade (TASCA, 2014; MENDES, 2016).

Starfield (2002) diferencia o termo acessibilidade de acesso, sendo a acessibilidade a possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços, relacionado à distância e localização; e o acesso sobre o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário.

Levesque et al (2013) descrevem que o acesso é uma oportunidade de identificar as necessidades de saúde, buscar e alcançar os serviços de saúde para utilização dos cuidados em saúde. O autor sob uma perspectiva dinâmica e cumulativa em relação ao acesso e apoiado em trabalhos anteriores sobre os determinantes da utilização dos serviços de saúde e acesso, realizou uma síntese de conceituações sobre o acesso e identificou cinco dimensões definidas como: abordabilidade, aceitabilidade, acolhimento/ disponibilidade, acessibilidade e adequação/ apropriação; e cinco habilidades/ interações para gerar o acesso, sendo a capacidade de perceber, capacidade de procurar, capacidade de alcançar, capacidade de pagar e capacidade de se envolver, conforme disposto na Figura 2 abaixo.

Figura 2 - Conceituação do acesso



Fonte: A conceptual framework of access to health care. Levesque et al (2013).

O termo acesso é frequentemente usado para descrever fatores ou características que influenciem o contato inicial ou o uso de serviços, as opiniões que diferem em relação aos

aspectos incluídos no acesso e se a ênfase deve ser colocada mais na descrição das características dos serviços de saúde ou no processo real de atendimento, sendo que alguns autores veem o acesso mais como um atributo dos serviços de saúde, observando o fato de que os serviços podem ser acessados ou utilizados por aqueles que precisam de cuidados (FRENK, 1992; SALKEVER, 1976; LEVESQUE et al, 2013).

Embora a maioria dos autores reconheça a influência das características dos usuários, bem como as características dos serviços de saúde em relação ao acesso, muitos colocam mais ênfase nas características dos recursos de cuidados de saúde que influenciam a utilização dos serviços, atuando como um fator mediador entre a capacidade de produzir serviços e seu consumo (DONABEDIAN, 1973; LEVESQUE et al, 2013). O acesso é conceituado como termo de ajuste entre as características dos serviços de saúde e as características e expectativas dos usuários/clientes, sendo o acesso, a interface entre usuários potenciais e recursos de cuidados de saúde, e será influenciado por características daqueles que fornecem, bem como aqueles que utilizam os serviços (PENCHANSKY e THOMAS, 1981; LEVESQUE et al, 2013).

O conceito de utilização dos serviços de saúde compreende todo contato direto, que é relacionado as consultas médicas, hospitalizações, processos assistenciais ou o contato indireto, relacionado a realização de exames preventivos e diagnósticos. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O acesso aos cuidados em saúde apresenta-se como identificação da oferta e da demanda, sendo um produto de fatores de oferta, tais como a localização, disponibilidade, custo e adequação dos serviços, bem como fatores de demanda, como o ônus da doença e conhecimento, atitudes e habilidades e práticas de autocuidado (MOONEY, 1983; ADAY e ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995, GULLIFORD et al, 2002; LEVESQUE et al, 2013).

O acesso permanece como um grande nó crítico, com dificuldades na estrutura física, do processo de trabalho das equipes, fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços, sendo que esses problemas no acesso podem vir a comprometer avanços no plano da integralidade (CONILL, 2008).

Travassos e Martins (2004) APUD Pineault e Daveluy (1986) descrevem que os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser relacionados com os seguintes fatores:

> (I) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença;
> (II) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas;
> (III) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento;
> (IV) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social;
> (V) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Um acesso mais qualificado poderá, em algumas circunstâncias, exigir um incremento da oferta, o que implica mais recursos. Nesse sentido, conhecendo a natureza do problema do acesso aos serviços de saúde, pode-se entender que a sua melhoria deve ser feita por mecanismos concomitantes de racionalização da oferta e da demanda, muitos deles independentes de incrementos de recursos financeiros (MENDES, 2016).

Acessibilidade e utilização (acesso realizado) são atributos essenciais da atenção primária, pois se a população não acessa os serviços do primeiro nível, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção. Além disso, a atenção primária é mais eficaz quando se concentra na pessoa (e não em uma doença ou órgão, como é o caso das especialidades médicas focais) e cria um vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde durante o curso da vida. Por meio desse relacionamento, e do desenvolvimento de registros e outras informações mais qualitativas, os profissionais de Atenção Primária em Saúde (APS) ganham conhecimento profundo sobre o indivíduo, sua família e a comunidade em que vivem (STARFIELD, 1998; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

O acolhimento pode ser um instrumento como forma de inclusão e acesso dos usuários, pois pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais são objetos privilegiados do trabalho das equipes e tenham acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

As características de oferta de serviços de saúde podem limitar a utilização por pessoas que dele necessitam por barreiras de acesso, ou estimular a utilização por pessoas que deles não necessitam por indução da utilização (TRAVASSOS e MARTINS, 2012).

Existe uma variação entre autores em relação ao enfoque do conceito de acesso, sendo que uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). Há também discordâncias no contexto da necessidade da avaliação de acesso, com apontamentos para a necessidade de concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos

sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos (ADAY e ANDERSEN, 1974; TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

De acordo com Gulliford (2017), os pesquisadoresestão movendo-se para uma compreensão mais diversificada dos processos pelos quais as pessoas obtêm acesso aos cuidados de saúde, sendo que esse entendimento ultrapassa as questões da disponibilidade agregada e da utilização dos serviços, mas reconhece que o uso ou a não utilização de serviços pelos usuários em diferentes momentos pode ser inadequado.

Desta forma, a não utilização dos serviços e a "falta" dos pacientes em consultas agendadas também torna-se uma barreira para o acesso de outros cidadãos ao sistema de saúde (ELLIS et al, 2017).

O acesso é o fator que faz a intermediação entre a procura e a entrada no serviço de saúde e refere-se às características de oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder as necessidades de saúde da população (TRAVASSOS e MARTINS, 2012).

Mendes (2016) descreve que os problemas de acesso no Brasil podem estar relacionados com o modelo de gestão da oferta, praticado nas organizações de saúde, com pressuposto que os desequilíbrios entre oferta e demanda são respondidos com incremento da oferta, fazendo com que se desorganize o acesso, promovendo o crescimento de serviços ineficientes com pouco impacto nos níveis de saúde da população.

Uma das características mais importantes em relação ao acesso é a disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. Por outro lado, a disponibilidade de recursos não garante o acesso e fatores como barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais atuam na facilitação ou obstrução da capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde (TRAVASSOS e MATOS, 2012).

Nesse interim, a avaliação da equidade do acesso depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais, e o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados. A avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso (ANDERSEN, 1995).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o acesso à saúde é feito principalmente via sistema de seguro-saúde, existindo subsidiariamente três sistemas estatais: o *Medicare*, o

Medicaid e o Sistema de Veteranos. O seguro-saúde funciona de acordo com as leis do mercado e é organizado pela HMO (*Health Maintenance Organization*) e PPO (*Preferred Provider Organization*). Em uma analogia com o sistema brasileiro de saúde suplementar, as HMO corresponderiam aos planos de saúde e as PPO aos seguros-saúde, nos quais, no primeiro caso, haveria a contratação de uma rede de prestadores de serviço e, no segundo, a escolha do profissional ou serviço seria livre mediante reembolso previamente pactuado. O *Obamacare*, também conhecido como Lei de Assistência Acessível, é uma das reformas mais ambiciosas na história do sistema de saúde americano, que permitiu à época, a garantia de acesso a um plano de saúde à 32 milhões de norte-americanos. A lei exige que qualquer pessoa que viva nos Estados Unidos, americana ou estrangeira, deve aderir a um plano de saúde, sob pena de uma multa, enquanto proíbe as seguradoras alterar os valores dos planos com base no histórico clínico ou no sexo, recusar-se a assegurar um paciente com comorbidades prévias ou hereditárias, ou limitar a quantidade de reembolsos anuais, práticas que eram legais antes de sua aplicação. Com a reforma tributária americana, no ano de 2017, o Congresso eliminou a penalidade federal por não ter cobertura de saúde, a partir de 2019, mas alguns estados, no entanto, têm seus próprios requisitos e podem cobrar uma multa nas declarações de impostos estaduais caso não tenham cobertura (ANDRADE e ANDRADE, 2010; OAKES e DI-GIOIA, 2019).

Na França, todos os residentes legais possuem a cobertura de um seguro-saúde. Para mais de 96% dos franceses, os tratamentos médicos podem ser totalmente gratuitos ou reembolsados em 100% e, o diferencial quanto ao acesso, é que os franceses podem exercer uma total liberdade de escolha, seja qual for o seu nível de renda. Eles podem acessar diretamente, no mesmo dia, vários clínicos gerais ou especialistas, escolher um hospital público ou privado, ir a um hospital universitário ou um hospital geral (ANDRADE e ANDRADE, 2010).

Esse processo de total liberdade de escolha pode ser uma via de duas mãos, no qual o excesso do acesso pode gerar custos desnecessários, além de provocar absenteísmos de consultas agendadas ou mesmo tratamentos diversos concomitantes com interações medicamentosas, dentre outros.

O Canadá possui um sistema de assistência médica predominantemente financiado pelo setor público e dispensado pelo setor privado. Pode ser mais bem descrito como um conjunto entrelaçado de dez planos de seguro-saúde provinciais e três territoriais. Conhecido pelos canadenses como o *Medicare* (diferentemente do homônimo americano), o sistema fornece acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares internos e

externos, clinicamente necessários. Essa estrutura resulta da determinação constitucional da jurisdição sobre a maioria dos componentes da assistência médica em nível de governo provincial. A gestão e prestação dos serviços de saúde cabem individualmente a cada província ou território. As províncias e territórios planejam, financiam e avaliam a prestação da assistência médica, bem como de outros serviços correlatos, como certos aspectos do ato de ministrar medicamentos e da saúde pública. O papel do governo federal na assistência médica envolve a fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema de assistência médica (*Canada Health Act*), assistindo o financiamento dos serviços de assistência médica provinciais, por meio de transferências fiscais e do exercício das funções que constitucionalmente lhe competem (ANDRADE e ANDRADE, 2010).

O sistema de saúde inglês, *National Health Service* (NHS), foi criado em 1948 no governo de pós-guerra de *Clement Atllee* como um grande projeto de solidariedade entre cidadãos. O seu financiamento é público, bem como sua gestão, e possui uma estrutura variada, contendo os seguintes departamentos: 1) cuidados primários; 2) serviço de ambulância; 3) cuidados gerais; 4) hospitalar e 5) saúde mental. O sistema baseia-se na figura do médico generalista, o *general practitioner*, responsável por determinado número de pessoas de determinada área geográfica. A partir de sua orientação e encaminhamento é que se tem acesso aos especialistas e aos serviços especializados. Devido aos crescentes gastos com o sistema, associado com as demandas tecnológicas da saúde, o NHS passou por diversas reformas, sendo a mais intensa durante o governo conservador de Margareth Thatcher, acusada de tentar privatizar o NHS, embora o governo trabalhista de Tony Blair tenha estimulado a terceirização dos serviços hospitalares (ANDRADE e ANDRADE, 2010).

Deste modo, vários países possuem organização própria em busca de ampliar o acesso e organizar a rede de saúde. Os processos organizacionais do trabalho em saúde ocorrem em vários níveis de atenção do cuidado, no intuito de buscar a ampliação do acesso e integralidade da assistência nos serviços de saúde, principalmente para as pessoas que necessitam da entrada nos serviços de saúde devido ao seu contexto de vulnerabilidade e risco.

1.2.1 Acesso na Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A atenção

básica possui o papel de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Manter a porta aberta para quem chega com demandas na Atenção Primária à Saúde (APS) não deve ser confundida, necessariamente, como garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário (CAMPOS, 2014).

De acordo com a definição de acesso por Campos et al (2014), o acesso ao sistema de saúde deve ocorrer nos seus diversos níveis de atenção, de acordo com a necessidade e o problema da pessoa, no sentido que a atenção básica funcione como porta de entrada do sistema de saúde, ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames passam a criar uma descrença no papel ordenador da APS no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo entendido pelos cidadãos como sistema de saúde público de difícil acesso.

Os problemas de acesso aos diversos pontos de atenção à saúde dependem de um fortalecimento e qualificação da atenção primária para a busca de resolução de mais de 90% dos problemas de saúde e de coordenação dos fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de toda a rede de serviços (MENDES, 2016).

Se o acesso à atenção primária for julgado em termos de disponibilidade e uso de serviços, existem desigualdades consideráveis em relação ao acesso, principalmente nas áreas urbanas desfavorecidas. Vários estudos que analisaram o acesso na APS sugeriram que um aumento no número de médicos de cuidados primários poderia estar associado à melhoria da saúde e redução da mortalidade (SHI e STARFIELD, 2001; GULLIFORD e FIGUEROA-MUNOZ et al, 2002; SHI et al, 2002; GULLIFORD; 2017).

De acordo com Andrade (2013), estudos observacionais e ecológicos evidenciaram o efeito do cuidado em APS e de seus atributos como acesso, integralidade, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária, resultando em redução de internações hospitalares por condições sensíveis evitáveis, equidade no acesso, redução de consultas não urgentes a emergências, redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares e da mortalidade geral em adultos, melhor auto percepção de saúde, maior satisfação dos usuários e a obtenção de melhores indicadores de saúde populacionais com menor custo (ANDRADE et al, 2013).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece os princípios e diretrizes norteadoras do funcionamento do SUS, com destaque para a universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, em que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam,

independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A organização dos sistemas e redes de saúde com papel central da APS na coordenação assistencial mostra que há forte associação com ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade da atenção, satisfação do paciente, melhor utilização dos recursos financeiros disponíveis, além de impactos positivos na saúde da população (TRICO et al, 2014; WAGNER et al, 2014; HANSEN et al, 2015; MENDONÇA et al, 2018).

A decisão política de reorganizar a rede assistencial de saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à APS, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de consolidar o recente processo de descentralização, foi o norte inspirador da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos mais diversos municípios brasileiros (CAMPOS et al, 2012).

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Em um estudo sobre o acesso em três municípios de Minas Gerais, aplicado para identificar a visão dos usuários e trabalhadores sobre o acesso aos serviços de saúde, identificou os dispositivos de qualidade para o acesso, sendo eles a humanização do cuidado no serviço, capacidade para integralidade do cuidado em relação a densidade tecnológica, qualificação profissional, gestão voltada à APS e fortalecimento da rede de saúde (BARBOSA, 2013).

Em outro estudo realizado sobre o acesso no município de Recife, foram identificados os problemas para o acesso à APS, como o subfinanciamento dos serviços de saúde, que tem como consequência barreiras estruturais dos serviços, incluindo a baixa cobertura de ESF, a falta de insumos, de médicos e outros profissionais. Outras barreiras identificadas foram o elevado tempo de espera e a pequena quantidade de visitas domiciliares, analisados como elementos organizativos dos serviços (LIMA et al, 2015).

No estudo de Caccia- Bava et al (2011) sobre as escolhas dos pacientes do SUS entre pronto atendimento (PA) ou atenção básica, foram encontradas as razões que motivaram a procura pelo PA, sendo que 76% dos pacientes entrevistados apontaram fatores relacionados ao acesso e à acessibilidade como horário de funcionamento, tempo de espera, distância e 19% referiram aspectos relativos ao estabelecimento de vínculos.

Barreiras organizacionais nos serviços de atenção básica provocam redução do acesso aos cuidados assistenciais e preventivos de saúde. Gonzaga et al (2017) em seu estudo na

macrorregião sul do estado de Minas Gerais, identificaram barreiras organizacionais relativas à oferta do dispositivo intrauterino (DIU) e aos critérios adotados para disponibilizá-lo na atenção básica, como a ausência ou não utilização de protocolos para disponibilização, a não disponibilização do método ou o excesso nos critérios estabelecidos, muitas vezes, desnecessários, e a limitação da atuação do enfermeiro e/ ou agendamento prévio a longo prazo para realização do procedimento.

As principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde são a população coberta por seguro saúde, a extensão da carteira de serviços, os arranjos de financiamento, as barreiras geográficas, as barreiras organizacionais e a utilização efetiva dos serviços. As duas primeiras barreiras são essenciais; as demais são barreiras derivadas (MENDES, 2019).

Outro ponto importante é a questão do acesso a medicamentos, que hoje não mais se restringe a um problema de países ou populações pobres, mas se trata de um assunto de importância global. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), em relação ao suplemento de avaliação dos idosos e avaliação de oito doenças crônicas, identificou que 18% dos idosos faziam uso de pelo menos cinco medicamentos. Sobre a caracterização do processo de seleção de medicamentos nos cuidados de saúde primários, os gestores entrevistados alegaram ter uma lista de medicamentos essenciais, mas que esta atende parcialmente (70,9%) as demandas de saúde, e, somente 13% dos médicos relatam que a lista atende referidas demandas. Outros estudos apontam disponibilidade inadequada de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas e para doenças epidemiologicamente importantes, como a tuberculose e a sífilis congênita, tornando-se um desafio a garantia do acesso aos medicamentos essenciais no contexto dos cuidados de saúde primários do SUS (AKERMAN e FREITAS, 2017; KARNIKOWSKI et al, 2017; NASCIMENTO et al, 2017).

Aspectos como a não utilização dos serviços e a “falta” dos pacientes em consultas agendadas também se torna uma barreira para o acesso de outros cidadãos ao sistema de saúde. No estudo de coorte retrospectiva do Reino Unido com meio milhão de pessoas elaborado por Ellis et al (2017), foram avaliados os fatores demográficos e de prática que preveem a ausência repetida nas consultas de APS, mostrando que 19% das pessoas perderam uma ou mais consultas durante um período de três anos. Na análise sobre o risco de falta, pessoas com idade entre 16 e 30 anos, mais de 90 anos e de baixo nível socioeconômico tiveram maiores probabilidades de perder várias consultas em APS. Outros fatores como o tempo de espera maior que 2 ou 3 dias podem fazer com que os pacientes faltem nas consultas em APS.

No Brasil, o Programa Mais Médicos (PMM), implantado pelo Governo Federal em 2013, teve o objetivo de alocação de médicos via provimento emergencial nos municípios brasileiros, procurando garantir acesso à população com a fixação do profissional durante 40 horas semanais nas equipes de atenção básica. No estudo de Silva et al (2016), com objetivo de avaliar o reflexo da disponibilidade de atendimento médico e da implementação e consolidação de estratégia de saúde da família por meio do PMM, em região de alta vulnerabilidade do estado São Paulo, evidenciou-se que houve aumento do número de consultas na população adulta e idosa, assim como maior número de atendimentos de DST/AIDS e diminuição do número das consultas fora da área de abrangência. A chegada do médico refletiu no maior acesso à APS nesses locais com melhor acolhimento à demanda espontânea e às demais atividades realizadas na UBS, e maior resolutividade das demandas de saúde da população. Outro aspecto importante evidenciado é que houve aumento significativo do número de encaminhamentos para os ambulatórios de média complexidade, o que se deve à ampliação do acesso à APS, fato esperado a curto prazo. A longo prazo, o índice de internações por condições sensíveis à atenção básica deva diminuir, bem como estabilização ou mesmo diminuição do número de encaminhamentos para média complexidade.

Kemper (2019) apresentou em seu estudo ao avaliar oito mil médicos do PMM no Brasil, que o médico com formação em medicina de família e comunidade apresenta bom desempenho e fortalece a APS. Aspectos evidenciados no estudo mostraram que alguns requisitos contribuem para fortalecimento do acesso, como a necessidade de maior rigor no cumprimento da carga-horária de trabalho e o estabelecimento de vínculo com a comunidade, facilitado pela permanência do médico na equipe. O acesso segue como um desafio a ser superado na APS no SUS, apontando para a necessidade de mudanças e inovações desencadeadas pela gestão e colocadas em prática nos serviços, os quais devem ter as estruturas organizacionais reestruturadas a partir de ferramentas e tecnologias que proporcionem maior acessibilidade.

Algumas reestruturações organizacionais já estão sendo colocadas em prática em alguns locais, como exemplo estudado por Murray e Tantau (2000), iniciado em 1990, ao gerenciar o serviço de APS *Kayser Permanent*, no nordeste da Califórnia. Os pesquisadores perceberam que havia mais de 100 médicos e outros 400 funcionários para prover o cuidado de aproximadamente 250.000 pessoas adultas, em que o tempo médio de espera para atendimento era de 55 dias e a probabilidade do paciente consultar com seu médico de referência era menos de 47%. Com isso, reconstruíram o sistema de agendamento com foco chave na relação médico-paciente baseado em dois aspectos fundamentais: (1) Continuidade do cuidado, habilitando o

sistema a proporcionar as pessoas a consultarem com seu médico de referência, melhorando a satisfação do usuário com o serviço de saúde; (2) Capacidade da agenda de permitir ao usuário que ele seja atendido no mesmo dia, diminuindo o número de consultas pré-agendadas e aumentando o espaço da agenda para as demandas do paciente daquele dia. Nesse contexto, esse método possui o nome de sistema de agendamento de “acesso avançado” ou “acesso aberto” ou “agendamento para o mesmo dia”. A regra desse modelo é “Faça o trabalho de hoje, hoje”.

A Programação de acesso avançado ou aberto, que promove a programação orientada ao paciente em vez de consultas pré-agendadas, foi proposto como uma consulta mais centrada no paciente, método que foi amplamente adotado no Reino Unido e Veterans Health Administração e práticas privadas nos EUA (ROSE et al, 2011).

Esse sistema permite as pessoas a buscarem seu médico de referência por quaisquer problemas de saúde, seja ela urgente, de rotina ou atividade preventiva. No estudo de Murray e Tantau (2000), em menos de um ano após a implementação do acesso avançado, o tempo de espera por uma consulta caiu de 55 dias para um dia apenas, aumentou a chance da pessoa em ser avaliada pelo seu médico de referência de 47% para 80% e melhorou tanto a satisfação dos usuários quanto dos profissionais do serviço de saúde.

O acesso está associado, muitas vezes, aos tempos de espera, e, ainda que eles sejam um problema comum e desagradável nos sistemas de atenção à saúde, há poucos dados confiáveis para determinar sua prevalência. Em geral, a questão do acesso é analisada a partir de visões pessimistas que se assentam na imprevisibilidade da demanda. Certamente que, em cenários de demanda imprevisível, as possibilidades de gerenciar o acesso de forma racional são diminutas. Contudo, estudos realizados em diferentes países atestaram que a demanda por serviços de saúde é, em geral, previsível, o que a torna gerenciável (MENDES, 2019).

A aplicação de um enfoque sistêmico para o acesso aos serviços de saúde inclui fixar a orientação do sistema nas necessidades e perspectivas das pessoas usuárias e de suas famílias, criar capacidade para a análise de dados e para medir os resultados, incorporar tecnologias inovadoras, criar uma cultura de excelência dos serviços e desenvolver um processo contínuo de melhoria. A fixação da orientação do sistema nas necessidades e perspectivas das pessoas usuárias e de suas famílias significa adotar a filosofia de “Como posso ajudá-lo hoje?” e da atenção centrada na pessoa, como consequência, o acesso é dirigido para satisfazer as necessidades das pessoas que buscam atenção à saúde, melhorando as experiências de cuidado dessas pessoas (BERGESON e DEAN, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015; MENDES, 2019).

No entanto, as preocupações com o agendamento do acesso avançado concentram-se em sua implementação e na variabilidade das taxas de sucesso de curto e longo prazo, especificamente nas reduções nos tempos de espera. Outros possíveis efeitos indesejáveis da implementação de acesso avançado, incluem reduções na continuidade e acompanhamento do paciente, questões de problemas agudos que impedem a prevenção e tratamento de doenças crônicas e desvantagens para populações específicas, como idosos frágeis ou com comprometimento cognitivo, barreiras de linguagem ou barreiras socioeconômicas (DEGANI, 2013).

De acordo com Vidal (2013), o não aumento do número de pessoas atendidas e o benefício quase nulo para o cuidado de doenças crônicas, leva à discussão se o acesso avançado promove um aumento do número de consultas médicas e o número de pessoas atendidas, uma vez que este poderia estar alterado, de modo que estaria realizando mais consultas médicas das mesmas pessoas, incorrendo na "Lei dos Cuidados Inversos" descrita por Hart em 1971, ofertando-se mais consultas para quem menos precisa. Portanto, é sempre importante ter uma expectativa realista de seus benefícios, uma vez que a implementação do acesso avançado no mundo real foca no agendamento para o mesmo dia e num maior número de consultas médicas em detrimento de outros princípios.

Conforme Mendes (2019), a racionalização do acesso aos serviços de saúde implica a utilização de registros eletrônicos que possam registrar os padrões de oferta e demanda, sendo os dados mais importantes para a organização do acesso a experiência de cuidado e satisfação das pessoas e famílias, práticas de agendamento, tempos de espera, ciclos de tempo nos atendimentos e experiências com modelos de atenção alternativos como teleassistência. De acordo com autor, definir essas métricas e estabelecer padrões ou *benchmarks* não são práticas comuns para medir o acesso aos serviços de saúde, sendo necessário estabelecer alguns indicadores e monitorá-los periodicamente.

Melhorar o acesso aos serviços de saúde exige mudanças profundas nas organizações que permitam transitar de uma cultura hegemônica de trabalho em silos, de independência e de fragmentação, para uma cultura de excelência centrada em um enfoque de trabalho integrado em redes em que os profissionais de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias se considerem parceiros na produção da saúde e se tratem com respeito e transparência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015; MENDES, 2019).

Mantidas certas singularidades do SUS e situações de grande restrição de oferta, determinadas pelo tamanho do território das equipes de APS muito grandes, o quadro do acesso à APS no nosso sistema público não é muito diferente do que observado em outros países. A

solução deverá passar por mudar o modelo de acesso que tradicionalmente se utiliza na APS, com incorporação de estratégias como o trabalho em equipes multiprofissionais interdisciplinares, regulação dos fluxos de agendamento, alternativas tecnológicas ao atendimento presencial e acesso avançado. Para isso, será imperativo observar experiências que deram certo em outros países e no SUS (MENDES, 2019).

Entretanto, as políticas de saúde podem promover ou violar direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo de como eles são projetados e executados. Assim, as discriminações no acesso ou provisão de serviços de saúde violam os direitos humanos, sendo a principal responsabilidade do Estado a adoção de medidas para garantir e proteger os cidadãos, em relação ao setor da saúde, a fim de corrigir desigualdades, iniquidades e práticas discriminatórias, garantindo saúde de qualidade para todos (MONTEIRO e CASTILLO, 2019).

1.3 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

O termo *comprehensiveness* (cuidados integrais e abrangentes) refere-se à disponibilidade de uma ampla gama de serviços na atenção primária e sua provisão adequada em todo o espectro de necessidades da população, exceto para os problemas incomuns, por um provedor de atenção primária. Isso inclui serviços que promovem e preservam a saúde, previnem as doenças, lesões e disfunções, tratam doenças, incapacidades e desconfortos, desde que essas necessidades sejam prevalentes (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade é um termo plural, ético e democrático com diferentes sentidos e usos. As políticas de saúde devem defender em sua constituição o acesso universal e igualitário, quer sejam ações preventivas, quer assistenciais, considerando que um dos sentidos da integralidade se reflete na articulação entre ações preventivas e assistenciais, buscando um atendimento integral com ênfase na prevenção sem descuidar da assistência (FONTOURA e MAYER, 2006).

A Integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

A integralidade da assistência é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O termo recorre a ideia de que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência voltada para o diagnóstico, tratamento e a reabilitação. Deste modo, as práticas devem ser integradas no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde doença e garantir condições satisfatórias de saúde da população (GIOVANELLA et al, 2012).

A reflexão sobre a integralidade em saúde pode contribuir para aproximar as práticas de comunicação e informação com os princípios do SUS ao dar destaque à escuta do outro, aos desejos e necessidades de diferentes atores, à abertura de espaços de conversação e à multiplicidade de sentidos que as palavras e os gestos adquirem conforme a compreensão, situação ou contexto (LOFEGO e PINHEIRO, 2016).

Neste contexto, a integralidade em saúde é a capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da atenção primária à saúde. As ações e a forma como esses serviços são prestados buscam atender às necessidades da população (LIMA et al, 2018).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, a integralidade é o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017).

A integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas sociais de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Estas práticas produzem espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvem melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, mediam negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção (PINHEIRO e SILVA JUNIOR, 2008).

A atuação da integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação

de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009).

Desta forma, o princípio da integralidade aponta para a superação da abordagem restrita à dimensão biológica do adoecimento para uma abordagem que considere também as dimensões sociais e psicoafetivas. Esse princípio orientou a expansão e a qualificação das ações e serviços de saúde no SUS, que ofertam, desde um elenco ampliado de imunizações, até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

A perspectiva da integralidade em saúde proporciona uma aproximação das noções de direito à comunicação, direito à saúde e suas aplicabilidades no cotidiano da gestão e dos serviços de saúde. Enfatiza o reconhecimento de diferentes culturas e saberes, a reflexão sobre a escuta atenta aos usuários e sobre práticas que visam promover cidadania ativa e participação.

De acordo com Ayres (2009), o princípio da integralidade no SUS é aquele que mais conduz o desafio de realizar justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde, e nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado as ações em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

Esse princípio busca trazer a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, sendo que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A potência inovadora nas práticas de integralidade está na escuta ativa das demandas e no reconhecimento da legitimidade dos usuários, que contemplam também a visibilidade de conflitos e contradições inerentes ao agir político (LOFEGO e PINHEIRO, 2016).

Contudo, frente à compreensão das necessidades de saúde da população e as práticas voltadas para a vida real dos indivíduos e comunidades, a situação epidemiológica brasileira se apresenta com característica de tripla carga de doenças, pois envolve ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (MENDES, 2012).

Sendo assim, um sistema de saúde integral visa enfrentar essa tripla carga de doenças e fazer com que os serviços em saúde tenham resolutividade no cuidado de acordo com as necessidades dos cidadãos.

Para esse enfrentamento, é necessário estar atento que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores, conforme definido pelo "modelo do campo da saúde", quais sejam o patrimônio biológico, as condições sociais, econômicas e ambientais, o estilo de vida adotado e os resultados das intervenções médico sanitárias. Os quatro grupos de determinantes podem ser analisados como resultantes de um acúmulo histórico de interações recíprocas, em que a dominância de cada um dele, no tempo, leva a uma previsão de futuras vantagens ou desvantagens durante o ciclo da vida (CARVALHO e BUSS, 2012).

A definição das circunstâncias na saúde das pessoas se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas, e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. A categoria da condição de saúde é fundamental na atenção à saúde, pois agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER e TEISBERG, 2007).

Desta forma, as equipes de saúde possuem o desafio de atuar sobre os determinantes em saúde, principalmente pela característica epidemiológica brasileira de uma tripla carga de doença, com a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas (BRASIL, 2010).

Para alcançar a atenção integrada com base na atenção primária à saúde, é necessário intervir em todo o contínuo das condições de saúde. Ademais, para fazer frente à carga crescente das condições crônicas, tanto transmissíveis quanto não transmissíveis, requerem-se atividades iniciais de promoção da saúde e prevenção das enfermidades na comunidade e atividades finalísticas de manejo das condições de saúde estabelecidas nos serviços de assistência médica. As evidências têm apontado a implantação desses modelos integrados de atenção à saúde porque determinam uma diminuição dos gastos sanitários, uma diminuição no uso dos serviços de saúde e um melhor estado de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BRASIL, 2009).

O cuidado integral em saúde não deve ser entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas sim, como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. A ação integral é também entendida como a "entre-relações" das pessoas, ou seja, ação integral com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, e que

é traduzida em atitudes como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997; CECCIM, 2004; PINHEIRO e GUIZARDI, 2004; PINHEIRO e SILVA JUNIOR, 2008).

A assistência em saúde integral traz os benefícios da longitudinalidade, que incluem melhor reconhecimento de problemas e necessidades, diagnóstico mais preciso, melhor concordância com os conselhos de tratamento, menos hospitalizações, custos gerais mais baixos, melhor prevenção de alguns tipos de doenças e aumento da satisfação do usuário (WEISS e BLUSTEIN, 1996; STARFIELD, 1998; MACKINKO e MENDONÇA, 2018).

Desta forma, o modelo assistencial de Leavell e Clark (1965) que propunha organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primário, secundário e terciário, passa por uma revisão profunda, no qual cada vez menos se pode segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial (FIOCRUZ, 2012).

As redes de atenção passam a atuar como uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado. Redes de atenção à saúde correspondem a conjuntos de serviços de saúde, de hierarquias recíprocas, com missão e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população (SALTMAN e FIGUEIRAS, 1997; BRASIL, 2009).

Considerando as redes de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ter papel integrativo manifestado em três planos: funcional, organizacional e educacional. A integração funcional implica a superação de uma visão estrita dos pacientes doentes por uma abordagem integrada das necessidades de saúde de populações e indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A integração organizacional envolve a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinares e a integração intersetorial, especialmente com os serviços de assistência social. A integração educacional visa desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde por meio de educação permanente e a mudar comportamentos nas pessoas mediante a educação em saúde (SALTMAN e FIGUEIRAS, 1997; BRASIL, 2009).

A integração funcional e organizacional é evidenciada no papel que a atenção primária à saúde deve ser exercida na gestão do cuidado das pessoas e cumprir papel estratégico na rede

de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (BRASIL, 2017).

Outro aspecto importante é a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica, sendo condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que são considerados determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectivada intra e intersetorialidade (BRASIL, 2017).

Considerando a integração educacional, o princípio da integralidade deve também orientar a formação dos futuros profissionais de saúde, dada "a necessidade de transformar os conceitos e as práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde". O contexto atual mostra que a abordagem tradicional ainda impera na formação dos profissionais de saúde, sendo esta hegemonicamente biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Seu modelo pedagógico é tecnicista, centrado em conteúdo, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos entre as diferentes especialidades e incentivando a precoce especialização (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

O agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um espaço privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde e, portanto, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas sociais de agir, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; PINHEIRO e LUZ, 2007; PINHEIRO e SILVA JUNIOR, 2008).

A busca da integralidade na atenção à saúde deve ser contemplada no movimento de articulação ensino-serviço, teoria-prática e ação-reflexão-ação. Para a construção desta rede ensino-serviço, faz-se necessário que as instituições formadoras e os serviços de saúde dialoguem, negociem e estabeleçam parcerias permanentemente, proporcionando o compartilhamento de saberes numa construção coletiva, nos quais os processos ensino-aprendizagem deveriam ser as situações do agir em saúde, ou seja, a exposição dos estudantes aos problemas reais da prática (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; SILVA e SENA, 2008; SAIPPA-OLIVEIRA, FERNANDEZ e KOIFMAN, 2010; GERHARDT et al, 2016).

O conceito de integralidade da assistência em saúde é amplo, passando pelo conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para o cuidado em saúde, bem como a sua faceta para a formação em saúde com visão para a integralidade do cuidado. Todo esse processo coloca no

centro da atenção para o cuidado em saúde o indivíduo, a família e a comunidade no âmbito da atenção primária à saúde.

1.3.1 Determinantes sociais e vulnerabilidade

A partir do século XVIII, durante a consolidação dos Estados Nacionais, a população passou a ser considerada um bem do Estado, que tinha interesse na sua ampliação e na sua saúde, já que isso significava aumento do poderio militar. Nessa fase, desenvolve-se a política de proteção contra riscos sociais e ambientais, muito mais do que como política de assistência (CARVALHO e BUSS, 2012).

As relações de influência recíproca entre saúde e economia, estruturas sociais e política são historicamente associadas ao desenvolvimento da saúde pública, trazendo conceitos que a pobreza e as más condições de vida eram as principais causas das doenças. Alguns países europeus desenvolveram inquéritos populacionais sobre a situação da saúde e comissões de saúde das cidades, mas não propriamente numa perspectiva de solidariedade social, e sim, a serviço da estabilidade e do crescimento econômico (CARVALHO e BUSS, 2012).

O importante estudo de Engels (1986) sobre a condição da classe operária na Inglaterra, no início dos anos de 1800, traçou um paralelo entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos, concluindo que as condições de vida interferiam diretamente na produção da saúde, associando a pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana (AKERMAN et al, 2012).

Num contexto histórico, descrito no livro de McKeown e Lowe (1986), também se demonstrou que a redução da mortalidade na Inglaterra, ocorrida no século XIX e no início do século XX, deveria ser creditada as melhorias nas condições de vida como saneamento, nutrição e educação, mais do que as intervenções médicas específicas como vacinas e antibióticos (CARVALHO e BUSS, 2012).

Em 1991, o Modelo de Dahlgren e Whitehead foi apresentado em um documento elaborado pelo Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) para orientar a discussão da agenda de equidade da proposta “Saúde para todos no ano 2000”, e foi revisto em versão posterior po Whitehead & Dalhgren em 2007. Seu marco teórico concebeu as ações dos determinantes da saúde como um conjunto de arcos concêntricos que configuravam um sistema interdependente de fatores que influenciavam a saúde. A atuação sobre tais elementos pode levar à melhoria das condições de saúde e à redução dos riscos. Os determinantes sociais da saúde estão dispostos em diferentes círculos, segundo seu nível de abrangência, desde um mais

próximo dos estilos de vida até um círculo distal, onde se situam os macrodeterminantes. No nível I, estão as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, cujas mudanças estruturais incluem estratégias econômicas, políticas públicas de proteção social, de fortalecimento de grupos minoritários e de proteção do meio ambiente. No nível II, a melhoria nas condições laborais e habitacionais por meio de estratégias públicas, implantação de benefícios sociais, serviços de saúde, políticas alimentares e de emprego, entre outras, promoveria maior equidade na saúde. O nível III comporta o fortalecimento dos apoios sociais e comunitários dirigidos a indivíduos e famílias. O nível IV compreende a influência nos estilos de vida exercida com o apoio e a educação em saúde, uma vez que os indivíduos têm certo grau de escolha, mas estão sujeitos também ao padrão de vida de uma dada sociedade e de sua posição social específica (VIACAVA et al, 2011).

Figura 3 - Determinantes da saúde propostos por Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

De acordo com Viacava et al (2011), o modelo proposto por Evans e Stoddart (1994) apontava para a existência não só de fatores subjacentes que influenciavam a susceptibilidade a um conjunto de agravos, mas também de um hiato entre a importância dos determinantes de saúde e o foco primário da política desse setor. São evidências relativas:

> (a) aos custos crescentes dos sistemas de saúde;
> (b) ao efeito que as intervenções e mudanças estruturais, externas a esses sistemas, exercem sobre as condições de saúde; e
> (c) à persistência de variações na mortalidade e morbidade das diferentes classes socioeconômicas, apesar das mudanças nas principais causas de morbimortalidade.

Nesse modelo, a distinção entre "doença" e "saúde e capacidade funcional" revelava que a doença, tal como é experimentada por pessoas e grupos sociais, não correspondia, necessariamente, à definição de doença sob o ponto de vista do sistema de saúde. As doenças diagnosticadas e tratadas por esse sistema são importantes na medida em que elas afetam o significado de saúde e a capacidade dos indivíduos, uma vez são considerados os efeitos positivos e negativos dos serviços de saúde. Sendo assim, as reações biológicas e comportamentais ao ambiente social e físico, bem como a herança genética influenciavam a percepção de saúde e capacidade funcional e refletiam na condição de bem-estar. A inclusão da categoria bem-estar, com o sentido de satisfação do indivíduo, aponta para o objetivo final da política de saúde, cuja prova conclusiva não é meramente a ausência de doenças, mas a sua capacidade de trazer bem-estar para a população servida.

O modelo proposto por Brunner e Marmot (1999) foi baseado no modelo psicossocial sobre estresse, sendo que nesse modelo o mecanismo de adoecimento estava associado à exposição prolongada a demandas psicológicas em condições nas quais as possibilidades para controlar a situação eram percebidas como limitadas, e as chances de recompensa eram pequenas. Essa associação entre a estrutura social e a saúde da população é mediada por processos psicológicos e biológicos cuja ação se dá por três caminhos principais: circunstâncias materiais, trabalho e ambiente social (VIACAVA et al, 2011).

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações, sendo que a maior parte da carga das doenças acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (CARVALHO, 2013).

Deste modo, a compreensão dos determinantes sociais dos processos de saúde e adoecimento da população favorece ações de efetivo cuidado e respostas à necessidade de saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, potencializando a redução de vulnerabilidades, iniquidades e promovendo justiça social (VERNASQUE, 2010).

Apesar do conceito de igualdade significar a partilha de igual quantidade de bens ou de saúde para cada um, o conceito de desigualdade incorpora a ideia de uma repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social. O conceito de equidade inclui a ideia de necessidade, ou seja, parte do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades (BARATA, 2012).

Os principais determinantes de iniquidades em saúde estão relacionados às formas como se organiza a vida social, e que as condições socioeconômicas exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença. O volume de riqueza gerado por uma sociedade é um elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas há exemplos de países com Produto Interno Bruto (PIB) ou PIB *per capita* bem superior a outros que apresentam indicadores de saúde menos satisfatórios (CARVALHO e BUSS, 2012).

No modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) sobre a produção social da doença, a posição social ocupa o centro dos processos de desigualdades relativas à saúde. O contexto sociopolítico articula a estrutura social, as normas culturais e os arranjos institucionais de um sistema social, sendo então responsável pela distribuição do poder, da riqueza e dos riscos, ao mesmo tempo que confere posições sociais diferentes aos indivíduos. A estratificação social determina as oportunidades de saúde, isto é, induz a exposições e vulnerabilidades diferenciadas, que podem contribuir para a relação entre a posição social e os resultados de saúde. A exposição experienciada ao longo da vida, a transferência transgeracional de vantagens e desvantagens, e o efeito cumulativo das exposições a fatores de risco requerem uma análise longitudinal que dê conta das exposições e das suscetibilidades diferenciais que conformam as desigualdades de saúde. Em suma, esse modelo identifica quatro componentes que devem ser considerados na compreensão e na reparação das iniquidades relativas à saúde: os fatores que afetam a estratificação social; as exposições diferenciais aos fatores de dano à saúde; as vulnerabilidades diferenciais que levam a resultados diferenciados de saúde; e as consequências sociais diferenciadas da doença (VIACAVA et al, 2011).

O modelo proposto pelo grupo de trabalho da Comissão para os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde (CSDH) criada em 2005, pressupõe que o contexto político, social e econômico compreende um conjunto amplo de aspectos estruturais, culturais e funcionais de um sistema social que influenciariam os padrões de estratificação social e as oportunidades de saúde. Nesse campo, têm destaque: a governança, a política macroeconômica, as políticas públicas e sociais, os valores culturais e as condições epidemiológicas. Neste modelo, o papel do sistema de saúde no tocante à eliminação das iniquidades compreende atender

apropriadamente às necessidades de atenção básica dos diferentes grupos sociais e promover ações intersetoriais que melhorem a saúde das comunidades estrutural e socialmente mais desfavorecidas (VIACAVA et al, 2011).

Akerman et al (2012) descreve que a inter-relação entre saúde e desenvolvimento é reafirmada no documento da CSDH, da OMS, sendo que o documento explorou apenas aspectos econômicos da relação saúde e desenvolvimento, e de forma utilitarista, colocou a saúde como um recurso para o desenvolvimento econômico, e não analisa que as condições econômicas, também, podem determinar os resultados de saúde de uma população.

Já no modelo de Graham (2007), a saúde representa um resultado de processos que se iniciam com a estrutura social, na qual está inserida a posição social, mediada pelo acesso e a exposição a um conjunto de fatores intermediários que oferecem recursos e riscos à saúde, como os ambientes sociais e materiais do domicílio, a vizinhança, o local de trabalho e os comportamentos. As causas fundamentais da desigualdade de saúde não estão restritas apenas a posição socioeconômica, uma vez que englobam todas as posições sociais que acarretam acesso desigual aos recursos societais e exposição desigual aos riscos de saúde, tais como gênero, sexualidade e etnia (VIACAVA et al, 2010).

Com grande influência na reorganização do sistema de saúde canadense e no surgimento dos movimentos de promoção de saúde, o relatório Lalonde, elaborado em fevereiro de 1971, trouxe a discussão que a causalidade dos problemas de saúde poderia ser resolvida pelos quatro elementos, que são a biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização da atenção à saúde, determinados pela combinação em proporcões diferentes desses componentes (FRANCO e PASSOS, 2011).

Considerando o impacto dos elementos de causalidade dos problemas de saúde e os determinantes sociais, nem todos os determinantes são igualmente importantes, sendo que os mais destacados são aqueles que geram estratificação social.

> Os determinantes estruturais refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico. Entre os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação estão as estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, e as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social. Esses

> mecanismos estruturais, que alteram o posicionamento social dos indivíduos, são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. São essas diferenças que com seu impacto sobre determinantes intermediários como as condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ ou biológicos e o próprio sistema de saúde, dão forma às condições de saúde dos indivíduos. (CARVALHO, 2013)

Segundo Carvalho (2013), considerando a abordagem dos determinantes sociais, para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades é necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais. Para isso, é necessário gerar um "círculo virtuoso" de retroalimentação da saúde e seus determinantes, gerado pela boa saúde que contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Neste contexto, adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor Saúde.

Desta forma, os profissionais de saúde devem compreender os determinantes sociais que envolvem o território de atuação e o local de vivência das pessoas sob os seus cuidados. Esses aspectos em busca de integralidade da assistência em saúde, reconhecendo os seus determinantes sociais, envolvem a identificação da vulnerabilidade das famílias e indivíduos de uma comunidade.

Para Ayres (2003), a vulnerabilidade de cada indivíduo está diretamente relacionada ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais permitem que, em contextos determinados, se mobilizem os recursos ali necessários para a proteção das pessoas e o cuidado em saúde.

A noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas a determinada doença e ao adoecimento não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento (AYRES, 2012).

Ayres usa o conceito de vulnerabilidade como essência da capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento. Nesta essência estão postos, portanto, o *entitlement*, que se refere ao direito das pessoas; e o *empowerment*, que trata da participação política e institucional (AYRES et al, 2006; BERTOLOZZI et al, 2009).

Desta forma, o conceito de vulnerabilidade está relacionado ao conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em

suscetibilidades ao adoecimento, ou agravos à saúde (MUÑOZ SÁNCHES e BERTOLOZZI, 2007).

Ayres et al (2012) descrevem que as análises de vulnerabilidade buscam integrar três eixos interdependentes de compreensão da vida das pessoas nas comunidades: a dimensão individual da vulnerabilidade, a dimensão social da vulnerabilidade e a dimensão programática da vulnerabilidade.

Fazendo um contraponto das definições elaboradas por Ayres et al (2012), que exemplifica os indivíduos com infecção pelo HIV e adoecimento pela AIDS, trazendo a definição para uma lógica geral dos problemas de saúde, Aa dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio que todos os indivíduos são suscetíveis de algum modo, mas que depende do grau e a qualidade da informação das pessoas, bem como a forma de transmissão ou os seus determinantes sociais como alimentação, estilo de vida dentre outros, que podem causar ou prejudicar a evolução da doença. A dimensão social da vulnerabilidade parte dos processos que não podem ser respondidos somente no plano individual, como o acesso à informação, o conteúdo, a qualidade de informação, as possibilidades de colocar em prática, valores, interesses das pessoas, relacionados aos aspectos culturais, materiais, políticos, morais, religiosos que dizem respeito à vida em sociedade. Esse processo seria relacionado às barreiras culturais que afetam o processo de colocar em práticas determinadas mudanças, e a dimensão programática da vulnerabilidade, que vai de encontro da forma com que a vida das pessoas na sociedade tem sido mediada pelas instituições, especialmente as da saúde, educação, bem estar social e cultura. O quanto os esforços dessas instituições propiciam contextos favoráveis de acesso ao cuidado, diagnóstico, intervenção, apoio, monitoramento e avaliação na transformação dos indivíduos ou grupos sociais.

Em relação aos modelos de determinantes sociais e a vulnerabilidade como fator influenciador, o modelo proposto por Starfield (2004) pressupõe que os caminhos causais em um modelo de saúde individual vão dos fatores mais distantes aos mais próximos, e de que a saúde, no nível individual, apresenta dois aspectos: ocorrência (incidência) e intensidade (severidade). As implicações dessa divisão estariam relacionadas aos tipos de influência e às medidas de saúde escolhidas. Isto porque os fatores sociais são mais prováveis de serem associados à vulnerabilidade (ocorrência), enquanto os fatores do sistema de saúde influenciam mais fortemente a severidade das manifestações dos agravos (VIACAVA et al, 2011).

As características individuais e familiares (ciclo de vida, arranjo familiar, escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho e condições de saúde) e as possibilidades de desfrute dos bens e serviços ofertados pelo estado, sociedade e mercado definem as efetivas condições

de vida. A vulnerabilidade é decorrente de fenômenos diversos, com causas e consequências distintas, relacionando-se com as dimensões individuais, sociais e institucionais específicas dos vários segmentos populacionais, bem como das possibilidades de sua superação ou minimização (SILVA et al, 2012).

As evidências emergentes do Canadá e da Austrália mostram que várias reformas visaram melhorar o acesso aos cuidados, mas podem não estar bem adaptadas às populações vulneráveis, sendo o acesso considerado pior para cidadãos pobres, imigrantes e aborígenes nesses países (KHANASSOV et al, 2016).

O fator mais importante na utilização dos serviços é a necessidade, porém as pessoas que deles mais necessitam concentradas nos grupos sociais menos privilegiados, tem menor probabilidade de utilizar os serviços (TRAVASSOS e MATOS, 2012).

A compreensão do conceito de vulnerabilidade e de adesão às práticas de intervenção possibilita inovações na atenção à saúde, ao apresentar indicadores/marcadores que contemplam o processo saúde doença em sua dimensão integral e, portanto, permitem o atendimento às necessidades de saúde, que não se limitam àquelas de ordem física, clínica e biológica (BERTOLOZZI et al, 2009).

A noção de vulnerabilidade se traduz numa combinação de condições, trajetórias sociais e contextos políticos o que torna difícil para as pessoas ganharem controle sobre suas vidas, enfrentar desafios para melhorar sua situação e alcançar todo o potencial de suas vidas, em oposição para ser apenas o resultado de características individuais (RICHARD et al, 2016; DELOR e HUBERT, 2000).

A produção do conhecimento tem buscado inovar no desenvolvimento de instrumentos que apoiem a captação da realidade de vida e saúde, e que auxiliem na leitura das necessidades e no desencadeamento e sustentação de projetos de intervenção que produzam o impacto desejado, no âmbito de atender os grupos sociais que mais carecem de apoio para conquistar autonomia para viver a vida com qualidade e a consecução do autocuidado, no cenário da equidade e da justiça social (BERTOLOZZI et al, 2009).

Por esta mesma razão, da produção do conhecimento, o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção e prevenção de agravos, não pode ser exclusivo das instituições da saúde. A atitude construtivista, que parte dos saberes e experiências dos que visamos com nossos processos educativos, é a que melhor parece concorrer para que as pessoas possam, de fato, buscar e se apropriar das informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alterativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam (AYRES et al, 2012).

A redução de vulnerabilidade não pode tornar-se efetiva e operacional se a mantivermos restritos à esfera institucional da saúde, sendo a ação intersetorial fundamental, no mínimo saúde e educação, mas a necessidade de articulação com as áreas do trabalho, bem-estar social, jurídica e cultural, as chances de melhorias no combate das iniquidades expandem proporcionalmente (AYRES et al, 2012).

Nesse contexto, tornam-se fundamentais políticas sociais que sejam definidas pelas necessidades de saúde da população, sobretudo dos segmentos socialmente mais vulneráveis e carentes, e que busquem trazer equidade e racionalidade no acesso à atenção à saúde e a tratamentos (BERMUDEZ e BARROS, 2016).

1.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação é tão antiga quanto nossa existência e consiste em podermos julgar e analisar o mundo ao redor e as ações humanas. Quando se avalia algo, o fazemos a partir da necessidade de conhecermos, julgarmos ou conceituarmos aquilo que queremos avaliar, com significado de julgarmos por meio de pressupostos se algo é bom, ruim ou mediano (FARIA, PENEDO e PEREIRA, 2015).

De acordo com Contandriopoulos et al (1997), a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (Contandriopoulos et al, 1997 apud HARTZ e SILVA, 2005).

Conforme Brousselle et al (2011), a história da avaliação distingue-se em quatro gerações e seis períodos. A primeira geração possui dois períodos - O período do Reformismo (1800-1900), marcado pós dominação religiosa, vivencia uma revolução intelectual e humanista consagrando a ideia na qual a ciência e a racionalidade eram as principais ferramentas do ser humano para ampliar o seu conhecimento do mundo e melhorar sua condição; e o período da Eficiência e Testagem (1900-1930) sobre influência da gestão clássica e a metáfora da máquina, que representa os sistemas de produção e reflete o valor atribuído à padronização, à quantificação, à uniformidade e à precisão. Nesse período é lançado as bases do estudo da administração científica do trabalho, da teoria administrativa e do estudo da organização burocrática. A segunda geração é marcada pelo período da Idade da Inocência (1930-1957), quando Ralph Tyler concebe uma abordagem da avaliação definitiva como um processo que visa determinar em que medida os objetivos educacionais foram alcançados, que marca o início da avaliação formativa. Entende-se por essa expressão que a avaliação deve, por um lado, determinar em que medida um programa atingiu seus objetivos, e por outro lado,

fornecer *a posteriori* a informação necessária ao aprimoramento desse programa. A terceira geração possui dois períodos, o da Expansão (1957-1972), em que traz o conceito que a avaliação deve permitir questionar os objetivos e fazer a triagem dos fatores suscetíveis de ajudar a compreender como os objetivos são atingidos, para aumentar a eficácia dos programas. O outro período dessa geração, denominado Profissionalização e a Institucionalização da Disciplina (1973-1989), marcado pela continuidade da ênfase do papel de juiz do avaliador, atrelado há um crescimento considerável do número de publicações, criação de várias associações profissionais comprometidas com a promoção da atividade avaliativa e a profissionalização da avaliação associada à instituição de normas, guias, códigos de éticas dentre outros. Por fim, a avaliação de quarta geração denominada Dúvidas (desde 1990 até os dias atuais), que leva em conta abordagens e métodos precedentes, mas permite ao mesmo tempo preencher lacunas e alcançar um grau de complexidade superior. O avaliador deve antes de tudo certificar-se da instalação das condições e das atividades necessárias para que todos os atores envolvidos possam realizar coletivamente a atividade avaliativa, não sendo uma atividade meramente técnica, mas prática e sobretudo emancipatória.

Evidencia-se na região latino-americana, nos últimos anos, um crescimento da importância no fortalecimento das políticas e dos programas públicos no setor saúde, bem como a necessidade de se rever os enfoques que orientam a avaliação tradicional. As demandas que se impõem nos governos têm ido ao encontro a um maior acesso e uma melhor qualidade na prestação dos serviços de saúde, com variações em países distintos, sistemas e instituições (BOSI e MERCADO- MARTÍNEZ, 2011).

A avaliação tradicional ainda possui o paradigma de privilégio das dimensões consideradas objetiváveis, passíveis de quantificação, voltando-se para o êxito técnico das ações, o que resulta na exclusão da dimensão subjetiva e simbólica, que nos falaria sobre o sucesso prático delas (AYRES, 2011; BOSI e MERCADO- MARTÍNEZ, 2011).

Desta forma, é importante refletir e examinar as interfaces entre certas características propostas que ainda prevalecem no âmbito da avaliação em saúde, cabendo refletir sobre as condições de possibilidade de construção de processos dialógicos e participativos, ainda pouco exercitados no plano das práticas e da sua avaliação (BOSI e MERCADO- MARTÍNEZ, 2011).

A incorporação do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde deve ser apropriada pelos atores sociais que constroem o cotidiano das práticas de saúde, redirecionando as ações e proporcionando confiabilidade para tomada de decisão (BOSI e MERCADO- MARTÍNEZ, 2011).

Temporão (2007) faz uma analogia quanto ao processo de avaliação dos serviços de saúde e os princípios da reforma sanitária, juntamente com a participação dos atores sociais implicados na construção do SUS: “Os sujeitos desse processo são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles o projeto será derrotado”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliar a importância econômica e política de serviços e programas do setor saúde, configurando-se como o grande projeto social do país, sendo suas ações alvos de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade, surgindo demandas por avaliações sistemáticas (FURTADO e LAPERRIÈRE, 2011).

As práticas avaliativas são consideradas uma importante ferramenta de gestão do SUS e devem ser incorporadas entre gestores, usuários, trabalhadores, comissões de saúde, sociedade civil, para se ter uma visão multifacetada, com inclusão de todos atores envolvidos na avaliação (FARIA, PENEDO e PEREIRA, 2015).

Desta forma, a avaliação contemporânea é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções (BROUSSELLE et al, 2011).

O aperfeiçoamento nas últimas décadas dos programas e sistemas de saúde deriva de múltiplos aspectos, dentre os quais se podem incluir os processos avaliativos (BOSI e MERCADO- MARTÍNEZ, 2011).

A falta de cultura de avaliação local soma-se ao fato da avaliação ainda concentrar-se no campo conceitual e de trabalho, sendo que ainda carece de contornos mais definidos sistemáticos para as práticas do dia a dia (FURTADO e LAPERRIÈRE, 2011).

A avaliação das práticas cotidianas corresponderia a um julgamento feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida, ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, mediante o recurso de metodologias científicas. As práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada como políticas, programas e serviços de saúde (HARTZ e SILVA, 2005).

Conill (2011) também descreve que as categorias de avaliação mais frequentemente utilizadas visam a medir acesso, efetividade, adequação, continuidade, aceitabilidade, segurança, sustentabilidade, eficiência e equidade, entre outras. Segundo a autora, o desafio destas avaliações é oferecer um instrumento que possa ser ao mesmo tempo abrangente e operativo, para uso da gestão.

Na atual etapa de consolidação do SUS, há um debate no sentido da qualificação da atenção básica entendida como estratégia central de reordenamento do sistema. A garantia da

qualidade da atenção tem se apresentado atualmente como um desafio do SUS, sendo a satisfação do usuário um enfoque avaliativo ao desempenhar um papel decisivo no julgamento da qualidade dos serviços prestados. É importante trazer que as necessidades e expectativas dos usuários estão associadas às experiências, às significações, às crenças e aos conhecimentos (BOSI e MERCADO- MARTÍNEZ, 2011).

Algumas vezes, dimensões relacionadas com características da prestação de serviços são tomadas como medidas de desempenho, como é o caso da continuidade da assistência ou cuidado. A dimensão *acesso* pode ser considerada como condição para a assistência, em outros casos, como um resultado final. Desta forma, existe a necessidade de compatibilidade dessas matrizes com a crescente importância das políticas de atenção primária como estratégia para organização dos serviços (CONILL, 2011).

O campo da avaliação sofre influência do referencial de Donabedian (1984), cujo modelo, amplamente conhecido, é composto da análise da estrutura (recursos), dos processos (atividades) e dos resultados de um programa ou sistema de saúde e das relações entre esses componentes (CONILL, 2011).

Donabedian (1988) foi o pioneiro em propor um modelo de avaliação da qualidade nos serviços de saúde na década de 60 e até hoje influencia os processos de avaliação, baseando-se na tríade estrutura, processos e resultados (FARIA, PENEDO e PEREIRA, 2015).

De acordo com Conill (2011), segundo o próprio autor Donabedian, existem problemas e insuficiências quando a avaliação da qualidade considera apenas um dos três elementos, sugerindo que uma boa estratégia requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos desse conjunto.

Nesse contexto, a avaliação é um mecanismo para responder às necessidades de informação dos decisores, sendo que uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas, e a pesquisa avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção (CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS e BROUSSELLE et al, 2011)

A melhoria da qualidade em saúde implica estar aberto às necessidades, aos valores, aos direitos da população, de forma a construir modelos de gestão e desenvolver formação profissional e processos de trabalho com base nessas necessidades (BOSI e MERCADO-MARTÍNEZ, 2011).

No campo de avaliação, quatro tendências podem ser identificadas: um movimento no sentido da construção de matrizes integradas, o esforço de se obter indicadores que possam ser sensíveis a ações específicas dos serviços, a importância crescente da metodologia qualitativa e a necessidade do envolvimento dos interesses nos processos avaliativos como usuários, profissionais e tomadores de decisão (CONILL, 2011).

Conill e Fausto (2007) propuseram um modelo explicativo com três níveis de análise acerca da avaliação de desempenho dos serviços. No *nível macrossocial* ocorrem decisões políticas sobre os direitos de acesso, coberturas, financiamento e macrorregulação. Em nível intermediário ou meso ou da gestão, localiza-se um conjunto de atividades de suporte necessárias ao desempenho adequado das práticas da saúde, como fluxos, suporte tecnológico, formação, comunicação, informação e regulação profissional. No nível microssocial, ocorre o cuidado em si, as relações interpessoais, com predomínio dos atributos relacionados ao acesso, à comunicação, à informação e a efetividade.

Em 2001, com a participação de uma rede de pesquisadores, vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva, a partir do conhecimento técnico-científico produzido no campo da avaliação de sistemas de saúde, foi concebido o Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), com revisão das propostas existentes na Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicada à avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde. Na matriz final sugerida, as dimensões e indicadores estão organizados em quatro grupos: determinantes ambientais, socioeconômicos, comportamentais e biológicos; condições de saúde como morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade; estrutura do sistema que envolve condução, financiamento e recursos; e desempenho como efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança (FIOCRUZ, 2003; CONILL, 2011).

A primeira fase do projeto encerrou-se em 2003, com a apresentação da matriz conceitual composta por dimensões e subdimensões com suas respectivas recomendações de indicadores, tendo a equidade como eixo transversal. Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) alocou recursos para dar continuidade à proposta PROADESS, por meio da formulação de indicadores a serem utilizados para monitorar as desigualdades em saúde e o acesso aos serviços de saúde nas diferentes dimensões de avaliação propostas, com a realização da revisão da Matriz Conceitual e dos indicadores propostos anteriormente, por um grupo de especialistas da Fiocruz, tendo sido selecionados aqueles passíveis de cálculo, usando como principais critérios a validade e a viabilidade (FIOCRUZ, 2003).

No âmbito internacional em 2002, a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), organização internacional composta por 34 países e com sede em Paris, França, iniciou o projeto Indicadores de Qualidade em Saúde da OCDE, com intuito de medir e comparar a qualidade da prestação de serviços de saúde nos diferentes países. Um grupo de especialistas desenvolveu um conjunto de indicadores de qualidade no nível dos sistemas de saúde, o que permitiu avaliar o impacto de fatores específicos na qualidade dos serviços de saúde. As definições para o conjunto Indicadores de Qualidade em Saúde da OCDE (*Health Care Quality Indicators*- HCQI) foram divididos em sete grupos: Cuidados Primários, Prescrição na Atenção Primária, Cuidados Agudos, Segurança do Paciente, Cuidados em Saúde Mental, Cuidados com o Câncer e Experiências dos Pacientes (OCDE, 2019).

Os indicadores de Cuidados Primários de acordo com HCQI são: Admissão de Internação por Asma, Admissão de Internação por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Admissão de Internação por Doença Cardíaca Congestiva, Admissão Hospitalar por Hipertensão Arterial, Admissão Hospitalar por Diabetes Mellitus, Amputação de membros inferiores de pacientes com Diabetes Mellitus com base na admissão e Amputação da extremidade inferior de pacientes com Diabetes Mellitus com base no paciente (OCDE, 2019).

Os indicadores de Prescrição na Atenção Primária pela HCQI referem-se aos indicadores de pacientes diabéticos com, pelo menos, uma prescrição de medicamentos para baixar o colesterol, pacientes diabéticos com prescrição de medicamento anti- hipertensivo de primeira escolha, pacientes idosos com prescrição de benzodiazepínicos a longo prazo ou medicamentos relacionados, pacientes idosos com prescrição de benzodiazepínicos de ação prolongada ou medicamentos relacionados, volume total de antibióticos para uso sistêmico, volume de antibióticos de segunda linha em proporção ao volume total, proporção de idosos de 75 anos ou mais que tomam mais de cinco medicamentos simultaneamente, volume total de opioides prescritos, proporção da população usuária crônica de opioides e proporção de pessoas com 65 anos ou mais com uso de antipsicóticos prescritos (OCDE, 2019).

Em 2011 e 2012, o PROADESS no Brasil incorporou a análise do desempenho do sistema de saúde no âmbito das Regiões de Saúde no Brasil, considerando o disposto no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o qual dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (FIOCRUZ, 2003, BRASIL, 2011).

Baseado no PROADESS, o MS criou a avaliação de desempenho do SUS, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que fixou como foco a avaliação do cuidado em saúde, por meio de indicadores para mensuração do acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações e

serviços de saúde. Para garantir que a seleção das dimensões e dos indicadores ocorresse de forma transparente e objetiva, o IDSUS passou ainda por um processo de consulta e negociação entre gestores, trabalhadores, usuários e membros da comunidade científica, sendo pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 15/12/2011 (BRASIL, 2011).

O IDSUS é a Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, que propõe um conjunto de indicadores que leva em consideração os determinantes sociais da saúde, as condições de saúde da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho do sistema de saúde, analisados transversalmente no que se refere equidade. Foram selecionados 24 indicadores, sendo 14de acesso potencial ou obtido, que permite inferir a oferta potencial de atendimentos e os atendimentos realizados e 10 de efetividade, que avalia o grau com que os serviços e ações atingem os resultados esperados, distribuídos entre a atenção básica, a atenção ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência. A partir dessa metodologia, são formados os Grupos Homogêneos (GH) que segundo as suas semelhanças, três índices são utilizados, o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde (ICS) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do município (IESMM). De acordo com os critérios do IDSUS (2011), o GH1 possui os maiores índices de desenvolvimento socioeconômicos, maiores índices de condições de saúde e maiores índices de estrutura do sistema de saúde dos municípios, decrescendo os valores dos índices até o GH6, que possuem os menores índices de desenvolvimento socioeconômicos, menores índices de condições de saúde e menores índices de estrutura do sistema de saúde dos municípios (BRASIL, 2011).

Os modelos de avaliação têm avançado na direção de alguns indicadores com uma utilidade quase universal, em função da convergência na problemática dos serviços. No Brasil, embora a indução federal ainda forte, houve avanços nos sistemas de informação e na direção de um planejamento de tipo mais comunicativo, com o estabelecimento de instâncias de negociação entre gestores, no entanto, ainda é pouco estudado os seus efeitos na adequação de políticas, dos programas e dos sistemas de monitoramento e avaliação (CONILL, 2011).

No Brasil ainda persistem dois impasses no campo de avaliação, o desafio da profusão de indicadores e de informação, e o desafio de comunicação, ou seja, divulgação e da implementação das mudanças. Ocorre assim um estranho paradoxo, uma demanda excessiva de informações que sobrecarregam o nível local, mas as quais permanecem fragmentadas, perdendo a oportunidade de sintetizar e comparar os principais feitos do sistema e seu desempenho no tempo e no espaço (CONILL, 2011).

A avaliação proporciona *feedback* sobre as necessidades, a utilização e a produção dos serviços, com elementos de estrutura relacionados aos recursos e dos processos relacionados às atividades de utilização e produção. Ademais, a avaliação estima os efeitos e os resultados referentes à satisfação das necessidades expressas pelos indivíduos e à eficiência que liga os resultados aos custos (PYNEALT et al, 2016).

Entre 2003 e 2005, foi proposta uma nova forma de política, gestão e financiamento no SUS, a partir de um diagnóstico de engessamento e excesso de regras normatizando o SUS, burocratização das relações intergovernamentais e críticas à grande fragmentação da transferência de recursos. Identificou-se a necessidade de critérios mais justos de repartição dos recursos, novas formas de transferência, definição de metas e objetivos de saúde, além da avaliação das ações de saúde oferecidas (LIMA; QUEIROZ, 2012; ALBUQUERQUE e MARTINS, 2017).

A Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi publicada na perspectiva de superar as dificuldades apontadas pelos gestores do SUS, assumindo o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde naquele ano, sendo anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população. Essa normativa definiu as prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Após 10 anos da publicação da primeira pactuação do Pacto pela Saúde, a Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016, dispôs sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO) para os anos de 2017-2021, estabelecendo um rol de 23 indicadores, para os quais deverão ser pactuadas metas anuais para os estados, municípios e regiões de saúde. Dos 23 indicadores elencados no rol, 20 são de pactuação universal, ou seja, são de pactuação comum e obrigatória aos municípios e estados, sendo três indicadores específicos. Os indicadores definidos foram:

> 1- Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);
> 2- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados;
> 3- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida;
> 4- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada;
> 5- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação;

6- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;
7- Número de casos autóctones de malária;
8- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade;
9- Número de casos novos de aids em menores de 5 anos;
10- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;
11- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária;
12- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária;
13- Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar;
14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos;
15- Taxa de mortalidade infantil;
16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;
17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica;
18- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF);
19- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica;
20- Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano;
21- Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica;
22- Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue;
23- Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Considerando as propostas do SISPACTO, PROADESS e IDSUS, o Brasil buscou avançar na avaliação e monitoramento das ações do SUS. Em 2013, foi publicado a Portaria nº 1.517, de 24 de julho de 2013, que instituiu o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde. Esse grupo tinha como objetivo elaborar a proposta de Política de Monitoramento e Avaliação do SUS e auxiliar na construção do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS. O Grupo de Trabalho foi composto por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades:

I - Ministério da Saúde:

a) Secretaria-Executiva (SE/MS), que o coordenará;
b) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
c) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);
d) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
e) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); e

> f) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);
> II - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
> III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e
> IV - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Em 2011, no Brasil, ocorreu a criação de um Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), no âmbito da Secretaria-Executiva (SE) do MS, representando uma iniciativa no âmbito do planejamento, avaliação e monitoramento das ações das políticas públicas. No Planejamento Estratégico (PE) realizado, foram formulados 16 objetivos estratégicos (OE) para a gestão de 2011 a 2015, sendo:

> OE 1 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica e a Atenção Especializada.
> OE 2 – Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
> OE 3 – Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.
> OE 4 – Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, Samu, Prontos socorros e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.
> OE 5 – Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e de outras drogas.
> OE 6 – Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.
> OE 7 – Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
> OE 8 – Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.
> OE 9 – Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.
> OE 10 – Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
> OE 11 – Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
> OE 12 – Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
> OE 13 – Aprimorar a regulação e a fiscalização da Saúde Suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor Saúde.
> OE 14 – Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da Saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira

> OE 15 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.
> OE 16 – Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País (BRASIL, 2015).

O OD 16 tratava da expansão e a qualidade dos serviços públicos ofertados às pessoas em situação de extrema pobreza que norteavam o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), criado para romper barreiras sociais, políticas, econômicas e culturais que segregam pessoas e regiões. Na área de Saúde estavam previstas ações para a Atenção Básica, como construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), ampliação de Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), consultórios de rua, academias da saúde e equipes de Saúde Bucal, bem como ações da Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde Mental, Farmácia Popular, Projeto Olhar Brasil, entre outras (BRASIL, 2015).

Como avanço das atividades de planejamento, avaliação e monitoramento em saúde nesse período, houve a adoção do Sistema Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (E-Car), foi reestruturado a Sala de Gestão da Informação Estratégica (SAGE), além do fortalecimento e criação do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) (BRASIL, 2015).

Com a crise política e financeira no Brasil a partir de 2015, esse processo foi enfraquecido e ocorreu uma fragmentação da avaliação, planejamento e monitoramento dos indicadores em saúde. Esse processo foi evidenciado com os dados desatualizados da SAGE e Tabulação de dados públicos em saúde (TABNET DATASUS), além de uma redução do credenciamento de equipes e programas no âmbito do SUS.

1.4.1 Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde

O desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) mediante uso do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação foi criado em 1998, nos Estado Unidos, por Bárbara Starfield e colaboradores na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC), baseado na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Na época, devido à ausência de ferramentas para medir as interações no contexto da APS em no Brasil, o PCATool promoveu a medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um

componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001; BRASIL, 2010).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*) apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS.

No Brasil, a versão original do instrumento foi adaptada e validada para os serviços de APS existentes no país por Almeida e Macinko, realizado na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro, e por Harzheim et al, aplicados aos serviços de APS em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (ALMEIDA e MACINKO, 2006; HARZHEIM et al, 2006).

Numa revisão sistemática elaborada por Prates et al (2017), foi avaliado o desempenho dos serviços de APS mediante uso do instrumento PCATool na perspectiva do usuário, nos anos de 2007 e 2015, em âmbito mundial, com 22 artigos selecionados, sendo que a maioria dos estudos elencados foram realizados no Brasil. Os atributos mais bem avaliados foram competência cultural, acesso de primeiro contato subitem utilização e longitudinalidade. Os piores desempenhos encontrados foram acesso de primeiro contato, acesso de primeiro contato subitem acessibilidade, orientação familiar, orientação comunitária e integralidade. Grande parte dos serviços avaliados eram brasileiros, aplicados nas UBS e nas ESF; os serviços avaliados apresentaram necessidade de fortalecimento dos componentes da estrutura e processo para melhor desempenho da APS.

Diversos estudos têm apontado desafios históricos a serem enfrentados na APS: condição inadequada da rede física das UBS; financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados. Entretanto, os estudos também ponderam ter havido, por parte dos governos, principalmente federal e municipal, ações importantes direcionadas para ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de APS, entre as quais podemos citar: Programa mais Médicos, Requalifica UBS; Sistema de Informação (e-SUS AB); PMAQ-AB. Os avanços alcançados em ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica ainda estão longe do que se poderia almejar para esse nível de atenção em um sistema de saúde universal. Contudo, a reforma introduzida na atenção básica, desde final dos anos 90, incontestavelmente, caminhou na direção da inclusão de milhares de brasileiros no SUS (FAUSTO et al, 2018).

Embora o SUS tenha facilitado e ampliado o acesso aos serviços de atenção primária de forma bastante satisfatória para os brasileiros, a qualidade desse atendimento tem sido questionada por diversos estudos. As variações de qualidade resultam de diferenças na disponibilidade de equipamentos básicos, padrões de pessoal e disponibilidade de diferentes profissionais de saúde, má coordenação e disponibilidade de atenção secundária e especializada, variações no gerenciamento e outros apoios institucionais disponíveis para equipes em diferentes municípios. Muitas dessas questões têm sido foco do programa de melhoria da qualidade do governo brasileiro, o PMAQ (FACCHINI et al, 2006; FACCHINI et al, 2008; FAUSTO et al, 2017; MACINKO et al, 2017; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

O MS buscou desenvolver várias iniciativas na busca da implementação de mecanismos estratégicos com o objetivo de avaliação, sendo que, a partir de 2003, foi realizado a implantação de uma política de avaliação para a atenção básica (FELISBERTO et al, 2009).

Para efetivação da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, foi criado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), lançado pelo MS em 2005, consistindo de cinco cadernos de autoavaliação normativa e participativa da ESF. Estes cadernos são formados por padrões de qualidade destinados a verificar a adequação das estruturas e processos de trabalho de gestores e profissionais das equipes de saúde vinculados à ESF, de forma a fornecer aos atores locais uma descrição do que se considera desejável para uma atenção primária à saúde. O conteúdo dos cadernos que compõem o AMQ-ESF foi desenvolvido por um painel de especialistas coordenado pelo MS no ano de 2004, bem como representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Banco Mundial, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia, Ceará, Espírito Santo e Minas Gerais (SARTI et al, 2012).

Em 2011, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) implementou o PMAQ-AB. Trata-se de um programa gerencial que tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços de APS. Até o momento, já foram realizados três ciclos de avaliação (2011/2012, 2013/2014 e 2017/2018). O estudo dos atributos e da qualidade da APS reforça a necessidade de qualificação dos profissionais e da organização dos serviços para a melhoria da qualidade do sistema e, consequentemente, dos resultados de saúde. O PMAQ-AB não tem seus instrumentos organizados a partir de atributos da APS, como acontece no PCATool, que consiste em um conjunto de ferramentas de pesquisa para a avaliação dos serviços de APS,

adotado mundialmente e com questionário adaptado para o Brasil. Estudos com base no PCATool apontam que alto desempenho das equipes está associado com maior qualidade do cuidado para problemas de saúde de alta prevalência, como, por exemplo, as doenças crônicas (BRASIL, 2011; LIMA et al, 2018).

O instrumento PMAQ- AB prevê incentivo financeiro às equipes com melhor desempenho quanto ao acesso e a qualidade dos serviços prestados e foi construído a partir da revisão e da adaptação do projeto AMQ-ESF e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e *Quality Book of Tools* (PORTUGAL, 1999; LEVITT; HILTS, 2010; BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

A implantação do PMAQ- AB teve como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos no território, por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O PMAQ está organizado em três fases, sendo adesão e contratualização, certificação e recontratualização e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento composto pelos elementos de autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal.

A autoavaliação é o ponto de partida do programa, haja vista que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem ter por início o reconhecimento, pelas próprias equipes de saúde, dos pontos positivos e problemáticos do seu trabalho, produzindo sentidos e significados carreados de potencialidade para o desenvolvimento de atividades de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2012; FARIA, PENEDO e PEREIRA, 2015).

O PMAQ trouxe de certa forma, resposta à necessidade de maior investimento público em saúde no âmbito da atenção básica, com modelo de pagamento por desempenho para a ESF, a fim de acelerar o investimento na melhoria da infraestrutura e da qualidade técnica do atendimento (RASELLA et al, 2010; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

O PMAQ-AB também se baseia pela tríade de Donabedian (1987), que descreve que a qualidade dos serviços de saúde passa pela avaliação da estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se uma ambiência digna e no âmbito do profissional de saúde uma boa estrutura para exercer suas funções (ambiência, equipamento, materiais). O processo de trabalho reflete na harmonia entre o exercício do cuidado e o paciente (acolhimento, classificação de risco, cuidado integral, integralidade do cuidado na rede). E os resultados, na melhoria de indicadores e na satisfação do usuário e do profissional de saúde sobre seu trabalho ou recompensa (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB apesar de ser um instrumento inovador de avaliação dos serviços de atenção primária à saúde, está pautado nas antigas premissas de avaliação conforme tríade estrutura, processos e resultados, entretanto, se faz inovador por permitir avaliação, acompanhamento e monitoramento de forma cíclica, continuada, participativa e de autoavaliação dos processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011; FARIA, PENEDO e PEREIRA, 2015).

O instrumento utilizado para avaliação do PMAQ, que visa identificar os nós críticos e as ações de intervenção que devem ser implementadas estão divididos em seis seis módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde, avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; Módulo II- Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos, avalia o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e cuidado dos usuários; Módulo III- Entrevista com usuário, verifica a satisfação e percepção dos usuários quanto ao serviços de saúde no que se refere o alcance ao seu acesso e utilização; Módulo IV- Entrevista com o profissional do NASF, avalia o processo de trabalho da equipe multiprofissional de apoio; Módulo V- Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal, avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos da atenção odontológica; e Módulo VI- Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos, avalia o processo de trabalho e a organização do serviço e cuidado dos usuários (BRASIL, 2011).

A fim de avaliar os padrões de qualidade, o terceiro ciclo do PMAQ adequou os critérios e classificou os padrões de acesso e qualidade como: Padrões Essenciais que são definidos como padrões de elevados percentuais de cumprimento pelas equipes e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade na atenção básica; Padrões Estratégicos que são considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na atenção básica; Padrões Gerais que são os demais padrões de necessidade geral para o funcionamento da equipe; e Padrões Obrigatórios que são padrões que condicionam a permanência no PMAQ (BRASIL, 2016).

Fausto et al (2014) realizaram avaliação sob a perspectiva das 16.566 equipes de Saúde da Família e dos 62.505 usuários participantes do PMAQ, em 2012, e o indicativo dos seus resultados mostraram que as equipes de atenção básica atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexiste coordenação entre APS e atenção especializada.

Na avaliação de Protasio et al (2014), os dados do PMAQ, em 2012, para caracterização, organização e assistência da rede de saúde do estado da Paraíba, mostraram que existem fragilidades na integração da rede de atenção à saúde em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contrarreferência, fato que pode comprometer a integralidade e o papel da AB de coordenar o cuidado e ordenar as redes.

Na pesquisa sobre a prevenção e rastreamento do câncer de colo de útero na atenção básica por meio do PMAQ, foi identificado que as equipes de saúde carecem de maior qualificação das ações e o aumento do aporte de insumos e materiais necessários ao pleno desenvolvimento relacionadas a esta ação programática (TOMASI et al, 2015).

Recentemente foi publicada a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS. O novo modelo de financiamento federal na APS vai substituir as principais formas de financiamento da Atenção Básica, por quatro dimensões de financiamento: Capitação Ponderada; Desempenho; Incentivos de Ações Estratégicas e Provimento (BRASIL, 2019; COSEMSSP, 2019).

Em relação a dimensão "Desempenho", na substituição do PMAQ, o MS publicou a Portaria n° 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Desta forma, foram definidos os seguintes indicadores para o ano de 2020:

> I – proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
> II – proporção de gestantes com exames para sífilis e HIV;
> III – proporção de gestantes com atendimento odontológico;
> IV – cobertura de exame citopatológico;
> V – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
> VI – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e
> VII – percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Os indicadores dos anos de 2021 e 2022 serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite com as seguintes ações estratégicas:

> I – ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;
> II – ações no cuidado puerperal;
> III – ações de puericultura (crianças até 12 meses);
> IV – ações relacionadas ao HIV;
> V – ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;
> VI – ações odontológicas;
> VII – ações relacionadas às hepatites;

> VIII – ações em saúde mental;
> IX – ações relacionadas ao câncer de mama; e
> X – Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), o Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 – Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente) e o Net Promoter Score (NPS – Escala de Satisfação do Usuário).

De 2003 a 2019, o Brasil passou por diferentes processos avaliativos no âmbito da APS, como o AMQ, PCATool, PMAQ e recentemente o eixo “Desempenho” do Programa Previne Brasil. É evidente que houve avanços no contexto da avaliação em saúde no país, mas ainda é uma prática pouco institucionalizada, principalmente em nível municipal. As constantes mudanças da indução pelo MS na avaliação na APS podem prejudicar ainda mais a formação de profissionais, a instituição da cultura avaliativa e nos processos decisórios no âmbito da gestão do SUS.

De acordo com Saddi e Peckham (2017), pesquisadores em conjunto com o Ministério da Saúde, estados e municípios poderiam iniciar projetos-piloto que empregam métodos múltiplos de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, com intuito de entender melhores práticas identificadas por meio do PMAQ. Um exemplo prático seria a forma de aprender e gerar evidências para a construção de estratégias de melhoria da qualidade na APS, com adoção de capacitação e treinamento profissional. Neste sentido, em contraponto às constantes mudanças dos métodos de avaliação da APS, é necessário diálogos e feedback sobre os mecanismos do PMAQ, bem como estratégias que possam ser realizadas para o redesenho do programa, com foco na construção de monitoramento sustentável.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAIS

Identificar, analisar e avaliar as estratégias e intervenções organizacionais que podem causar impacto no desempenho dos serviços de atenção primária em saúde para promoção do acesso e da integralidade da assistência.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar, analisar e avaliar o desempenho dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária em saúde de acordo com as intervenções organizacionais realizadas no 3° ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) nas regiões do Brasil.

Identificar, analisar e avaliar as habilidades do acesso e atribuições profissionais na atenção primária em saúde dos serviços de saúde participantes do 3° ciclo do PMAQ AB no município de Ribeirão Preto-São Paulo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

A pesquisa caracterizou-se como método misto, que é a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas. A pesquisa de métodos mistos é o tipo de pesquisa em que um pesquisador ou grupo de pesquisadores combina elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa para o propósito de ampliar e aprofundar o entendimento e a corroboração (CRESWELL e CLARK, 2013).

Os métodos quantitativos têm o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Por outro lado, os métodos qualitativos aplicam-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões (MINAYO, 2010).

Na metodologia mista o investigador coleta e analisa dados, integra os achados e extrai inferências usando abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo ou programa de investigação. Nos métodos mistos o pesquisador usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo, mistura as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro (CRESWELL e CLARK, 2013).

Foi realizado um estudo transversal descritivo e analítico das estratégias e intervenções organizacionais utilizadas para a organização do acesso e integralidade da assistência no âmbito da atenção primária à saúde. Os estudos transversais caracterizam-se por serem feitos a partir de uma população ou amostra, sem que o investigador saiba, a *priori* quem são os expostos e não expostos a determinado fator, e o estudo analítico busca estabelecer relações entre uma possível causa e o evento objeto de estudo (FRANCO e PASSOS, 2011).

A análise comparada de serviços e sistemas de saúde deu-se a partir da década de 1950 com estudos de tipo descritivo, influenciada pela crise e constantes reformas dos sistemas de saúde no mundo. A organização da forma de analisar e comparar os processos de reforma e a organização de serviços tem sido a partir de estudos de caso, inquéritos ou dados secundários (CONILL, 2006; CAMPOS e FURTADO, 2011).

A abordagem avaliativa possui uma série de questões que estão relacionadas com dois tipos de avaliação: a apreciação normativa, que baseia-se na comparação de todos os componentes da intervenção no que diz respeito a critérios e normas, e mede as diferenças entre os componentes da intervenção, critérios e normas de referência de mesma natureza; e a

pesquisa avaliativa, que visa analisar por meio de métodos científicos válidos e reconhecidos os diferentes componentes de uma intervenção, e tem por objetivo analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção e a sua relação com o contexto (BROUSSELLE et al, 2011).

Para identificação dos estudos foi realizado um processo contínuo de revisão e levantamento bibliográfico e de pesquisas científicas. Galvão (2011) descreve que realizar um levantamento bibliográfico potencializa intelectualmente o conhecimento coletivo, e proporciona condições cognitivas a fim de evitar duplicação de pesquisas, apoiar na replicação de estudos em diferentes escalas e contextos, observar falhas, desenvolver pesquisas com contribuição para a área do conhecimento, propor temas/ hipóteses/metodologias inovadoras e otimizar os recursos disponíveis em prol da sociedade.

Para orientar a revisão da literatura, a elaboração da questão de investigação pesquisa, utilizou-se o acrônimo PICO, uma estratégia que auxilia na elaboração de perguntas de pesquisa e estratégias de busca, na qual: P (paciente ou população) corresponde à descrição das características ou estágio da doença, da população em investigação, ou ainda, definição da condição de interesse; I (intervenção ou indicador) corresponde àa descrição do que será realizado com a população/paciente/participantes; C (comparação ou controle) corresponde à descrição dos critérios que serão utilizados para avaliar a efetividade da intervenção ; O (*outcomes*) corresponde aos desfechos (resposta encontrada) (SANTOS et al, 2007).

A partir do exposto, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora:

Quais são as estratégias e intervenções organizacionais que podem causar impacto no desempenho dos serviços de atenção primária à saúde para promoção do acesso e da integralidade da assistência para atenção à saúde das pessoas?

Segue o Quadro 1 com a descrição do método PICO utilizado:

Quadro 1- Acrônimo, Definição e Descrição do método PICO para o estudo

Acrônimo	Definição	Descrição
P	**Problema**	Dificuldades para o acesso e problemas na integralidade da assistência em saúde no âmbito da atenção primária à saúde.
I	**Intervenção**	Estratégias, intervenções e processos de trabalho realizados pelas equipes de atenção primária à saúde classificadas com desempenho acima de 6 no 3º ciclo de avaliação do PMAQ AB.
C	**Comparação/ Controle**	Estratégias, intervenções e processos de trabalho realizados pelas equipes de atenção primária à saúde classificadas com desempenho abaixo de 6 no 3º ciclo de avaliação do PMAQ AB.
O	**Desfecho ("Outcomes") (Esperados)**	Estratégias e intervenções organizacionais que impactaram e influenciaram no desempenho das equipes no âmbito da atenção primária à saúde.

Fonte: A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. Santos et al (2007).

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes desta pesquisa foram as equipes de atenção primária à saúde, composta pelos seus profissionais de saúde, de ambos os sexos, que participaram do 3º ciclo de avaliação do PMAQ AB.

O instrumento de avaliação PMAQ AB está organizado em três fases - Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização, e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento da melhoria do acesso e da qualidade da AB.

A adesão e recontratualização das equipes é voluntária e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local.

De acordo com a Portaria nº 1.645 de 02 de outubro de 2015, a adesão e recontratualização do terceiro ciclo do PMAQ aconteceu entre os meses de outubro e novembro de 2015 (BRASIL, 2015).

O eixo de desenvolvimento está organizado em cinco dimensões:

Autoavaliação: é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, sendo um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. O Ministério da Saúde disponibilizou um instrumento de autoavaliação (AMAQ) para as equipes de atenção básica em formato físico ou aplicativo *on line* para preenchimento.

Monitoramento: Foram selecionados pelo Ministério da Saúde, 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica subdivididos em quatros grupos: Acesso e continuidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Resolutividade da equipe de atenção básica e Abrangência da oferta de serviços. O indicador do grupo "Coordenação do cuidado" não foi contabilizado devido ao grau de agregação da fonte de informação do indicador (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC) ser por município, o que inviabilizou o cálculo deste indicador por equipe. A avaliação dos indicadores foi realizada a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB), sendo que as equipes tinham que enviar informações ao SISAB, seja por meio do Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) ou Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB).

Educação Permanente: As práticas em saúde pressupõem 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.

Apoio Institucional: O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano.

Cooperação Horizontal: parte do princípio que todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender e abrange atividades que envolvem troca, produção e disseminação de diferentes saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado ao usuário, visando o fortalecimento da Atenção Básica a partir da interação entre seus profissionais.

No final do 3 °ciclo do PMAQ AB, as equipes participantes foram certificadas de acordo com o seu desempenho, considerando as etapas abaixo:

a. Avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que foi realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados por um entrevistador *in loco*. No que diz respeito à avaliação externa, a certificação é realizada considerando os padrões gerais, essenciais e estratégicos.

b. Verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

c. Avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, a partir da produção enviada à base do sistema nacional SISAB.

Para a avaliação no âmbito nacional foram utilizados dados secundários das 38.865 equipes de atenção básica constantes no banco de dados de resultado da avaliação do 3° ciclo do PMAQ AB.

Para a avaliação no âmbito do município de Ribeirão Preto, foram utilizados dados secundários das 41 equipes de atenção básica constantes no banco de dados de avaliação do 3° ciclo do PMAQ AB, dados secundários da produção municipal enviado à base nacional do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e dados primários a partir da visita *in loco* em 16 equipes de atenção básica.

3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Equipes que participaram do 3º ciclo de avaliação do PMAQ AB.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Equipes com desempenho insatisfatório ou desclassificadas. Nessas equipes os dados ficaram prejudicados ou não foram enviados à base nacional.

Não aceite de participação pelo gestor municipal ou profissionais da equipe de atenção básica, no caso do âmbito municipal.

As equipes NASF.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto: Ofício n° 0310/19-CAPP (ANEXO I).

A proposta do presente estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa seguiu as exigências éticas estabelecidas de acordo com a Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE): n° 07949419.0.0000.5414 (ANEXO II).

A solicitação do banco de dados nacional do PMAQ ao Ministério da Saúde foi realizada por meio do site de Serviço de Informação ao Cidadão –SIC, conforme Portaria nº 1.583, de 19

de julho de 2012 e Lei de Acesso à Informação – LAI- Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 por meio dos Protocolos n° 25820004276201952 e n° 25820007655201902 (ANEXO III).

A coleta de dados no município iniciou-se após a aprovação do projeto de pesquisa pela CAPP, CEP e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes após esclarecimentos acerca da pesquisa (APÊNDICE 1).

3.6 LEVANTAMENTO E COLETA DE DADOS

O levantamento de dados das equipes foi realizado por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), Portal do Gestor de Atenção Básica (eGestor AB) e o Portal de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde de consulta pública. Os dados da estrutura das unidades de saúde e processo de trabalho das equipes na avaliação externa foram extraídos por meio do dicionário de microdados do PMAQ AB, também de consulta pública.

A pesquisa foi dividida em duas fases:

Fase 1: Avaliação do desempenho das 38.865 equipes de atenção básica participantes do 3° ciclo do PMAQ AB no âmbito nacional, sendo 15.177 equipes de Atenção Básica (AB) e 23.688 equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB), estratificado pelas cinco regiões do Brasil.

O PMAQ-AB baseia-se pela tríade de Donabedian (1987), que descreve que a qualidade dos serviços de saúde passa pela avaliação da estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se uma ambiência digna e no âmbito do profissional de saúde uma boa estrutura para exercer suas funções (ambiência, equipamento, materiais). O processo de trabalho reflete na harmonia entre o exercício do cuidado e o paciente (acolhimento, classificação de risco, cuidado integral, integralidade do cuidado na rede). E por fim os resultados, na melhoria de indicadores e na satisfação do usuário e do profissional de saúde sobre seu trabalho ou recompensa (BRASIL, 2011).

Fase 2: Avaliação do desempenho de 41 equipes de atenção básica participantes do 3° ciclo do PMAQ AB. Em seguida, quanto as atribuições comuns no âmbito da atenção básica e avaliação das habilidades do acesso foram aplicados questionários semiestruturados com visita *in loco* em 16 equipes de atenção básica do município de Ribeirão Preto.

O Questionário Atribuições Comuns da Atenção Básica (APÊNDICE 2) teve com base metodológica a Política Nacional de Atenção Básica (2017), no seu capítulo 4, o qual descreve sobre as atribuições comuns no âmbito da atenção básica. O questionário semiestruturado foi

composto por 26 questões, sendo utilizado o padrão de respostas na forma de escala Likert e aplicado em 63 profissionais de saúde de 16 equipes de AB participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, sendo 16 médicos, 16 enfermeiros, 15 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde. Este questionário ainda incorporou uma pergunta aberta para identificação dos fatores limitantes/barreiras e fatores potentes/facilitadores do processo de trabalho para o acesso dos usuários na UBS. Para coleta de dados, realizou-se gravação das respostas com aparelho SAMSUNG Galaxy S10, *software* Gravador de Voz *Splend Apps*, versão 2.49.

O Questionário Habilidades do Acesso na Atenção Básica (APÊNDICE 3) teve como base metodológica os referenciais teóricos da autora Starfield (2002) sobre os atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde e do autor Levesque et al (2013), que fez uma revisão dos conceitos de dimensão e habilidades do acesso em saúde.

O questionário semiestruturado foi composto por 10 questões, sendo utilizado o padrão de respostas na forma de escala Likert e aplicado nas 16 equipes de AB participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, sendo 16 profissionais responsáveis pela equipe de atenção básica e 64 usuários.

A fase de coleta de dados teve duração de oito meses, com realização das fases 1 e 2 de forma concomitante, de acordo com recebimento do banco de dados e visitas *in loco* no município de Ribeirão Preto.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Na fase 1, para avaliação das 38.865 equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, foi utilizado o software *Microsoft Office®*, planilha dinâmica do programa *Microsoft Excel®*, versão 2016.

Para as comparações entre os grupos com maior ou menor desempenho no PMAQ AB, foi realizado a análise de covariância ANCOVA, que além de comparar grupos, permite o ajuste de covariáveis. Quando os pressupostos do modelo não foram válidos, transformações nas variáveis resposta foram utilizadas. (MONTGOMERY, 2000).

Para a análise da relação das variáveis indicadores e avaliação externa com a variável nota final de certificação de desempenho foi realizado o modelo de regressão linear.

Para verificar se as variáveis dimensão estrutura/funcionamento da UBS e dimensão acesso, organização e processo de trabalho são preditoras de nota final de certificação de desempenho foram calculados *odds ratio* por meio da regressão logística.

Para atingir a proposta, foram realizadas análises uni e multivariadas. Na análise univariada, foi proposto o teste qui-quadrado. Já para a análise multivariada, foi realizada uma análise de correspondência (AC) múltipla, associando as 30 questões selecionadas na dimensão processo de trabalho com a nota de desempenho final <60% e ≥ 60%, além de identificar a relação das variáveis com as regiões. A análise de correspondência (AC) é uma técnica de análise exploratória de dados adequada para analisar tabelas de duas entradas ou tabelas de múltiplas entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. A AC, basicamente, converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em dimensão reduzida, isto é, por pontos no gráfico. Este método permite estudar as relações e semelhanças existentes entre:

• as categorias de linhas e entre as categorias de colunas de uma tabela de contingência,

• o conjunto de categorias de linhas e o conjunto categorias de colunas.

A AC mostra como as variáveis dispostas em linhas e colunas estão relacionadas e não somente se a relação existe. A sua natureza multivariada permite revelar relações que não seriam detectadas em comparações aos pares das variáveis. A variação total dos dados é denominada inércia, sendo esta variação decomposta em cada eixo (ou dimensão) do gráfico. Assim, a inércia associada a cada dimensão indica a proporção da variação total que aquele eixo está explicando.

Foram avaliadas a correspondência de 30 eixos das subdimensões que compõe a dimensão acesso, organização e processo de trabalho, composto por ao menos uma questão do eixo apoio matricial, educação permanente, telessaúde, territorialização, prontuário eletrônico, planejamento, organização da agenda, acolhimento, oferta de exames, rede de atenção à saúde, rastreamento, pré-natal, puericultura, cuidado de pacientes com hipertensão, cuidado de pacientes com diabetes, cuidado de paciente com obesidade, cuidado de pacientes com tuberculose, cuidado de pacientes com hanseníase, ações para combate ao *Aedes aegypti*, cuidados em saúde mental, cuidado da pessoa com deficiência e visita domiciliar.

Esta análise de correspondência foi auxiliada pelo procedimento PROC CORRESP do software SAS versão 9.2.

As comparações entre os grupos foram feitas por meio da análise de variância ANOVA e foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais.

Todos os gráficos apresentados foram feitos com o auxílio do software R, versão 3.4.1 e as análises, por meio do SAS 9.2, com adoção de um nível de significância de 5%.

Na fase 2, para avaliação das 41 equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB do município de Ribeirão Preto, foi utilizado *software Microsoft Office®*, planilha dinâmica do programa *Microsoft Excel®*, versão 2016.

Em seguida, foi realizado amostragem por conveniência para identificação das oito (8) equipes com desempenho igual ou acima de 70% e oito (8) equipes com desempenho abaixo de 70% na dimensão acesso, organização e processo de trabalho.

As associações envolvendo as variáveis qualitativas foram realizadas por meio do teste exato de Fisher e todas as análises apresentadas foram realizadas com o auxílio do *software* SAS 9.2, com nível de significância de 5%.

Para análise da pergunta aberta qualitativa, foi realizado a transcrição da gravação com *software Microsoft Office®*, programa *Microsoft Word®*, versão 2016. Em seguida, para análise de contéudo e categorização das respostas, foi utilizado software da *Microsoft Office®*, planilha do programa *Microsoft Excel®*, versão 2016.

A análise de conteúdo é uma modalidade de análise temática, criando grupos ou escalas para as respostas apresentadas. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação destinado a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens (COLTRO, 2000).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa deste estudo buscou identificar pressupostos das intervenções organizacionais que visam o acesso e integralidade da assistência em saúde realizadas pelas equipes de atenção básica, participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, a partir da análise da certificação de desempenho nas regiões do Brasil. Esta fase buscou apresentar o panorama geral do resultado do desempenho nas regiões, estratificado pelos eixos autoavaliação, avaliação de indicadores, avaliação externa e certificação/desempenho final.

A segunda etapa buscou ampliar a identificação dos pressupostos, sob a necessidade de avaliar *in loco* as unidades de saúde e equipes de atenção básica que participaram do processo de avaliação do PMAQ AB, a fim de conhecer a realidade viva, o modo operacional e os arranjos organizacionais para o acesso e integralidade assistencial na atenção primária à saúde. Para isso, foi incrementado na pesquisa a visita em 16 unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, que participaram do 3° ciclo do PMAQ AB.

4.1 PANORAMA DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REGIÕES DO BRASIL

A atenção básica no Brasil garante cobertura com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde a mais de 155 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população. São aproximadamente 41 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), mais de 43 mil equipes de saúde da família e em torno de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do país (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

Atualmente são mais de 43 mil equipes de saúde da família (eSF), com expansão de cobertura nos últimos 20 anos e esforços para ampliação do acesso para melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho, de gestão e das ações ofertadas aos usuários no âmbito da atenção primária à saúde.

A partir da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o esforço para afirmar a atenção básica como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado prestado na rede de serviços de saúde, o Governo Federal desenvolveu ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS com a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB). O objetivo principal foi avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, a partir de um modelo de avaliação de

desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2017).

O objetivo do PMAQ AB é induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais e das equipes de saúde que atuam na atenção básica em ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2018).

De acordo com a PNAB, é diretriz da AB:

> Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. (PNAB, 2011)

Neste sentido, busca superar a ideia de que as equipes de AB devam atuar somente em áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) e reforça que esse serviço seja organizado também a partir das demandas de cuidado da população (consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, incluído o atendimento de urgências/emergências; realização de exames complementares; procedimentos clínicos e pequenas cirurgias) (BRASIL, 2017).

Em relação à dimensão do PMAQ AB, a Portaria GM/MS Nº 874, de 10 de maio de 2019, publicou a certificação das equipes e definiu os valores de repasse para as 42.975 equipes aderidas ao programa, sendo 15.177 equipes de Atenção Básica (AB), 23.688 equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB) e 4.110 Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASFs) (BRASIL, 2019).

O PMAQ está organizado em três fases: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização voluntária de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes e gestores nos municípios com o Ministério da Saúde.

Por mais que o PMAQ tenha sido criado por meio de uma pactuação tripartite, os estados de certa forma ficaram pouco participativos no processo de acompanhamento, monitoramento e apoio aos municípios. De acordo com a Lei n° 8.080/90, compete aos estados acompanhar,

controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios (BRASIL, 1990).

A segunda fase consiste na Certificação, que é composta por: 1- realização de momento autoavaliativo; 2- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e 3- avaliação externa. Após a Certificação, as equipes foram classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim.

A terceira fase, recontratualização, é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

Entre a primeira fase até o processo de recontratualização, as equipes desenvolvem o eixo estratégico transversal de desenvolvimento, que é o conjunto de ações realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. O eixo e é composto pelos seguintes elementos (Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal) que devem ser estruturadas de forma contínua e sistemática (BRASIL, 2017).

A adesão ao 3° ciclo do PMAQ aconteceu entre os meses de outubro e novembro de 2015, sendo que neste período a cobertura de ESF estimada era de 62% da população brasileira. A cobertura populacional estimada na Atenção Básica foi de 74%, dada pelo percentual da população coberta por equipes da eSF e por eAB tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional (BRASIL, 2015).

Considerando que 38.865 equipes de AB fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB, fato este que ocorreu até o final de novembro de 2015, fica evidenciado que nesse período havia 40.710 equipes de AB implantadas no Brasil, o que mostra que a adesão foi de 95% no período (BRASIL, 2019).

Tabela 1 - Cobertura eSF e eAB nas regiões do Brasil

Região	População	Nº eSF Cob.	Estim. Pop. Cob. eSF	Cobertura eSF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Centro-Oeste	15.219.608	2.813	8.980.568	59%	10.687.397	70%
Nordeste	56.186.190	15.302	44.739.453	80%	46.828.304	83%
Norte	17.261.983	3.403	10.848.898	63%	12.250.588	71%
Sudeste	85.115.623	13.238	43.040.059	51%	56.730.903	67%
Sul	29.016.114	5.954	18.915.211	65%	22.602.976	78%
Brasil	**202.799.518**	**40.710**	**126.524.189**	**62%**	**149.100.168**	**74%**

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Novembro de 2015- CGIAP/DESF/SAPS/MS.

Conforme Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, que dispõe sobre o 3° ciclo do PMAQ AB, normatizou-se que o ciclo teria duração de 24 meses e a distribuição dos percentuais para a certificação das equipes seria de 10% para os processos avaliativos, 30% para avaliação dos indicadores e 60% para a avaliação externa.

Tabela 2 - Distribuição dos percentuais para a certificação das equipes no PMAQ AB

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação Externa	60%

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ AB para as equipes.

De acordo com o objeto desta pesquisa, foram avaliadas 38.865 equipes de atenção básica, sendo 15.177 equipes de Atenção Básica (AB) e 23.688 equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB). As equipes NASF não foram objeto desse estudo.

As equipes de Atenção Básica (AB) podem ser do tipo Equipe de Saúde da Família (eSF), que é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) e; do tipo Equipe de Atenção Básica parametrizada (eAB), que era uma organização diferenciada de carga horária, compostas minimamente por médicos, sendo aceito a especialidade de Generalista, Clínico, Pediatra e Ginecologista-obstetra, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017).

As equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB) possuíam a mesma composição e organização da equipe de AB, incluindo no mínimo um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2017),

Atualmente foi constituído a tipologia de Equipe de Atenção Primária (eAP), compostas minimamente por médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, em substituição das eAB parametrizadas (BRASIL, 2019).

Em relação a divisão das equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB por regiões no Brasil, a adesão no Centro-Oeste foi de 2.669 equipes (7%), no Nordeste de 14.489 equipes (37%), no Norte 3.199 equipes (8%), no Sudeste 12.854 equipes (33%) e no Sul de 5.654 equipes (15%), conforme descrito na Tabela 3:

Tabela 3 - Distribuição da adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB por regiões no Brasil

Região	**Equipes participantes PMAQ 3° ciclo**	**% Equipes participantes PMAQ 3° ciclo**
Centro-Oeste	2669	7%
Nordeste	14489	37%
Norte	3199	8%
Sudeste	12854	33%
Sul	5654	15%
Total	**38865**	**100%**

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

A tabela acima mostra que 70% das adesões concentram-se na região Sudeste e Nordeste (27.343), fato este que se deve, pois estas regiões possuem 69,4% da população do Brasil.

Quanto a distribuição das adesões por tipologia de equipes, 39% (15.177) foram equipes AB e 61% (23.688) foram equipes AB/SB. A região Centro-Oeste e Nordeste apresentaram uma quantidade menor de adesões de equipes AB (27%) quando comparado as equipes AB/SB (73%). As regiões Norte, Sudeste e Sul também apresentaram menor adesão das equipes AB para AB/SB, sendo 12%, 2% e 8% respectivamente.

Tabela 4 - Distribuição da adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB por tipologia de equipes nas regiões no Brasil

Região	Tipologia	Total por tipologia	% por tipologia	Total Geral
Centro-Oeste	AB	720	27%	2669
	AB/SB	1949	73%	
Nordeste	AB	3874	27%	14489
	AB/SB	10615	73%	
Norte	AB	1406	44%	3199
	AB/SB	1793	56%	
Sudeste	AB	6578	51%	12854
	AB/SB	6276	49%	
Sul	AB	2599	46%	5654
	AB/SB	3055	54%	
Brasil	**AB**	**15177**	**39%**	**38865**
	AB/SB	**23688**	**61%**	

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

4.2 AUTOAVALIAÇÃO

No âmbito do PMAQ AB, a autoavaliação é percebida como o ponto de partida para a reorganização da equipe e da gestão visando a melhoria da qualidade dos serviços. Entende-se que processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade são potencializadores dos demais processos de desenvolvimento do PMAQ-AB (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde disponibilizou um instrumento no seu site denominado “Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ)” para as equipes realizarem sua autoavaliação, porém instrumentos como a Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) ou outros desenvolvidos pelo estado, pelo município ou pela própria equipe também poderiam ser utilizados.

No estado de São Paulo por exemplo, no ano de 2010, foi criado o instrumento de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Básica, denominado Quali AB, uma parceria da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) com a Equipe Quali AB da Universidade Estadual Paulista (Unesp). O questionário foi construído e validado entre 2006 e 2007 em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) financiada pela linha de fomento Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e a iniciativa de institucionalização foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como uma estratégia para estimular uma cultura avaliativa com a participação de gestores municipais e equipes locais de saúde, além de constituir-se de um instrumento de gestão da AB (CASTANHEIRA et al, 2011).

A comprovação da realização da auto avaliação pelas equipes de atenção básica se deu por duas formas: 1- Versão impressa, com apresentação de documento ao entrevistador durante a avaliação externa, que deveria conter o preenchimento de uma matriz de intervenção com no mínimo 1 (um) padrão de qualidade e; 2- Versão *On line* (AMAQ Eletrônico)[8], por meio do registro dos dados numa plataforma *on line* no sistema e-Gestor AB, que também deveria conter o preenchimento de uma matriz de intervenção com no mínimo 1 (um) padrão de qualidade. A submissão da matriz de intervenção no AMAQ Eletrônico ocorreu no período de 1° de agosto de 2016 a 22 de janeiro de 2018. As equipes participantes do PMAQ AB que comprovaram a realização da autoavaliação obtiveram 10% de pontuação na certificação (BRASIL, 2017).

Das equipes que fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB no Brasil (38.865), 26.907 (69%) fizeram a autoavaliação e 11.958 (31%) não fizeram ou tiveram algum problema com a comprovação da realização da autoavaliação.

Tabela 5 - Análise da autoavaliação das equipes do PMAQ AB no Brasil

Auto Avaliação	Realizada	(%) Realizada	Não realizada	(%) Não realizada	Total
Brasil	26907	69%	11958	31%	38865

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, o alcance dos 10% da certificação relativos à autoavaliação das equipes da AB/SB foi atrelado a apresentação de uma única matriz de intervenção tanto pela equipe AB quanto pela equipe AB/SB. Dessa forma, se apenas uma das equipes comprovassem a realização da autoavaliação, a equipe não recebia a pontuação de 10% do total da certificação final (BRASIL, 2017).

Este fato é evidenciado quando avalia-se a realização ou não da autoavaliação por tipologia de equipe aderida ao PMAQ AB. A Tabela 5 abaixo mostra que 77% das equipes AB e 64% das equipes AB/SB fizeram a autoavaliação, paralelamente, e 23% das equipes de AB e 36% das equipes AB/SB não fizeram a autoavaliação.

As equipes de AB/SB representaram 71% (8463) do universo de equipes que não realizaram a auto avaliação (11958), quando comparado com as equipes de AB que foram 29% (3495), o que mostra que podem não ter realizado ou não apresentado uma única matriz de intervenção.

[8] O registro dos dados na plataforma on line era feito pelo sistema e-Gestor AB (https://egestorab.saude.gov.br/).

Tabela 6 - Análise da autoavaliação por tipologia de equipes do PMAQ AB no Brasil

Auto Avaliação	Adesão	Realizada	(%) Realizada	Não realizada	(%) Não realizada
AB	15177	11682	77%	3495	23%
AB/SB	23688	15225	64%	8463	36%
Total	**38865**	**26907**	**69%**	**11958**	**31%**

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

A não realização ou a apresentação por parte da equipe ou a não apresentação de uma única matriz de intervenção pressupõe que a equipe de atenção básica não conseguiu avaliar o seu processo de trabalho conjunto e elencar as prioridades de atuação para alcançar seus objetivos e metas. Conforme o número expressivo de autoavaliação não realizada pelas equipes AB/SB, reforça-se o paradigma do trabalho em equipe no âmbito da atenção primária à saúde, pois de um lado a equipe de AB atuando no modelo médico centrado, e de outro, os profissionais de saúde bucal atuando no modelo dentista centrado.

Um estudo sobre o papel do cirurgião dentista na eSF aponta que o grande desafio de aceitar essa nova forma de trabalhar se coloca não só para a gestão, como também para o restante da equipe de saúde e para a comunidade. Quando se pensa no trabalho do cirurgião-dentista, imagina-se um profissional fechado dentro de seu consultório, realizando exclusivamente atividades clínicas. Essa é, inclusive, a imagem transmitida dentro das universidades pela maioria dos professores aos futuros profissionais, e, por consequência, essa é a imagem que povoa o imaginário das pessoas e que se consolidou como o papel social do cirurgião-dentista (GONÇALVES e RAMOS, 2010).

Desta forma, o profissional de saúde bucal que não esteja, exaustivamente, trabalhando na sua cadeira, atendendo pacientes, não estaria correspondendo ao que é esperado dele. A inserção dos profissionais nas atividades de grupo, nas visitas domiciliares e em tudo que remeta à saída do consultório – atividades essas previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF - ainda causa estranheza e desconfiança (GONÇALVES e RAMOS, 2010).

Como expressado pelas autoras do estudo citado, ainda persiste um paradigma da inclusão do cirurgião dentista como parte integrante da equipe de AB, muitas vezes, atuando isolado dos outros profissionais, ao qual no caso da autoavaliação do PMAQ AB, impacta diretamente na perda de pontuação se o instrumento era feito separadamente.

Para avaliar o resultado da autoavaliação nas regiões do Brasil, a região Nordeste e a região Sudeste realizaram a autoavaliação acima do resultado nacional (69%), sendo realizado a autoavaliação por 76% e 70% das equipes respectivamente. Os menores desempenhos quanto

a realização da autoavaliação foram na região Norte (56%), Centro-Oeste (57%) e Sul (62%). Concomitantemente, a região Nordeste se destaca com a menor quantidade de equipes que não realizaram a autoavaliação (24%) respectivamente.

Tabela 7 - Análise da autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	Realizado	(%) Realizado	Não realizado	(%) Não realizado	Total por tipo
Centro-Oeste	1519	57%	1150	43%	2669
Nordeste	11080	76%	3409	24%	14489
Norte	1786	56%	1413	44%	3199
Sudeste	9039	70%	3815	30%	12854
Sul	3483	62%	2171	38%	5654
Total Brasil	**26907**	**69%**	**11958**	**31%**	**38865**

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

Ao realizar a análise por tipologia de equipe, o padrão de realização da autoavaliação é maior nas equipes de AB quando comparado com as equipes AB/SB, e se mantém em todas regiões, com destaque para a região Nordeste com 83% e Sudeste com 77%. Em relação a não realização da autoavaliação pelas equipes AB/SB, as regiões com maiores índices foram a região Norte com 53%, a região Sul com 49% e a região Centro-Oeste com 46%. As maiores diferenças percentuais entre equipes AB e equipes AB/SB foram nas regiões Norte e Sul, com 20% e 24%, respectivamente. Segue dados apresentado na Tabela 7 abaixo:

Tabela 8 - Análise da autoavaliação por tipologia de equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	Tipo	Realizado	(%) Realizado	Não realizado	(%) Não realizado	Total por tipo	Total Geral
Centro-Oeste	**AB**	468	65%	252	35%	720	2669
	AB/SB	1051	54%	898	46%	1949	
Nordeste	**AB**	3231	83%	643	17%	3874	14489
	AB/SB	7849	74%	2766	26%	10615	
Norte	**AB**	949	67%	457	33%	1406	3199
	AB/SB	837	47%	956	53%	1793	
Sudeste	**AB**	5097	77%	1481	23%	6578	12854
	AB/SB	3942	63%	2334	37%	6276	
Sul	**AB**	1937	75%	662	25%	2599	5654
	AB/SB	1546	51%	1509	49%	3055	
Total Brasil	**AB**	**11682**	**77%**	**3495**	**23%**	**15177**	**38865**
	AB/SB	**15225**	**64%**	**8463**	**36%**	**23688**	

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

O mérito atribuído pelas equipes ao seu desempenho durante a realização da sua autoavaliação não foi julgado para certificação, sendo que a bonificação dos 10% na nota final do processo de certificação de desempenho foi baseada na comprovação documental na avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde ou o preenchimento do instrumento AMAQ *on line* pelas equipes. A certificação variava com nota de 0 para não realização e 10 para a realização.

4.2.1 Resultado da classificação de desempenho na autoavaliação

Ao analisar a classificação de desempenho final das equipes em relação a autoavaliação, envidenciou-se que as equipes que fizeram a autovaliação obtiveram melhor nota de desempenho final. No Brasil, 66% (17676) das equipes que realizaram autoavaliação tiveram desempenho Bom, Muito Bom ou Ótimo. Praticamente todas as equipes que tiveram desempenho Ótimo (99,9%) fizeram a autoavaliação (1359), exceto uma (1) equipe na região Norte e uma (1) equipe na região Nordeste. Das equipes que tiveram desempenho Muito Bom (6135), 98% realizaram a autoavaliação e das que tiveram desempenho Bom (11318), 90% (10182) também realizaram.

Em contraponto, das equipes que não realizaram a autoavaliação, somente 10,4% (1241) tiveram desempenho Ótimo, Muito Bom e Bom, 76,2% (9115) tiveram desempenho Regular ou Ruim, e 13,4% (1602) foram classificadas como insatisfatórias ou desclassificadas.

Exceto na região Norte, no mínimo 64% das equipes que fizeram autoavaliação tiveram nota final de desempenho acima de seis (6) pontos, ou seja, desempenho Bom, Muito Bom ou Ótimo. Este fato ocorreu em 70% (2455) das equipes na região Sul, 69% (6244) nas equipes da região Sudeste, 66% (7284) nas equipes da região Nordeste e 64% (974) nas equipes da região Centro-Oeste. No caso da região Norte esse processo aconteceu em 40% (719) das equipes.

Tabela 9 - Análise da classificação de desempenho versus a autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil

(continua)

Desempenho por região	Realizou autoavaliação				Total Geral
	Não	%	Sim	%	
CENTRO-OESTE	**1150**	**43%**	**1519**	**57%**	**2669**
Ótimo	0	0%	58	100%	58
Muito bom	18	6%	306	94%	324
Bom	112	16%	610	84%	722
Regular	684	64%	381	36%	1065

Tabela 9 - Análise da classificação de desempenho versus a autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões do Brasil

(conclusão)

Desempenho por região	Realizou autoavaliação				Total Geral
	Não	%	Sim	%	
CENTRO-OESTE	**1150**	**43%**	**1519**	**57%**	**2669**
Ruim	305	67%	152	33%	457
Desclassificada	31	72%	12	28%	43
NORDESTE	**3409**	**24%**	**11080**	**76%**	**14489**
Ótimo	1	0%	782	100%	783
Muito bom	34	1%	2377	99%	2411
Bom	254	6%	4125	94%	4379
Regular	1428	38%	2377	62%	3805
Ruim	1000	42%	1355	58%	2355
Desclassificada	691	92%	59	8%	750
Insatisfatória	1	17%	5	83%	6
NORTE	**1413**	**44%**	**1786**	**56%**	**3199**
Ótimo	1	5%	18	95%	19
Muito bom	5	3%	185	97%	190
Bom	49	9%	516	91%	565
Regular	507	45%	626	55%	1133
Ruim	665	62%	413	38%	1078
Desclassificada	175	88%	25	13%	200
Insatisfatória	11	79%	3	21%	14
SUDESTE	**3815**	**30%**	**9039**	**70%**	**12854**
Ótimo	0	0%	353	100%	353
Muito bom	20	1%	2371	99%	2391
Bom	409	10%	3520	90%	3929
Regular	1825	48%	1982	52%	3807
Ruim	1044	59%	723	41%	1767
Desclassificada	509	86%	83	14%	592
Insatisfatória	8	53%	7	47%	15
SUL	**2171**	**38%**	**3483**	**62%**	**5654**
Ótimo	0	0%	148	100%	148
Muito bom	26	3%	896	97%	922
Bom	312	18%	1411	82%	1723
Regular	1204	59%	826	41%	2030
Ruim	453	72%	178	28%	631
Desclassificada	167	88%	22	12%	189
Insatisfatória	9	82%	2	18%	11
Total Geral	**11958**	**31%**	**26907**	**69%**	**38865**

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB/ Ministério da Saúde.

Para verificar diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, utilizou-se quintis para mostrar como se distribuiu a realização da autoavaliação pelas equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (31,8% a 55,9%) da realização da autoavaliação, identificado em 3 estados da região Norte – Roraima, Pará e Rondônia, 2 estados da região Centro-Oeste – Goiás e Mato Grosso do Sul, 1 estado da região Sul – Paraná e o Distrito Federal.

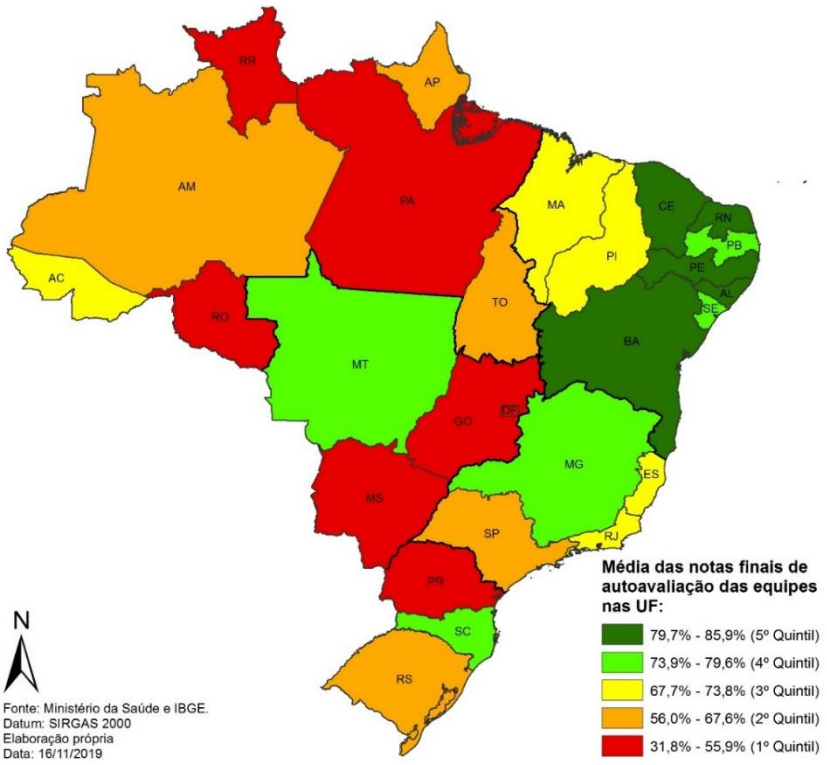
O segundo quintil apresentou 56,0% a 67,6% da média da realização da autoavaliação, identificado em 3 estados da região Norte – Amapá, Amazonas e Tocantins, 1 estado na região Sudeste- São Paulo e 1 estado na região Sul – Rio Grande do Sul.

O terceiro quintil apresentou 67,7% a 73,8% da média da realização da autoavaliação, identificado em 1 estado da região Norte- Acre, 2 estados da região Nordeste- Maranhão e Piauí e 2 estados da região Sudeste – Espírito Santo e Rio de Janeiro.

Com a média de realização da autoavaliação entre 73,9% a 79,6%, o quarto quintil foi identificado no estado do Mato Grosso na região Centro-Oeste, estado da Paraíba e Sergipe na região Nordeste, no estado de Minas Gerais na região Sudeste e no estado de Santa Catarina na região Sul.

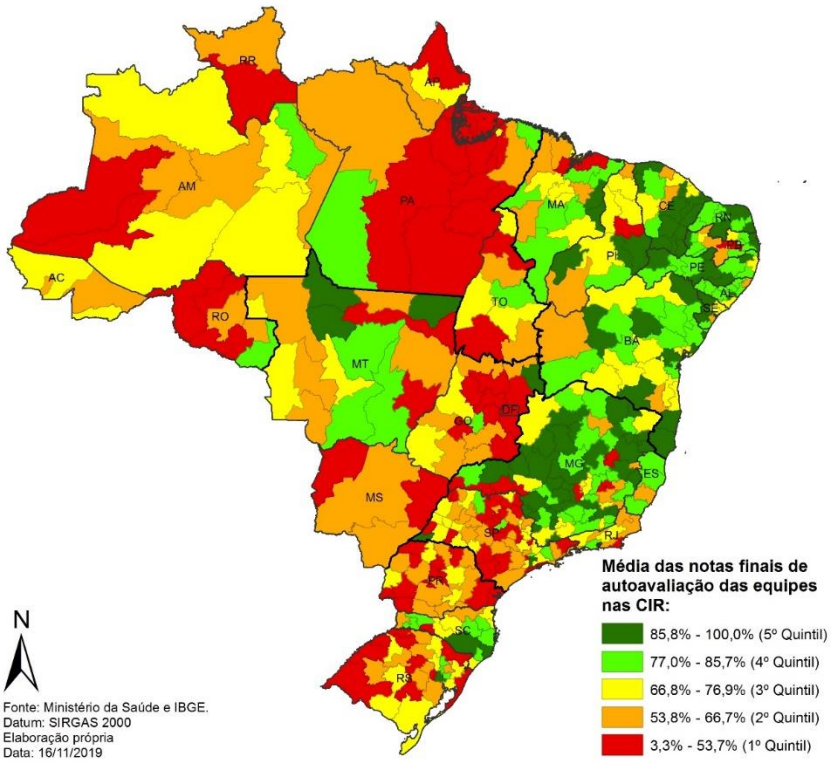
Por fim, o quinto quintil apresentou 79,7% a 85,9% da média de realização da autoavaliação, todos pertencentes a região Nordeste, no estado do Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas e Bahia. Apresentado a seguir o Mapa 1 com a visualização por UF e Mapa 2 com visualização por regiões de saúde nas UF:

Mapa 1 - Média das notas finais da autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

Mapa 2 - Média das notas finais da autoavaliação das equipes do PMAQ AB nas regiões de saúde (CIR) nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do resultado de desempenho das equipes de atenção básica quanto a autoavaliação nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 2 acima:

I. A região Nordeste ainda mantém destaque positivo na realização da autoavaliação em grande parte das regiões de saúde;

II. A região Norte apresenta poucas regiões de saúde no 4° e 5° quintil, ou seja, o melhor desempenho quanto a realização da autoavaliação;

III. A região Centro-Oeste apresenta a região central e o entorno da capital Cuiabá do estado do Mato Grosso com o 4° quintil;

IV. A região Nordeste apresenta poucas regiões de saúde no 1° quintil, ou seja, o menor desempenho quanto a realização da autoavaliação;

V. O Distrito Federal e o seu entorno foram classificados com desempenho no 1° quintil, ou seja, menor desempenho quanto a realização da autoavaliação;

VI. Na região Sudeste, o estado de São Paulo apresenta uma predominância do 2° quintil, ou seja, o segundo menor desempenho quanto a realização da autoavaliação. O estado de Minas Gerais é o único da região Sudeste com predominância do 4° quintil nas regiões de saúde, ou seja, segundo melhor desempenho da realização da autoavaliação pelas equipes de atenção básica;

VII. O estado de Roraima, Amapá, Acre, Mato Grosso do Sul e Paraná não apresentaram regiões de saúde no 4° e 5° quintil, ou seja, nos melhores desempenhos de realização da autoavaliação pelas equipes de atenção básica.

No âmbito nacional, os dados evidenciaram que a realização da autoavaliação, mesmo representando 10% da nota da certificação, tiveram impacto no desempenho final. Este fato pressupõe que as equipes que realizaram a autoavaliação, de certa forma, tinham conhecimento e participação na avaliação e monitoramento que o PMAQ AB preconiza.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, aspectos políticos etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento para construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados (BRASIL, 2019).

Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação

permanente e de apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como um momento de pouca relevância, tampouco como um instante angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores (BRASIL, 2017).

O PMAQ não define periodicidade para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços. Desta forma, recomenda-se para as equipes participantes do PMAQ que seja realizada uma autoavaliação, pelo menos, uma vez a cada ano (BRASIL, 2017).

Os processos autoavaliativos na atenção básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de atenção básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, coordenadores e profissionais das equipes identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliarem as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas (BRASIL, 2017).

Para que esses processos autoavaliativos aconteçam, torna-se fundamental que sejam realizados entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a atenção básica e, diante dos resultados da autoavaliação, sejam identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, com uso de abordagens libertadoras da criatividade, que considera a pluralidade dos atores presentes, promovendo um espaço privilegiado para construção do pensamento. É nesse instante que os indivíduos produzem sentidos e significados com potencial de mobilização de iniciativas para o aprimoramento dos serviços.

Momento I – Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação de processos autoavaliativos no município aos gestores, coordenadores, equipes/profissionais do município, ressaltando a importância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho;

Momento II – Sensibilização dos gestores, coordenadores e equipes/profissionais da atenção básica para a escolha e utilização de um instrumento orientador da autoavaliação e a importância do planejamento para implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis;

Momento III – Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes/profissionais, comunidade, entre outros.

Momento IV – Elaboração da matriz de intervenção e construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para a melhoria da organização e qualidade dos serviços da atenção básica;

Momento V – Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município. Integra-se aos processos autoavaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados.

O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações.

Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes/profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e realidades locais. Favorecem também a maior comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões e construção de consciência coletiva e responsabilização dos envolvidos (MATUS, 2000).

As práticas de autoavaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções planejadas (HARTZ e SILVA, 2005)

Nesse sentido, o planejamento para os problemas elencados como os mais importantes para o grupo e as prioridades de ações de intervenção a serem implementadas devem levar em consideração o seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como suas capacidades e desejo de mudança. Para o planejamento das intervenções é necessário elencar os principais problemas identificados pelos atores na autoavaliação, escolher os problemas prioritários a serem enfrentados, refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos, buscar estratégias de intervenção para a superação dos problemas prioritários, traçar plano de ação com uso de uma matriz de intervenção, identificando responsáveis e prazos de execução, avaliar a viabilidade do plano considerando atores

envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outras, pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas e definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas (BRASIL, 2017).

Os processos da incorporação da autoavaliação no sentido do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde deve ser apropriado pelos atores sociais que constroem o cotidiano das práticas de saúde, o que possibilita o redirecionamento constante de ações e proporciona maior confiabilidade na tomada de decisão (CAMPOS e FURTADO, 2011).

Desta forma, o ato de planejar e a dinâmica da sua condução não se cristalizam em um plano, ao qual os atores envolvidos nesse processo devem estar permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros), pois muitas vezes isso implica novas prioridades e negociações (BRASIL, 2017).

4.3 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES

No 3° ciclo do PMAQ AB, o conjunto dos indicadores pactuados foram definidos visando à incorporação de indicadores que guardem maior correspondência com elementos que integram a fase de desenvolvimento, considerando os princípios da AB presentes na PNAB e sua relevância para melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2019).

A Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB), disponibilizado gratuitamente pelo Governo Federal aos municípios, composto por dois sistemas que instrumentalizam a coleta dos dados no SISAB- I - Coleta de Dados Simplificado (CDS); e II - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). No caso dos municípios que utilizam sistemas de "*software*" próprios, as informações devem ser enviadas de forma compatível com a base de dados do SISAB/e-SUS AB, sendo o município o responsável pelo compartilhamento e envio dos dados a base nacional (BRASIL, 2013).

Para avaliação e acompanhamento dos indicadores de desempenho do PMAQ AB, o Ministério da Saúde utilizou o SISAB/e-SUS AB, seja por meio do CDS-AB ou PEC-AB.

De acordo com o Ministério da Saúde, para certificação, no que tange aos indicadores, foram considerados os dados de produção referentes aos meses de setembro, outubro e novembro de 2017, extraídos na data de 03 de agosto de 2018. Em relação ao cadastro individual, foi considerado o quantitativo acumulado de cadastros realizados até outubro de

2018. Equipes que não enviaram dados de produção que possibilitasse o cálculo dos indicadores no período indicado foram certificadas com o desempenho insatisfatório (BRASIL, 2019).

Ao analisar o banco de dados dos indicadores, evidenciou-se que se encontrava na referida base 82.761.805 milhões de cadastros individuais, sendo os cadastros base para cálculo do resultado de parte dos indicadores. Comparando a população das regiões e o número de cadastros individuais existentes, identificou-se que a região Norte, Centro-Oeste e Sudeste tiveram os menores índices, 29%, 32% e 36% respectivamente. As regiões Nordeste e Sul apresentaram os maiores índices, 46% e 49% respectivamente. Em relação a população geral do Brasil, 40% estão cadastradas no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Tabela 10 - População cadastrada no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

Região	População IBGE 2017	População cadastrada no SISAB	% da população cadastrada
Centro-Oeste	15.875.907	5.158.190	**32%**
Nordeste	57.254.159	26.545.793	**46%**
Norte	17.936.201	5.226.383	**29%**
Sudeste	86.949.714	31.229.687	**36%**
Sul	29.644.948	14.601.752	**49%**
Total	**207.660.929**	**82.761.805**	**40%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

De acordo com a PNAB, como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se uma população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território (BRASIL, 2017).

Considerando o número de equipes de atenção básica participantes do PMAQ AB (38.865) e a quantidade de cadastros no SISAB (82.761.805), é possível identificar que cada equipe de atenção básica possui em média 2.129 cadastros individuais, com desvio padrão de 1629, apresentado pela dispersão e distanciamento dos dados de cadastro da média geral, com mínimo de 0 e máximo de 37818 cadastros. A mediana dos cadastros individuais foi de 1883, com intervalo do 1° quartil de 986 e 3° quartil de 2904.

Tabela 11 - Média de cadastros individuais no SISAB

Equipes	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Cadastros SISAB	38865	2129	1629	0	986	1883	2904	37818

Fonte: Banco de Dados PMAQ AB. Ministério da Saúde

A média de cadastros individuais nas regiões foi maior nas regiões Sul (2583) e Sudeste com 2430, conforme Tabela 11 abaixo:

Tabela 12 - Média de cadastros individuais por equipe no SISAB por regiões

Região	Equipes PMAQ	Média cadastros por equipe no SISAB
Centro-Oeste	2669	1933
Nordeste	14489	1832
Norte	3199	1634
Sudeste	12854	2430
Sul	5654	2583
Total	**38865**	**2129**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação do 3° ciclo do PMAQ AB, consideraram-se inconsistentes as equipes que possuíam cadastros inferiores a 400 pessoas ou superiores a 8.000 pessoas cadastradas, exceto nas equipes de atenção básica parametrizadas (eABp). As eABp são aquelas alocadas em unidades básicas de saúde, com carga horária mínima de 70 horas de médicos e 60 horas de enfermeiros, e população adscrita de no mínimo 3.450 pessoas e no máximo 15.000 pessoas (BRASIL, 2017).[9]

Em relação a estratificação dos cadastros individuais no SISAB, 2% (667) das equipes não possuíam nenhum cadastro individual na base de dados e 10% (3787) possuíam apenas 1 a 400 cadastros individuais, ou seja, 12% (4454) das equipes com inconsistências no envio dos cadastros individuais ao SISAB. As equipes com o limite mínimo (400) definido como regra no PMAQ e o limite recomendado pela PNAB (3500) de cadastros individuais, representaram

[9] O valor da população cadastrada de 400 habitantes como limite mínimo está baseada em 50% da população do menor município brasileiro (aproximadamente 800 habitantes, segundo IBGE). Para o limite máximo, a população de 8.000 habitantes se refere a duas vezes a população máxima que uma equipe de saúde da família pode ser responsável.

73% (28300) do total de equipes participantes. Quanto as equipes com cadastros acima de 3500 pessoas, verificou-se a quantidade de 6111 (16%) equipes atuando acima do limite recomendado.

Ao comparar o resultado do Brasil em suas regiões, verificou-se que a região Norte apresentou o maior número de equipes com inconsistência de dados, com 21% das equipes com nenhum ou abaixo do limite mínimo de 400 cadastros. Quanto aos cadastros dentro do padrão recomendado de até 3500 pessoas, a região Nordeste apresentou o melhor índice com 81% (11768) de equipes nessa faixa de cadastros. Quanto aos cadastros acima do limite recomendado de 3500 pessoas recomendadas por equipe, a região Sul e Sudeste apresentaram maiores índices, com 24% e 20% respectivamente. Essas duas regiões também apresentaram o maior número de equipes com cadastro de indivíduos acima do limite máximo de 8000 pessoas por equipes, com 73% (204) na região Sudeste e 19% (52) na região Sul, conforme apresentado na Tabela 13 e 14 abaixo:

Tabela 13 - Estratificação de cadastros individuais por equipe de atenção básica no SISAB

Região	Equipes	Nenhum cadastro	1 a 400 cadastros	401 a 3500 cadastros	acima de 3500 cadastros
Centro-Oeste	2669	19 (1%)	271 (10%)	2052 (77%)	327 (12%)
Nordeste	14489	210 (1%)	1259 (9%)	11768 (81%)	1252 (9%)
Norte	3199	95 (3%)	536 (17%)	2296 (72%)	272 (9%)
Sudeste	12854	279 (2%)	1350 (11%)	8344 (65%)	2881 (22%)
Sul	5654	64 (1%)	371 (7%)	3840 (68%)	1379 (24%)
Total	**38865**	**667 (2%)**	**3787 (10%)**	**28300 (73%)**	**6111 (16%)**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 14 - Estratificação de cadastros individuais por equipe de atenção básica no SISAB acima do limite máximo

Região	Equipes	acima de 8000 cadastros	%
Centro-Oeste	2669	8	3%
Nordeste	14489	13	5%
Norte	3199	1	0%
Sudeste	12854	204	73%
Sul	5654	52	19%
Total	**38865**	**278**	**100%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Outra análise realizada foi na identificação do número de cadastro potencial pelas equipes de atenção básica, considerando o limite máximo recomendado na PNAB de 3500

pessoas por equipe. Desta forma, ao multiplicar o número de equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB pelo número recomendado de pessoas por equipe (3500), a quantidade de cadastro potencial é de 136.027.050 milhões de cadastros individuais, ou seja, uma média de 66% da população brasileira.

De acordo com o manual de nota metodológica do PMAQ AB, para o cálculo por meio do método potencial, leva-se em consideração o potencial de cadastro que o município, estado ou região têm condições de realizar. Nesse método, é permitido uma variação de 20% para mais ou menos em relação ao número de cadastro (BRASIL, 2019).

Utilizado esse método para as regiões do Brasil, a partir da quantidade de equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, identificou-se que o cadastro potencial de indivíduos é de 136,0 milhões. Utilizando como base o número de cadastros recomendados por equipes de atenção básica (3500), a diferença potencial em relação aos cadastros existentes no SISAB é de 53,2 milhões.

É possível calcular o índice de efetividade do cadastramento de indivíduos (iECI) utilizando o método potencial, de forma que o numerador refere-se ao número de cadastros individuais realizados e o denominador refere-se ao número de cadastros potenciais. O resultado varia de zero a um, ou seja, quanto mais próximo de zero (0) o índice de efetividade de cadastramento é baixo, e quanto mais próximo de um (1) o índice de efetividade de cadastramento é alto. No Brasil, o iECI foi de 0,61, sendo que o melhor índice foi nas regiões Sul com 0,74 e Sudeste com 0,69. As regiões Centro-Oeste (0,55), Nordeste (0,52) e Norte (0,47) apresentaram o iECI menor do que o nacional.

Tabela 15 - Índice de efetividade de cadastramento individual por região do Brasil

Região	População IBGE 2017	População cadastrada no SISAB	Equipes PMAQ	Número de cadastro potencial	Índice de Efetividade de cadastramento individual (iECI)	Diferença de cadastro potencial versus existente
Centro-Oeste	15.875.907	5.158.190	2669	9.341.500	0,55	4.183.310
Nordeste	57.254.159	26.545.793	14489	50.711.500	0,52	24.165.707
Norte	17.936.201	5.226.383	3199	11.196.500	0,47	5.970.117
Sudeste	86.949.714	31.229.687	12854	44.989.000	0,69	13.759.313
Sul	29.644.948	14.601.752	5654	19.789.000	0,74	5.187.248
Total	**207.660.929**	**82.761.805**	**38865**	**136.027.500**	**0,61**	**53.265.695**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao utilizar a variação de 20% para mais (limite superior potencial) ou para menos (limite inferior potencial) de acordo com método potencial, encontrou-se a variação de 108,8 à 163,2 milhões de cadastros potenciais, com uma diferença negativa de 26,0 à 80,4 milhões de cadastros potenciais em relação aos cadastros existentes no SISAB.

Tabela 16 - Variação do número de cadastros potenciais por região do Brasil

Região	População IBGE 2017	População cadastrada no SISAB	Equipes PMAQ	Cadastro Potencial (2800 por equipe)	Cadastro Potencial (3500 por equipe)	Cadastro Potencial (4200 por equipe)
Centro-Oeste	15.875.907	5.158.190	2669	7.473.200	9.341.500	11.209.800
Nordeste	57.254.159	26.545.793	14489	40.569.200	50.711.500	60.853.800
Norte	17.936.201	5.226.383	3199	8.957.200	11.196.500	13.435.800
Sudeste	86.949.714	31.229.687	12854	35.991.200	44.989.000	53.986.800
Sul	29.644.948	14.601.752	5654	15.831.200	19.789.000	23.746.800
Total	**207.660.929**	**82.761.805**	**38865**	**108.822.000**	**136.027.500**	**163.233.000**
Variação (-)				**26.060.195**	**53.265.695**	**80.471.195**

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir dos dados brutos disponíveis na base nacional de dados (SISAB/e-SUS AB), realizou-se análise referente ao envio dos registros e das variáveis obrigatórias para o cálculo de cada indicador, além da análise do quantitativo de cadastros individuais para indicadores que utilizaram esta informação (BRASIL, 2019).

Com isso, ficaram definidos 10 indicadores de desempenho, sendo 7 para as equipes AB e 10 para as equipes de atenção básica com saúde bucal (AB/SB), que foram subdivididos em três grupos: acesso e continuidade do cuidado; resolutividade; e abrangência da oferta de serviços. O conjunto de indicadores contratualizados está vinculado ao processo de certificação, possuindo todos os indicadores o mesmo peso e compondo uma parte do desempenho final da equipe (30%).

O indicador do grupo “Coordenação do cuidado”, referente à "Média de atendimento a recém-nascidos na primeira semana de vida", foi excluído pelo Ministério da Saúde e não contabilizado devido inviabilidade do cálculo deste indicador por equipe ser agregado por município no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 2019).

Os indicadores pactuados para avaliação do PMAQ AB e a faixa de produção de cada indicador consta no ANEXO IV desta tese.

Como resultado dos indicadores, foram definidos scores que variavam de 0 a 10, sendo que todos os indicadores tinham o mesmo peso e compunham 30% do desempenho final da equipe de atenção básica. Para classificação das notas dos indicadores, usou-se a classificação de desempenho da equipe: Ótimo ≥8; Muito Bom > 7 até 7,99; Bom > 6 até 7; Regular > 4 até 6; e Ruim de 0 até 4.

4.3.1 Indicadores do eixo: acesso e continuidade do cuidado

4.3.1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante

Este indicador visa identificar a média de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros nas equipes de atenção básica, a partir do número de cadastros individuais no território. O parâmetro utilizado pelo PMAQ AB foi de 0,45 à 0,66 consultas/habitante/trimestre, ou seja, média de 45% a 66% de atendimentos médicos e enfermeiros no trimestre conforme o número de pessoas cadastradas na equipe de atenção básica.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica, para alcance desse indicador seria necessário a realização de 1.575 (0,45) à 2.310 (0,66) atendimentos médicos e de enfermeiros no trimestre, ou seja, 525 (0,15) à 770 (0,22) por mês.

De acordo com o banco de dados do PMAQ AB, no Brasil foram realizados 33,7 milhões de atendimentos médicos e de enfermeiros no trimestre avaliado, ou seja, uma projeção anual média de 134,8 milhões de atendimentos. As maiores concentrações dos atendimentos no trimestre foram encontradas na região Sudeste (12,0 milhões) e na região Nordeste (11,4 milhões). A nota desse indicador no Brasil foi de 3,41, classificada com desempenho Ruim. Todas as regiões também tiveram desempenho Ruim nesse indicador.

Tabela 17 - Total de atendimentos de médicos e enfermeiros nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Total atendimentos no trimestre	Projeção atendimentos ano	Média atendimentos mês	Média Nota do Indicador
Centro-Oeste	5.158.190	2.038.737	8.154.948	679.579	3,04
Nordeste	26.545.793	11.493.471	45.973.884	3.831.157	3,80
Norte	5.226.383	2.034.599	8.138.396	678.200	3,00
Sudeste	31.229.687	12.044.316	48.177.264	4.014.772	3,10
Sul	14.601.752	6.097.746	24.390.984	2.032.582	3,62
Total	**82.761.805**	**33.708.869**	**134.835.476**	**11.236.290**	**3,41**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

A média de atendimentos por habitante ano no Brasil, baseado na projeção de atendimentos ano pelo número de cadastros individuais existentes, foi de 1,63. A região com a média maior foi a Nordeste (1,73), seguido da região Sul (1,67), região Centro-Oeste (1,58), região Norte (1,56) e região Sudeste (1,54).

Num cenário potencial de atendimentos de médicos e enfermeiros no ano, considerando o número de cadastros no SISAB e o parâmetro utilizado no PMAQ AB de 0,45 no limite inferior (LI), 0,55 na média e 0,66[10] no limite superior (LS) de atendimentos no trimestre, ou seja, 1,8, 2,2 e 2,64[11] atendimentos ano, foi possível identificar uma diferença negativa entre 14,1 a 83,6 milhões de atendimentos potenciais, conforme apresentado na Tabela 18 abaixo:

Tabela 18 - Atendimento potenciais no ano nas regiões do Brasil

(continua)

Região	População cadastrada no SISAB	Projeção atendimen-tos ano	Média atendi-mentos hab/ ano realiza-do	Média potencial 1,8 atendimen-tos/ano	Média potencial 2,22 atendimen-tos/ano	Média potencial 2,64 atendimen-tos/ano
Centro-Oeste	5.158.190	8.154.948	1,58	9.284.742	11.451.182	13.617.622
Nordeste	26.545.793	45.973.884	1,73	47.782.427	58.931.660	70.080.894
Norte	5.226.383	8.138.396	1,56	9.407.489	11.602.570	13.797.651

[10] Nota metodológica do 3° ciclo do PMAQ AB- faixa de produção ideal para melhor desempenho é de 0,45 a 0,66 atendimentos no trimestre de acordo com o tamanho do território da equipe de AB.

[11] Com base num território de 3.500 pessoas na AB, a faixa de produção 0,45 a 0,66 no trimestre representa 525 a 770 atendimentos no mês, ou seja, 6.300 a 9.240 atendimentos ano. Para alcançar esse número de atendimentos, é necessário a realização de 1,8 a 2,64 atendimentos habitantes/ano. A faixa de produção média seria de 0,55 no trimestre, 641 atendimentos mês, 7.692 atendimentos ano, ou seja, 2,2 atendimentos habitantes/ano.

Tabela 18 - Atendimento potenciais no ano nas regiões do Brasil

(conclusão)

Região	População cadastrada no SISAB	Projeção atendimen-tos ano	Média atendi-mentos hab/ ano realiza-do	Média potencial 1,8 atendimen-tos/ano	Média potencial 2,22 atendimen-tos/ano	Média potencial 2,64 atendimen-tos/ano
Sudeste	31.229.687	48.177.264	1,54	56.213.437	69.329.905	82.446.374
Sul	14.601.752	24.390.984	1,67	26.283.154	32.415.889	38.548.625
Total	**82.761.805**	**134.835.476**	**1,63**	**148.971.249**	**183.731.207**	**218.491.165**
Diferença Potencial (-)				**14.135.773**	**48.895.731**	**83.655.689**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Baseado na metodologia do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que visa aferir o acesso potencial, o acesso obtido e a efetividade de todos atendimentos realizados na atenção básica e nas atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência, elaborou-se o índice de acesso obtido na AB (iAO- AB), visando identificar parâmetros de acesso aos atendimentos na AB, com intuito de identificar o acesso e continuidade da assistência em saúde no âmbito da atenção básica, sendo utilizado para o cálculo do indicador o número de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros nas UBS como numerador e o número médio de atendimentos potenciais com base na média de 2,22 atendimentos/ano. O pressuposto deste índice busca identificar a efetividade da continuidade da assistência e o acesso dos usuários na AB, ou seja, o resultado representa que quanto mais próximo de um (1), maior a eficácia de atendimentos para o acesso e cuidado dos usuários, e quanto mais próximo de zero (0), menor a efetividade de atendimentos para o acesso e cuidado dos usuários.

O iAO- AB no Brasil foi de 0,73, sendo o melhor índice de acesso encontrado nas regiões Nordeste com 0,78 e Sul com 0,75. As regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram o iAO- AB de 0,71 e 0,70 respectivamente, sendo o menor índice encontrado na região Sudeste com 0,69.

Tabela 19 - Índice de Acesso Obtido na AB nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Atendimentos ano realizado	Atendimentos potenciais *	Índice Acesso obtido na AB
Centro-Oeste	5.158.190	8.154.948	11.451.182	0,71
Nordeste	26.545.793	45.973.884	58.931.660	0,78
Norte	5.226.383	8.138.396	11.602.570	0,70
Sudeste	31.229.687	48.177.264	69.329.905	0,69
Sul	14.601.752	24.390.984	32.415.889	0,75
Total	**82.761.805**	**134.835.476**	**183.731.207**	**0,73**

*2,2 atendimentos habitantes/ano na AB.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme evidenciado na base de dados, referente a quantidade de atendimentos médicos e de enfermeiros (33,7 milhões) no trimestre avaliado no Brasil, identificou-se que, 71% (23,8 milhões) das consultas na AB foram realizadas por médicos e 29% (9,8 milhões) foram realizadas por enfermeiros. Na região Nordeste é possível verificar que a quantidade de atendimentos por enfermeiros é superior em 38%, quando comparado com as outras regiões. As regiões Sudeste (26%), Sul (23%) e a Centro-Oeste (21%) tiveram uma porcentagem menor de atendimentos por enfermeiros, em comparação com o resultado nacional. As regiões Centro-Oeste (79%) e Sul (77%) tiveram os maiores percentuais de atendimentos médicos quando comparado com os atendimentos de enfermeiros no trimestre.

Tabela 20 - Atendimentos médicos e de enfermeiros nas regiões do Brasil

Região	Atendimentos trimestre (médicos e enfermeiros)	Atendimentos médicos trimestre	% Atendimentos médicos trimestre	Atendimentos enfermeiros trimestre	% Atendimentos enfermeiros trimestre
Centro-Oeste	2.038.737	1.615.087	79%	423.650	21%
Nordeste	11.493.471	7.167.325	62%	4.326.146	38%
Norte	2.034.599	1.417.554	70%	617.045	30%
Sudeste	12.044.316	8.934.625	74%	3.109.691	26%
Sul	6.097.746	4.708.774	77%	1.388.972	23%
Total	**33.708.869**	**23.843.365**	**71%**	**9.865.504**	**29%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Desse modo, com base nos achados da relação de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no âmbito da AB, o iAO- AB que tem por base a quantidade de 2,22 ± 0,44

atendimentos potenciais habitantes ano, pode-se pressupor que a base estratificada utilizando o método potencial[12] seria de 0,66 ±0,13 para enfermeiros e 1,54 ±0,31 para médicos. Nesse contexto, a quantidade de atendimentos no ano de enfermeiros seria de 2.310 ±462 e de médicos 5.390 ±1.078, totalizando 7.700 ±1540. Quando incorporado essa realidade para o cenário mensal, a quantidade de atendimentos de enfermeiros seria de 193 ±38,5 e de médicos 449 ±89,8, totalizando 642 ±128,3. Considerando que a média de dias trabalhados no mês são de 22 dias, a quantidade média de atendimentos/dia dos enfermeiros seria de 8,8 ±1,8 e de médicos 20,4 ± 4,1, totalizando 29,2 ± 5,8. É importante considerar que esses profissionais possuem o direito de 30 dias de férias no ano, desta forma, foi calculada a média potencial com previsão de férias (11 meses trabalhados no ano), sendo o total mensal de 700 ± 140 e o dia de 32 ± 6.

Tabela 21 - Média (DP) potencial de atendimentos médicos e de enfermeiros

Território com 3.500 pessoas	**Quantidade potencial atendimentos**	**Média potencial ano**	**Média potencial mês**	**Média potencial mês com previsão de férias**	**Média potencial dia**	**Média potencial dia com previsão férias**
Médicos	1,54 ±0,31	5.390 ±1.078	449 ±90	490 ±98	20,4 ± 4	22 ± 4
Enfermeiros	0,66 ±0,13	2.310 ±462	193 ±39	210 ± 42	8,8 ±2	10 ±2
Total equipe	**2,22 ± 0,44**	**7.700 ±1540**	**642 ±128**	**700 ± 140**	**29,2 ± 6**	**32 ± 6**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Desta forma, os achados acima podem servir de base para programação e planejamento no âmbito da AB, mas sempre deve-se levar em conta os fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária, infraestrutura de serviços, desigualdades existentes na cobertura assistencial, vulnerabilidade e risco no território dentre outros, sendo necessário ampla avaliação e planejamento.

De acordo com os parâmetros de recomendações para orientar os gestores do SUS dos governos federal, estadual e municipal no planejamento, programação e priorização das ações de saúde, a média de consultas médicas por habitante/ano, sugerida nos parâmetros assistenciais no SUS é de 2 a 3 consultas por habitantes/ano. Para a enfermagem é de 0,5 a 1 consulta de enfermagem por habitantes/ano, com tempo estimado de três consultas por hora. Para a odontologia, é de 0,5 a 2 consultas odontológicas por habitantes/ano. Esses parâmetros não são exclusivos da atenção básica e sim de toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

[12] O método potencial para cálculo da média de atendimentos utilizou- se da base de 2,22 que é a média potencial de atendimentos habitantes/ano, com desvio padrão de 20%, ou seja, ±0,44.

Na pesquisa de Escorel et al (2005), foi constatado uma variação no número de consultas médicas de 1,7 a 4,5 consultas/habitantes/ano em 10 centros urbanos. No estado de Goiânia, a média de consultas foi inferior à sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS (2 a 3 consultas por habitante/ano) e superior em Vitória e Aracaju.

O estudo de Green et al (2001) nos permite delimitar o campo da atenção primária à saúde, considerando que, de cada 1.000 pessoas num mês, 113 (11,3%) irão buscar os cuidados médicos primários. Além dessas pessoas muitas outras chegam a outros profissionais da atenção primária à saúde, especialmente aos enfermeiros (MENDES, 2016).

Considerando os estudos de Green et al (2001) e a citação de Mendes (2016) acima, utilizando a PNAB que define a quantidade média de 3.500 pessoas por equipe de saúde da família, pressupõe-se que à média de 396 (11,3%) pessoas irão buscar por um médico de atenção básica no mês.

No PMAQ AB, a quantidade ideal de atendimentos médicos e de enfermeiros por mês considerou uma variação de 15% a 22% de acordo com o total de pessoas adscritas no território de atuação da equipe de AB (BRASIL, 2019).

Com base nos achados na avaliação do 3° ciclo e utilizando a média potencial de atendimento mensais necessários de 18,3%, pressupõe que a porcentagem de procura pelo serviço de atenção básica no mês é de 12,8 ± 2,6 para atendimentos de médicos e 5,5 ± 1,1 para atendimentos de enfermeiros, de acordo com o tamanho do território de atuação da equipe de AB.

Esse índice serve como base para a gestão e planejamento do processo de trabalho na AB, possibilitando a programação de atendimentos conforme o tamanho do território da equipe, inclusive a incorporação da provisão de férias dos profissionais, que se não realizada, impacta nos atendimentos com redução do acesso e a continuidade do cuidado dos usuários. Esse índice utiliza a base territorial num cenário ideal, e além dos fatores extrínsecos citados acima, os fatores intrínsecos devem ser avaliados pela equipe, que envolve o índice de usuários hiperutilizadores[13] e o índice de encaminhamentos para a atenção especializada sem atendimento, que aumenta o fluxo de procura por atendimentos e pressiona a agenda do profissional médico e enfermeiro.

Para alguns autores, a hiperutilização se manifesta quando a frequência de consultas vai além do percentil 97 do padrão de demanda, ou seja, 3% das pessoas com maior número de

[13] Hiperutilizadores- usuários frequentes ou pessoas que consultam frequentemente.

consultas por ano. Fernandes (2013) trabalhando com dados brasileiros, sugere que são hiperutilizadores as pessoas que fazem mais de seis (6) consultas por ano (MENDES, 2015).

As pessoas hiperutilizadoras, geralmente, apresentam problemas físicos, mentais e sociais, com maior probabilidade de apresentar enfermidades, problemas gerais e inespecíficos, quadros clínicos pouco organizados e indiferenciados. Do ponto de vista do sistema de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração além dos problemas gerais que determinam, tem sido associada à hiperutilização dos serviços de APS (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007; RAMOS e CARRAPIÇO, 2012 e MENDES, 2015).

Na literatura, existem relatos de hiperutilização dos serviços de APS, em que os 3% de pessoas mais frequentes utilizaram 15% do trabalho clínico de um médico de família. Além disso, estudos na Europa mostraram que 4% a 5% das pessoas hiperutilizadoras eram responsáveis por 20% a 25% do total de consultas em cada ano (NEAL et al, 1996 apud MENDES, 2015).

Capilheira e Santos (2006), num estudo feito no Brasil, mostraram que as pessoas hiperutilizadoras constituíam 9% da população que frequenta a unidade básica de saúde, e essa frequência estava associada à consulta e sua superutilização de pacientes do sexo feminino, hipertensos e hospitalização nos últimos 12 meses, além do aumento de massa corporal, idade e piora da autopercepção de saúde.

A percepção subjetiva dos profissionais de saúde podem ser uma forma alternativa de definir as pessoas hiperutilizadoras, ao identificar que uma determinada pessoa consulta com uma frequência maior à esperada. Tendo em vista a situação clínica e de saúde na perspectiva do profissional, essa pessoa passa ser hiperutilizadora, independentemente de um critério numérico (RAMOS e CARRAPIÇO, 2012; MENDES, 2015).

Uma pesquisa sobre pessoas hiperutilizadoras na AB, em Porto Alegre, mostrou que 44% das pessoas eram hiperutilizadoras, considerando o critério de mais de 6 consultas por ano, sendo que estes obtiveram 78,7% do total de consultas, enquanto que 56% de não hiperutilizadores obtiveram 21,3% do total de consultas. Dentre os hiperutilizadores, 67,8% eram do sexo feminino e 32,2% do sexo masculino, concentrado na faixa etária de 20 a 49 anos (38,6%) e de mais de 60 anos (22,2%), sendo os problemas mais comuns dos hiperutilizadores questões administrativas e problemas mentais, e o profissional mais procurado foi o médico (59,3%). Os motivos de consultas são semelhantes entre hiperutilizadores e não hiperutilizadores, mas a média de consultas dos hiperutilizadores foi de 12 consultas/ ano e dos não hiperutilizadores de 3 consultas/ano. (FERNANDES, 2013; MENDES, 2015).

Pacientes difíceis associam-se a traços como distúrbios de saúde mental, múltiplos sintomas, dor crônica, expectativas não atendidas, insatisfação persistente com a assistência e hiperutilização dos serviços de saúde. Também questões de ordem médica e comportamental motivam considerar os pacientes como difíceis: falta de vontade de se cuidar; excesso de demandas; comportamentos manipulativos; famílias conflituosas; múltiplas queixas. Os pacientes hiperutilizadores dos serviços (*heartsink patients*)[14], um tipo de paciente difícil, são os que visitam repetidamente os serviços com sintomas múltiplos, não específicos, muitas vezes, com queixas impossíveis de tratar. As situações de encontros clínicos difíceis na APS agravam-se quando os profissionais não dominam habilidades psicossociais (ZOBOLI, SANTOS e SCHVEITZER, 2016).

Num estudo sobre a prevalência de depressão associada a hiperutilização dos serviços de APS, encontrou-se a prevalência de depressão em 15,1 % e destes, 4,3% eram hiperutilizadores, sendo que os hiperutilizadores tiveram maior prevalência de dispepsia e uso de antidepressivos. Os resultados indicaram que pessoas com histórico de depressão tendem a utilizar mais os serviços de APS (CARVALHO, CARVALHO e LOPES, 2015).

O atendimento a pacientes difíceis na APS pode gerar sobreutilização dos serviços, insatisfação com os atendimentos e desgaste para os profissionais, que se sentem incapazes de suprir as necessidades e demandas desses pacientes e percebendo a insatisfação que tem com a assistência prestada, podem encaminhá-los para especialidades, exames, nem sempre tão necessários. Esse encaminhamento para outro serviço, muitas vezes, serve de desafogamento temporário na UBS, mas sem resolutividade do problema. Como ferramenta para compreender esse processo de hiperutilização, enfermeiros e médicos tem optado por cursos de ação que possibilitam atender bem os pacientes difíceis, abordando a situação de maneira compreensiva e ampla, sem perturbar a rotina da unidade, a dinâmica da equipe de saúde e o atendimento aos outros usuários. Os cursos de ação que se destacaram incluíam discussão dos casos nas equipes, estabelecimento de novas abordagens e estratégias de atendimento mais acolhedoras, acionando os diversos recursos da unidade e do território (ZOBOLI, SANTOS e SCHVEITZER, 2016).

É fundamental normalizar os processos de trabalho quanto a demanda de pacientes na APS e isso envolve estabelecer diretrizes clínicas baseadas em evidência para as condições de saúde serem consideradas e os critérios de referência segundo estratos de risco. Como há uma tendência de os profissionais referirem exageradamente pessoas portadoras de enfermidades e

[14] Pacientes que provocam uma experiência afetiva negativa para os profissionais de saúde, caracterizada por frustação, medo, raiva e ansiedade. O paciente é um frequentador constante do serviço de saúde com queixas intermináveis, com dificuldade da equipe de saúde para o enfrentamento desse problema apresentado.

pessoas hiperutilizadoras, as unidades de APS devem estar capacitadas a reconhecerem essas pessoas e a manejá-las adequadamente de modo a diminuírem a sua pressão sobre os serviços especializados. Portanto, deve haver diretrizes clínicas específicas sobre o reconhecimento e o manejo das enfermidades e das pessoas hiperutilizadoras (MENDES, 2015).

4.3.1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea

Esse indicador visa identificar o percentual de atendimentos de urgência e consultas no dia por demanda espontânea nas equipes de atenção básica, a partir do número total de atendimentos realizados. O parâmetro utilizado pelo PMAQ AB foi de 40% das consultas de médicos e enfermeiros no trimestre por demanda espontânea.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica, e a realização de 1.575 (0,45) à 2.310 (0,66) atendimentos médicos e de enfermeiros no trimestre, a quantidade ideal de consultas por demanda espontânea é de 473 (30%) à 945 (60%) no trimestre. No cenário ideal mensal, de 525 (0,15) à 770 (0,22) atendimentos, a quantidade de consultas de demanda espontânea é de 158 (30%) à 315 (60%).

No Brasil foram realizados 14,0 milhões de consultas por demanda espontânea no trimestre avaliado, ou seja, uma projeção anual média de 56,1 milhões de atendimentos. As maiores concentrações dos atendimentos no trimestre foram encontradas nas regiões Sudeste (5,0 milhões) e Nordeste (3,9 milhões). A média da nota geral desse indicador no Brasil foi de 3,26, classificada com desempenho Ruim. Todas as regiões também tiveram média de desempenho Ruim neste indicador.

Tabela 22 - Consultas por demandas espontâneas nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Total atendimentos no trimestre	Projeção atendimentos ano	Média atendimentos mês	Média Nota do Indicador
Centro-Oeste	5.158.190	1.031.188	4.124.752	343.729	2,51
Nordeste	26.545.793	3.939.664	15.758.656	1.313.221	3,41
Norte	5.226.383	673.749	2.694.996	224.583	2,41
Sudeste	31.229.687	5.024.681	20.098.724	1.674.894	3,30
Sul	14.601.752	3.361.317	13.445.268	1.120.439	3,61
Total	**82.761.805**	**14.030.599**	**56.122.396**	**4.676.866**	**3,26**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

De acordo com o banco de dados do PMAQ AB, 42% das consultas foram por demanda espontânea no Brasil. O maior percentual foi encontrado nas regiões Sul (55%) e Centro-Oeste (51%). Todas as regiões ficaram dentro do parâmetro preconizado pelo indicador (30% à 60%). Apesar das regiões terem realizado o parâmetro preconizado de consultas de demanda espontânea, sendo esse valor agregado por todos municípios que compõem as regiões, a nota geral do indicador nos municípios ficaram inferiores a 4 (Ruim), ou seja, as notas individualizadas dos municípios não tiveram bom desempenho.

Tabela 23 - Porcentagem de consultas por demanda espontânea nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Projeção atendimentos ano	Projeção atendimentos demanda espontânea ano	% demanda espontânea
Centro-Oeste	5.158.190	8.154.948	4.124.752	51%
Nordeste	26.545.793	45.973.884	15.758.656	34%
Norte	5.226.383	8.138.396	2.694.996	33%
Sudeste	31.229.687	48.177.264	20.098.724	42%
Sul	14.601.752	24.390.984	13.445.268	55%
Total	**82.761.805**	**134.835.476**	**56.122.396**	**42%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

4.3.1.3 Percentual de atendimentos de consultas agendadas

Esse indicador visa identificar o percentual de atendimentos por consultas agendadas nas equipes de atenção básica, a partir do número total de atendimentos realizados. O parâmetro utilizado pelo PMAQ AB foi de 25% a 35% das consultas agendadas de médicos e enfermeiros no trimestre.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica, e a realização de 1.575 (0,45) à 2.310 (0,66) atendimentos médicos e de enfermeiros no trimestre, a quantidade ideal de consultas por demanda agendada é de 394-551 (25%-35%) à 578-809 (25%-35%) no trimestre. No cenário ideal mensal, de 525 (0,15) à 770 (0,22) consultas gerais, a quantidade de consultas agendadas é de 131-184 (25%-35%) à 193-270 (25%-35%).

No Brasil foram realizados 12,4 milhões de consultas agendadas no trimestre avaliado, ou seja, uma projeção anual média de 49,8 milhões de atendimentos. As maiores concentrações dos atendimentos no trimestre foram encontradas nas regiões Sudeste (4,7 milhões) e Nordeste (4,3 milhões). A média da nota geral desse indicador no Brasil foi de 2,47, classificada com

desempenho Ruim. Todas as regiões também tiveram média de desempenho Ruim nesse indicador.

Tabela 24 - Consultas agendadas nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Total atendimentos no trimestre	Projeção atendimentos ano	Média atendimentos mês	Média Nota do Indicador
Centro-Oeste	5.158.190	772.035	3.088.140	257.345	1,73
Nordeste	26.545.793	4.398.277	17.593.108	1.466.092	2,85
Norte	5.226.383	926.291	3.705.164	308.764	1,88
Sudeste	31.229.687	4.726.818	18.907.272	1.575.606	2,43
Sul	14.601.752	1.637.874	6.551.496	545.958	2,26
Total	**82.761.805**	**12.461.295**	**49.845.180**	**4.153.765**	**2,47**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 37% das consultas foram agendadas. O maior percentual foi encontrado nas regiões Norte (46%) e Sudeste (39%). Todas as regiões ficaram dentro do parâmetro preconizado pelo indicador (25% à 35%). Apesar das regiões terem realizado o parâmetro preconizado de consultas agendadas, sendo esse valor agregado por todos municípios que compõe as regiões, a nota geral do indicador em todos municípios ficaram inferiores a 4 (Ruim), ou seja, as notas individualizadas dos municípios não tiveram bom desempenho.

Tabela 25 - Porcentagem de consultas agendadas nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Projeção atendimentos ano	Projeção consultas agendadas ano	% consultas agendadas
Centro-Oeste	5.158.190	8.154.948	3.088.140	38%
Nordeste	26.545.793	45.973.884	17.593.108	38%
Norte	5.226.383	8.138.396	3.705.164	46%
Sudeste	31.229.687	48.177.264	18.907.272	39%
Sul	14.601.752	24.390.984	6.551.496	27%
Total	**82.761.805**	**134.835.476**	**49.845.180**	**37%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

4.3.1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada

Este indicador visa identificar o índice de atendimentos por condições avaliadas nas equipes de atenção básica. As condições avaliadas definidas como parâmetro no PMAQ AB

foram Hipertensão Arterial, Diabetes e Obesidade. O parâmetro utilizado foi de 0,90 de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no trimestre, com base no cadastro da população com as condições de saúde avaliadas.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica, com base nos dados utilizados do IBGE pelo PMAQ AB para cálculo médio das condições avaliadas no território, 749 (21,4%) pessoas possuem Hipertensão Arterial, 217 (6,2%) possuem Diabetes e 728 (20,8%) possuem Obesidade, com total de 1694 a média de cadastro individual por condição avaliada. Desta forma, para atingir o índice de atendimentos por condição avaliada, a quantidade ideal de consultas realizadas por médicos e enfermeiros por condições avaliadas é de 1068 (0,63) à 1982 (1,17) no trimestre. No cenário ideal mensal a quantidade de consultas por condição avaliada é de 356 (0,63) à 661 (1,17).

No Brasil foram realizadas 8,9 milhões de consultas por condição avaliada no trimestre analisado, ou seja, uma projeção anual média de 35,6 milhões de atendimentos. As maiores concentrações dos atendimentos no trimestre foram encontradas nas regiões Sudeste (3,7 milhões) e Nordeste (3,4 milhões). A média da nota geral desse indicador no Brasil foi de 1,84, classificada com desempenho Ruim. Todas as regiões também tiveram média de desempenho Ruim nesse indicador.

Tabela 26 - Atendimentos por condição avaliada nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Total atendimentos no trimestre	Projeção atendimentos ano	Média atendimentos mês	Média Nota do Indicador
Centro-Oeste	5.158.190	400.724	1.602.896	133.575	1,26
Nordeste	26.545.793	3.491.863	13.967.452	1.163.954	2,67
Norte	5.226.383	432.380	1.729.520	144.127	1,63
Sudeste	31.229.687	3.718.228	14.872.912	1.239.409	1,55
Sul	14.601.752	865.549	3.462.196	288.516	0,76
Total	**82.761.805**	**8.908.744**	**35.634.976**	**2.969.581**	**1,84**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 22% das consultas foram por condições avaliadas/ programáticas no trimestre. O maior percentual foi encontrado nas regiões Nordeste (30%) e Sudeste (23%). As regiões Centro-Oeste e Sul não ficaram dentro do parâmetro preconizado pelo indicador (21% à 30%). Apesar das regiões Sudeste, Nordeste e Norte terem ficado dentro do parâmetro preconizado pelo índice de atendimentos por condições avaliadas, sendo esse valor agregado por todos municípios que compõe as regiões, a nota geral do indicador em todos municípios

ficaram inferiores à 4 (Ruim), ou seja, as notas individualizadas dos municípios não tiveram bom desempenho.

Tabela 27 - Porcentagem de consultas por condições avaliadas nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada com condicionalidade	Total atendimentos no trimestre	Projeção consultas por condições avaliadas ano	% consultas por condições avaliadas
Centro-Oeste	2.608.330	400.724	1.602.896	15%
Nordeste	11.497.605	3.491.863	13.967.452	30%
Norte	2.017.782	432.380	1.729.520	21%
Sudeste	15.953.703	3.718.228	14.872.912	23%
Sul	7.603.454	865.549	3.462.196	11%
Total	**39.680.874**	**8.908.744**	**35.634.976**	**22%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.
População com condicionalidade de Hipertensão, Diabetes e Obesidade.

De acordo com as estimativas do Vigitel (2018)[15] que analisa a frequência de adultos com idade igual ou maior de 18 anos com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, no conjunto das 26 cidades e o Distrito Federal no Brasil, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,7%, sendo maior entre mulheres (27,0%) do que entre homens (22,1%). Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e alcançou o maior valor no estrato de menor escolaridade, diminuindo progressivamente nos estratos subsequentes de maior escolaridade. A frequência de indivíduos com hipertensão arterial que referiram tratamento medicamentoso para a doença foi de 83,6%, sendo maior em mulheres (87,8%) do que em homens (77,6%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade e foi mais elevada no estrato de menor escolaridade. Quanto ao diabetes, a frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 7,7%, sendo maior entre as mulheres (8,1%) do que entre os homens (7,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o aumento da escolaridade. A frequência de indivíduos com diabetes que referiram tratamento medicamentoso da doença foi de 88,7%, sendo ligeiramente maior em homens (89,7%) do que em mulheres (88,0%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade (BRASIL, 2018).

Em 2007, a taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no Brasil, foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes, e apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho

[15] O Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde.

circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da AB, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010) (BRASIL, 2011).

As DCNT constituem-se como o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde. No Brasil, a taxa de mortalidade prematura por DCNT apresentou tendência decrescente de 352 no ano de 2005 para 323,1 no ano de 2016 mortes a cada 100 mil habitantes. Apesar dessa importante redução, a taxa ainda permaneceu alta no país, permanecendo desafios específicos como, por exemplo, o enfrentamento às neoplasias e ao diabetes (BRASIL, 2018).

A região Sul apresentou a menor porcentagem de consultas por condições avaliadas (14%) conforme dados do PMAQ AB e possui a maior taxa de morte prematura por DCNT (357), seguido da região Sudeste com 344, Centro-Oeste e Nordeste com 297 e Norte com 250 por 100 mil habitantes no ano de 2016 (BRASIL, 2019). Somente com esses dados não é possível confirmar que a taxa de morte prematura por DCNT nas regiões brasileiras são exclusivamente pelo baixo número de consultas por condições avaliadas no âmbito da atenção básica, mas a ampliação do acesso e a continuidade do cuidado mais efetivo nesse âmbito de atenção poderia contribuir com a redução de taxa de morte prematura por DCNT ao longo dos anos.

Das dez principais causas de morte em âmbito mundial, de acordo com a OMS em 2016[16], oito apareceram no ranking do Brasil, ficando de fora as doenças diarreicas e a tuberculose. Constataram no Brasil, duas causas de morte diferentes do contexto mundial, agressões e doença renal crônica (BRASIL, 2019).

Em 2016, mais da metade das mortes no mundo (54%) esteve relacionada as dez principais causas, situação similar à do Brasil (57%). As DCNT causaram 76,4% das mortes no Brasil (83,3% no sexo feminino e 71,1% no masculino), similar ao que ocorre em países de renda média. As doenças transmissíveis provocaram 11,2% das mortes (5,3% no sexo feminino

[16] Doenças cardíascas isquêmicas, Acidente Cérebro Vascular, DPOC, Infecções respiratórias baixas, Alzheimes e outras demências, Câncer de traquéia, brônquio e pulmão, Diabetes, Acidentes de Transporte Terrestre, Doenças diarreicas e Tuberculose.

e 11,0% no masculino) e as causas externas 12,4% (11,5% no sexo feminino e 17,9% no masculino) (BRASIL, 2018)

As duas principais causas de morte no Brasil foram doenças cardíacas isquêmicas (DCI) e acidente vascular cerebral (AVC). Essas doenças cardiovasculares são as que mais matam no mundo e permanecem como as principais causas de morte global nos últimos dez anos, com tendência decrescente desde 2005, em ambos os sexos (BRASIL, 2018).

Considerando estes dados, é necessário que as equipes de AB façam o acompanhamento dos pacientes com DCNT na sua área adscrita. De acordo com os parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com relação ao Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde para a organização da rede de atenção, 20% possuem risco baixo, 50% risco médio, 25% risco alto e 5% muito alto[17]. Considerando um território de 3.500 habitantes e uma prevalência em adultos de 7,7%, conforme dados do Vigitel (2018), a equipe de AB teria que realizar o cuidado em saúde para 270 pessoas com diabetes, sendo 54 com risco baixo, 135 com risco médio, 68 com risco alto e 13 com risco muito alto. Com base nos parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do diabetes mellitus preconizados pelo MS, seriam necessários 108 atendimentos para pacientes com risco baixo, 270 para risco médio, 270 para risco alto e 52 para risco muito alto, totalizando 700 atendimentos no ano.

As estimativas mostram que 24,7% das pessoas são hipertensas, conforme dados do Vigitel (2018), ou seja, 865 pessoas num cenário de 3.500 pessoas da área de uma equipe de AB. Com base nos parâmetros para diagnóstico e acompanhamento de hipertensão arterial preconizados pelo MS, 40% possuem o risco baixo (346), 35% possuem risco moderado (303) e 25% risco alto (216).

No estudo de avaliação do cuidado de DCNT pelas equipes de AB participantes do primeiro e segundo ciclo do PMAQ AB, no estado do Tocantins, identificou uma baixa oferta de medicamentos para tratar doenças crônicas e a promoção da saúde foi realizada como principal ferramenta de processo de trabalho, mas pouco focada nas ações intersetoriais e nas ações para o empoderamento dos usuários por meio do apoio ao autogerenciamento de doenças crônicas (ALVES et al, 2019).

[17] Todas as estimativas apresentadas tiveram como base os dados do Ministério da Saúde conforme os Critérios e Parâmetros Assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços no âmbito do SUS, tendo como referência os níveis 2 e 3 do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

4.3.1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

Este indicador visa identificar a razão de coleta de material citopatológico do colo de útero realizado pelas equipes de atenção básica, a partir do número de procedimentos realizados na população feminina com idade entre 25 a 64 anos. O parâmetro utilizado foi de 0,075 exames no trimestre, com base no cadastro da população feminina dessa faixa etária.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica, com base nos dados utilizados do IBGE (2017), o cálculo médio para identificação do número de mulheres é de 52% (1.820) da população total, e 52% (947) destas estão na faixa etária entre 25 a 64 anos. Desta forma, para cumprimento da realização do exame de rastreamento à cada 3 (três) anos, a quantidade média de coletas anuais são de 316 ano e 79 por trimestre. Sendo assim, para atingir a razão de coleta de material citopatológico do colo de útero, a quantidade ideal de coletas realizadas por médicos e enfermeiros é de 71 (0,075) a 129 (0,136) no trimestre. No cenário ideal mensal, a quantidade de coletas necessárias seria de 24 (0,075) à 43 (0,136).

De acordo com IBGE (2017), o Brasil possui 107,0 milhões de mulheres, sendo que 55,7 milhões estão na faixa etária entre 25 a 64 anos. Conforme o banco de dados do PMAQ AB, no SISAB existem 22,5 milhões de mulheres cadastradas que estão na faixa etária entre 25 a 64 anos, representando 40% de cadastros individuais desse público alvo. A região Sul e Nordeste possui maior quantidade de cadastros com 51% e 46% respectivamente de cadastros de mulheres nessa faixa etária.

Tabela 28 - Cadastros de mulheres de faixa etária 25 a 64 anos nas regiões do Brasil

Região	População feminina IBGE 2017	População feminina 25-64 anos (26%)	População feminina 25-64 anos SISAB	% cadastros em relação as mulheres 25-64 existentes
Centro-Oeste	8.164.000	4.245.280	1.400.577	33%
Nordeste	29.257.000	15.213.640	7.001.462	46%
Norte	8.941.000	4.649.320	1.272.243	27%
Sudeste	45.473.000	23.645.960	8.869.152	38%
Sul	15.204.000	7.906.080	4.009.467	51%
Total	**107.039.000**	**55.660.280**	**22.552.901**	**41%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil foram realizadas 1,1 milhões de coletas de exames citopatológico do colo do útero no trimestre avaliado, ou seja, uma projeção anual média de 4,5 milhões de coletas. As

maiores concentrações das coletas no trimestre foram encontradas nas regiões Sudeste (409,6 mil) e Nordeste (382,7 mil). A média da nota geral desse indicador no Brasil foi de 2,71, classificada com desempenho Ruim. Todas as regiões tiveram média de desempenho Ruim nesse indicador.

Tabela 29 - Número de coletas de exames citopatológico do colo do útero nas regiões do Brasil

Região	População feminina 25-64 anos SISAB	Exames coletados no trimestre	Projeção Exames coletados ano	Média Exames coletados mês	Média Nota do Indicador
Centro-Oeste	1.400.577	56.998	227.992	18.999	2,01
Nordeste	7.001.462	382.758	1.531.032	127.586	2,93
Norte	1.272.243	60.412	241.648	20.137	2,04
Sudeste	8.869.152	409.652	1.638.608	136.551	2,57
Sul	4.009.467	220.985	883.940	73.662	3,15
Total	**22.552.901**	**1.130.805**	**4.523.220**	**376.935**	**2,71**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Para cumprimento do indicador de coleta de material citopatológico, baseado na projeção anual realizada (4,5 milhões), seria necessário no Brasil 7,5 milhões de coletas/ano pelas equipes de atenção básica, de acordo com os cadastros individuais do SISAB. A projeção alcançada no Brasil foi de 60% de cobertura do indicador, com destaque para as regiões Nordeste e Sul com 66% de cobertura cada.

Tabela 30 - Porcentagem de cobertura realizada de coletas de exames citopatológico do colo do útero nas regiões do Brasil

Região	População feminina 25-64 anos SISAB	Projeção Exames coletados ano	Meta ideal exames coletados ano em relação aos cadastros	% Cobertura realizada
Centro-Oeste	1.400.577	227.992	466.859	49%
Nordeste	7.001.462	1.531.032	2.333.821	66%
Norte	1.272.243	241.648	424.081	57%
Sudeste	8.869.152	1.638.608	2.956.384	55%
Sul	4.009.467	883.940	1.336.489	66%
Total	**22.552.901**	**4.523.220**	**7.517.634**	**60%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Se considerarmos que o Brasil possui 55,7 milhões de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, de acordo com IBGE (2017), e 14,8 milhões de mulheres nessa faixa etária possuem convênio médico (ANS, 2017), teríamos um universo de 40,9 milhões de mulheres que são exclusivamente SUS dependente para realização desse exame de rastreamento.

É importante ressaltar que o SUS é universal, e devido a vários fatores, como coparticipação para realização de exames no convênio ou mesmo campanhas com maior facilidade de acesso no SUS, muitas mulheres fazem o acompanhamento e exames no sistema público.

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde, as cinco causas de morte mais frequentes no sexo feminino de 30 a 69 anos no Brasil foram doenças cardíacas isquêmicas (DCI), acidente vascular cerebral (AVC), diabetes mellitus, câncer de mama e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), e esse cenário foi similar nas regiões Sul e Centro-Oeste. Diferiram desse perfil as regiões Norte e Nordeste, no qual o câncer de colo apareceu na quarta e quinta posição, respectivamente, e o Sudeste, onde as infecções respiratórias baixas ocuparam o 5º lugar. As maiores taxas padronizadas de mortalidade por DCI e por câncer de mama ocorreram na região Sudeste, e as maiores taxas de mortalidade por AVC e diabetes, na região Nordeste (BRASIL, 2018).

Contudo, as regiões Norte e Nordeste apresentam o câncer de colo de útero nas cinco principais causas específicas de morte e o câncer de mama presente como causa em todas regiões do país (BRASIL, 2018), sendo necessário ampliação do acesso aos exames de rastreamento e organização do processo de trabalho para monitoramento de mulheres com exames alterados e atrasados no âmbito da APS. Além disso, muitas vezes, as mesmas mulheres realizam os exames preventivos todo ano em época de campanhas, como o “Outubro Rosa” ou “Março Lilás”[18] por exemplo, e a cobertura de rastreamento fica mascarada quando se avalia apenas a quantidade de exames realizados.

[18] Outubro Rosa é uma campanha anual realizada mundialmente em outubro, com a intenção de alertar a sociedade sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama. Março Lilás é uma campanha anual realizada no Brasil em março, com a intenção de alertar a sociedade sobre o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero.

4.3.1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Este indicador visa identificar a cobertura da primeira consulta odontológica programática pelas equipes de atenção básica com saúde bucal, realizada pelo cirurgião dentista, com base nos cadastros individuais no território de atuação. O parâmetro utilizado foi de 3,75% atendimentos de primeira consulta odontológica programática/trimestre.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica com saúde bucal, para atingir a meta de cobertura de primeira consulta odontológica programática, a quantidade ideal de atendimento odontológico por cirurgiões dentista é de 131 (3,75%) a 306 (8,75%) no trimestre. No cenário ideal mensal, a quantidade de primeiras consultas odontológicas programáticas necessárias seria de 44 (3,75%) a 102 (8,75%).

Desta forma, no Brasil foram realizadas 2,0 milhões de primeiras consultas odontológicas programáticas no trimestre, com projeção anual de 8,0 milhões. O banco de dados do SISAB apresentou uma população cadastrada nas equipes de atenção básica com saúde bucal de 54,2 milhões de indivíduos. Quanto a cobertura do indicador, no âmbito nacional a média foi de 3,72%, abaixo do mínimo preconizado de 3,75%. O destaque de cobertura do indicador ocorreu na região Norte e Nordeste, com 4,44% e 4,31% respectivamente. O banco de dados fornecido pelo Ministério da Saúde não apresentou a nota final desse indicador, ficando prejudicada essa análise.

Tabela 31 - Atendimentos de primeira consulta odontológica programática nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Total Atendimentos no trimestre	Projeção atendimentos ano	Média atendimentos mês	Média da cobertura do Indicador
Centro-Oeste	4.119.801	129.353	517.412	43.118	3,14%
Nordeste	20.987.182	903.572	3.614.288	301.191	4,31%
Norte	3.361.061	149.228	596.912	49.743	4,44%
Sudeste	17.103.433	518.204	2.072.816	172.735	3,03%
Sul	8.717.590	319.647	1.278.588	106.549	3,67%
Total	**54.289.067**	**2.020.004**	**8.080.016**	**673.335**	**3,72%**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

4.3.2 Indicadores do eixo: resolutividade

4.3.2.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado

Este indicador visa identificar o percentual de encaminhamentos para o serviço especializado realizados por médicos nas equipes de atenção básica, a partir do número de atendimentos médicos individuais, exceto escuta inicial e orientação. O parâmetro utilizado pelo PMAQ AB foi de 5% a 20% de encaminhamentos médicos para serviço especializado/trimestre.

Considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica, e a realização de 1.120 (0,32) a 1.610 (0,46) atendimentos médicos no trimestre[19], o percentual de encaminhamentos para o serviço especializado num cenário ideal é de 56 -81 (5%) a 224- 322 (20%) pacientes no trimestre. Na análise mensal, considerando a média ideal de 373 à 537 consultas médicas, a quantidade de encaminhamentos ideal seria de 19 -27 (5%) a 75- 107 (20%).

No Brasil, de acordo com a base do SISAB, foram realizados 23,8 milhões de atendimentos médicos no trimestre avaliado, e destes, 6,7% (1,6 milhões) resultaram em encaminhamento para o serviço especializado. Todas as regiões ficaram dentro do padrão preconizado de 5% a 20%. Quanto a nota desse indicador, no Brasil foi classificado como Regular (4,50). Nas regiões Sudeste (4,96), Sul (4,50) e Nordeste (4,36) tiveram classificação de desempenho Regular, sendo que as regiões Centro-Oeste (3,92) e a Norte (3,80) ficaram com classificação Ruim.

Tabela 32 - Encaminhamentos para o serviço especializado nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Atendimen-tos médicos no trimestre	Encaminha-mentos no trimestre	% encaminhamen-tos trimestre	Média do indicador
Centro-Oeste	5.158.190	1.615.087	144.763	9,0%	3,92
Nordeste	26.545.793	7.167.325	422.474	5,9%	4,36
Norte	5.226.383	1.417.554	71.439	5,0%	3,80
Sudeste	31.229.687	8.934.625	690.533	7,7%	4,96
Sul	14.601.752	4.708.774	272.292	5,8%	4,50
Total	**82.761.805**	**23.843.365**	**1.601.501**	**6,7%**	**4,50**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

[19] Baseado no resultado do 3° ciclo do PMAQ AB, o percentual de atendimento realizados na AB foi de 70 ±14 e do enfermeiro foi de 30± 6. Desta forma, com base nos dados de 0,45 a 0,66 como padrão ideal de atendimentos de médicos e enfermeiros no trimestre na AB, para cálculo do percentual de encaminhamentos médicos para o serviço especializado, foi utilizado o padrão ideal de 0,32 a 0,46 no trimestre.

Para o registro do dado de encaminhamento aos serviços especializados no SISAB, o profissional médico deve preencher a conduta/desfecho no sistema eSUS AB como "encaminhamento para serviço especializado", sendo que a falta de lançamento do desfecho ou lançamento como "alta do episódio", pressupõe a realização de encaminhamento por meio de uso da guia em papel, isso se torna um fator limitante para análise do indicador. O pressuposto desse fator limitante também é devido que o próprio sistema e-SUS AB, mesmo com muitos avanços nas suas últimas versões, não possui a continuidade do envio do encaminhamento para a gestão de uma central de regulação. Atualmente o governo federal utiliza outro sistema para gerenciamento do complexo regular, SISREG, que não possui interface com o e-SUS AB, fazendo com que as equipes de AB realizem a impressão da guia de encaminhamento e não consigam realizar o acompanhamento via sistema e-SUS AB da situação do paciente que está aguardando vaga para determinada especialidade.

4.3.2.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Esse indicador visa identificar a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de atenção básica com saúde bucal, realizada pelo cirurgião dentista. O parâmetro utilizado é de 0,5 a 1 tratamento concluído/trimestre.

Num cenário ideal, considerando o limite máximo de 3.500 cadastros individuais por equipe de atenção básica com saúde bucal, para atingir a meta de cobertura de primeira consulta odontológica programática, a quantidade ideal de atendimentos odontológicos por cirurgiões dentista é de 131 (3,75%) à 306 (8,75%) pacientes no trimestre, sendo que destes, 66- 131 (0,5) à 153- 306 (1,0) dos tratamentos deveriam ser concluídos. No cenário ideal mensal, a quantidade de primeiras consultas odontológicas programáticas necessárias seria de 44 (3,75%) à 102 (8,75%), sendo assim a quantidade de tratamentos concluídos ideais seriam de 22-44 (0,5) à 51- 102 (1,0).

Desta forma, no Brasil foram realizadas 2,0 milhões de primeiras consultas odontológicas programáticas no trimestre, sendo que 57% (1,1 milhões) foram concluídas no trimestre. Quanto a razão de tratamento concluídos, no âmbito nacional foi atingido a razão de 0,57, dentro do mínimo preconizado de 0,5- 1,0. As regiões Sudeste (0,81), Centro-Oeste (0,65) e a região Sul (0,64) atingiram o mínimo preconizado, ficando abaixo a região Norte (0,48) e na região Nordeste (0,42). O banco de dados fornecido pelo Ministério da Saúde não apresentou a nota final desse indicador, ficando prejudicado essa análise.

Tabela 33 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas nas regiões do Brasil

Região	Primeira consulta odontológico trimestre (A)	Tratamentos concluídos trimestre (B)	% Tratamentos concluídos trimestre	Razão B:A trimestre
Centro-Oeste	129.353	83.479	65%	0,65
Nordeste	903.572	382.855	42%	0,42
Norte	149.228	72.102	48%	0,48
Sudeste	518.204	418.119	81%	0,81
Sul	319.647	204.380	64%	0,64
Total	**2.020.004**	**1.160.935**	**57%**	**0,57**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

4.3.3 Indicadores do eixo: abrangência de serviços ofertados

4.3.3.1 Percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica

Esse indicador visa identificar o percentual de serviços ofertados pelas equipes de atenção básica, a partir da quantidade de ações de serviços realizados. O parâmetro utilizado pelo PMAQ AB foi de 70% no trimestre, com base no quadro de 29 ações e serviços a serem realizados pelas equipes de atenção básica.

No Brasil, a média de serviços ofertados na atenção básica no trimestre foi de 35,55, sendo que todas as regiões também ficaram abaixo do mínimo preconizado (maior que 48,3). A média da nota desse indicador no Brasil (1,26) e suas regiões foram classificadas como Ruim.

Tabela 34 - Serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Serviços Ofertados no trimestre	Serviços Ofertados no mês	Média nota indicador
Centro-Oeste	5.158.190	36,96	12,32	1,75
Nordeste	26.545.793	36,70	12,23	1,25
Norte	5.226.383	31,70	10,57	0,87
Sudeste	31.229.687	34,41	11,47	1,13
Sul	14.601.752	36,80	12,27	1,55
Total	**82.761.805**	**35,55**	**11,85**	**1,26**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Em dezembro de 2019, o MS publicou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) [20], definido como o leque de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS. De acordo com MS, são as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Os serviços estão organizados e separados da seguinte forma: "Vigilância em Saúde", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente" e "Procedimentos na APS" com 149 itens e "Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal" com 63 itens (BRASIL, 2019).

A preocupação referente a CaSAPS é que esse instrumento seja limitante ou referência estática de atividades no âmbito da atenção básica, compreendendo que esse nível de atenção depende de serviços disponíveis e ofertados de acordo com a subjetividade da área de atuação da equipe e conforme as necessidades de saúde dos indivíduos adscritos.

4.3.3.2 Percentual de serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal

Esse indicador visa identificar o percentual de serviços ofertados pelas equipes de atenção básica com saúde bucal, a partir da quantidade de ações de serviços realizados. O parâmetro utilizado pelo PMAQ AB foi de 70% no trimestre, com base no quadro de 25 ações e serviços a serem realizados pelas equipes de atenção básica com saúde bucal.

No Brasil, a média de serviços ofertados na atenção básica com saúde bucal no trimestre foi de 63,40, sendo que todas as regiões também ficaram abaixo do mínimo preconizado (maior ou igual a 68). A média da nota desse indicador no Brasil foi de 6,26, com classificação de desempenho Bom. As regiões Nordeste (6,68), Sudeste (6,57) e Centro-Oeste (6,07) tiveram classificação de desempenho Bom nesse indicador. As regiões Norte (5,42) e Sul (4,81) ficaram com o desempenho Regular.

---

[20] CaSAPS trata-se de uma lista para orientar sobre as ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados na APS. Acesso em: http://aps.saude.gov.br/noticia/6694> acessado em 20/12/2019.

Tabela 35 - Serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica com saúde bucal nas regiões do Brasil

Região	População cadastrada no SISAB	Serviços ofertados no trimestre	Serviços ofertados no mês	Média nota indicador
Centro-Oeste	4.119.801	63,08	21,03	6,07
Nordeste	20.987.182	67,01	22,34	6,68
Norte	3.361.061	58,67	19,56	5,42
Sudeste	17.103.433	63,28	21,09	6,57
Sul	8.717.590	54,33	18,11	4,81
Total	**54.289.067**	**63,40**	**21,13**	**6,26**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

4.3.4 Resultado geral da avaliação de desempenho dos indicadores nas regiões do Brasil

Em relação a classificação de desempenho do eixo indicador das equipes de atenção básica no Brasil, 2% (704) tiveram desempenho Ótimo, 2% (765) desempenho Muito Bom, 5% (1769) desempenho Bom, 21% (7620) desempenho Regular e 71% (26187) com desempenho Ruim. Ao analisar a quantidade de equipes com desempenho Ruim acima da média nacional, a região Norte e a região Centro-Oeste apresentaram o percentual de 80% (2396) e 76% (1990) respectivamente. A classificação de desempenho Ruim e Regular se concentrou em 92% (33807) das equipes de atenção básica no Brasil de acordo com o resultado do 3° ciclo do PMAQ AB, ou seja, essas equipes apresentaram nota inferior à 6.

Tabela 36 - Avaliação de desempenho dos indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Desempenho	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total Brasil
Ótimo (≥8)	15 (1%)	457 (3%)	12 (0,4%)	184 (2%)	36 (1%)	**704 (2%)**
Muito Bom (> 7 até 7,99)	40 (2%)	326 (2%)	17 (1%)	248 (2%)	134 (2%)	**765 (2%)**
Bom (> 6 até 7)	89 (3%)	737 (5%)	69 (2%)	582 (5%)	292 (5%)	**1769 (5%)**
Regular (> 4 até 6)	492 (19%)	2899 (21%)	491 (16%)	2615 (21%)	1123 (21%)	**7620 (21%)**
Ruim (0 até 4)	1990 (76%)	9314 (68%)	2396 (80%)	8618 (70%)	3869 (71%)	**26187 (71%)**
Equipes por região	**2626**	**13733**	**2985**	**12247**	**5454**	**37045**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Das 38.865 equipes participantes, 1.774 foram desclassificadas devido não possuir cadeira odontológica ou porque a equipe se recusou a realizar a avaliação externa e 46 classificadas como insatisfatórias, devido não terem enviado os dados de produção que possibilitasse o cálculo dos indicadores no período.

Tabela 37 - Equipes insatisfatórias ou desclassificadas no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Desempenho	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total Brasil
Insatisfatório	0 (0%)	6 (9%)	14 (7%)	15 (2%)	11 (5%)	**46 (3%)**
Desclassificadas	43 (100%)	750 (91%)	200 (93%)	592 (98%)	189 (95%)	**1774 (97%)**
Total	**43**	**756**	**214**	**607**	**200**	**1820**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Das 37.045 equipes, 241 estavam com notas de desempenho vazias no banco de dados e foram excluídas, perfazendo 36804 equipes com nota final de desempenho no eixo indicadores.

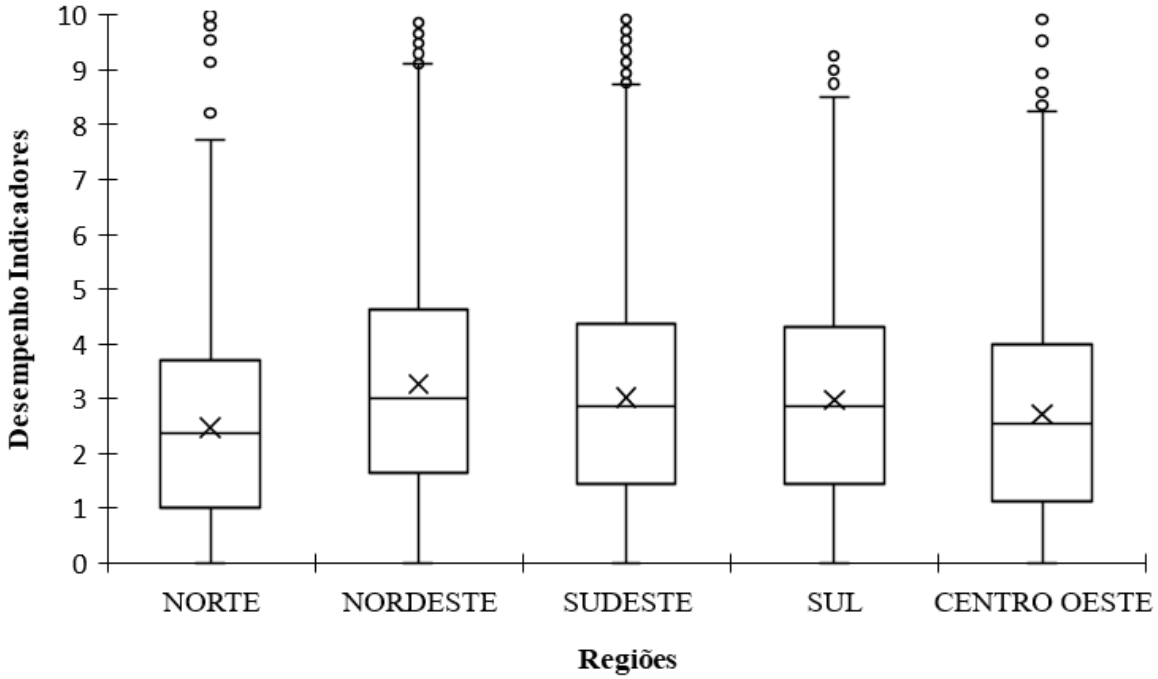
Os resultados gerais da avaliação dos 10 indicadores selecionados pelo 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil mostraram uma classificação de desempenho Ruim no âmbito nacional, com nota final média de 3,04 e desvio padrão de 2,09. A mediana foi de 2,86, com variação de 1,43 no primeiro quartil e 4,37 no terceiro quartil. Todas as regiões apresentaram desempenho Ruim, conforme apresentado na tabela 38 e Gráfico 1 abaixo:

Tabela 38 - Nota de desempenho dos indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2610	2,71	1,95	0,00	1,15	2,61	4,13	9,92
Nordeste	13615	3,27	2,18	0,00	1,43	2,87	4,43	10,00
Norte	2952	2,46	1,84	0,00	1,43	2,86	4,37	10,00
Sudeste	12217	3,02	2,07	0,00	1,43	2,85	4,29	10,00
Sul	5410	2,98	2,03	0,00	1,31	2,72	4,24	9,26
Total	**36804**	**3,04**	**2,09**	**0,00**	**1,43**	**2,86**	**4,37**	**10,00**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Indicadores do 3° ciclo do PMAQ AB.

Gráfico 1 - Box Plot do Desempenho dos indicadores nas regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Com intuito de verificar diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, foram utilizados quintis para mostrar como se distribuiu o desempenho dos indicadores nas equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (11,9% a 22,5%) das notas finais de desempenho dos indicadores, identificado em 3 estados da região Norte – Roraima, Pará e Amapá, 1 estado da região Nordeste- Maranhão, 1 estado da região Sudeste – Rio de Janeiro e o Distrito Federal.

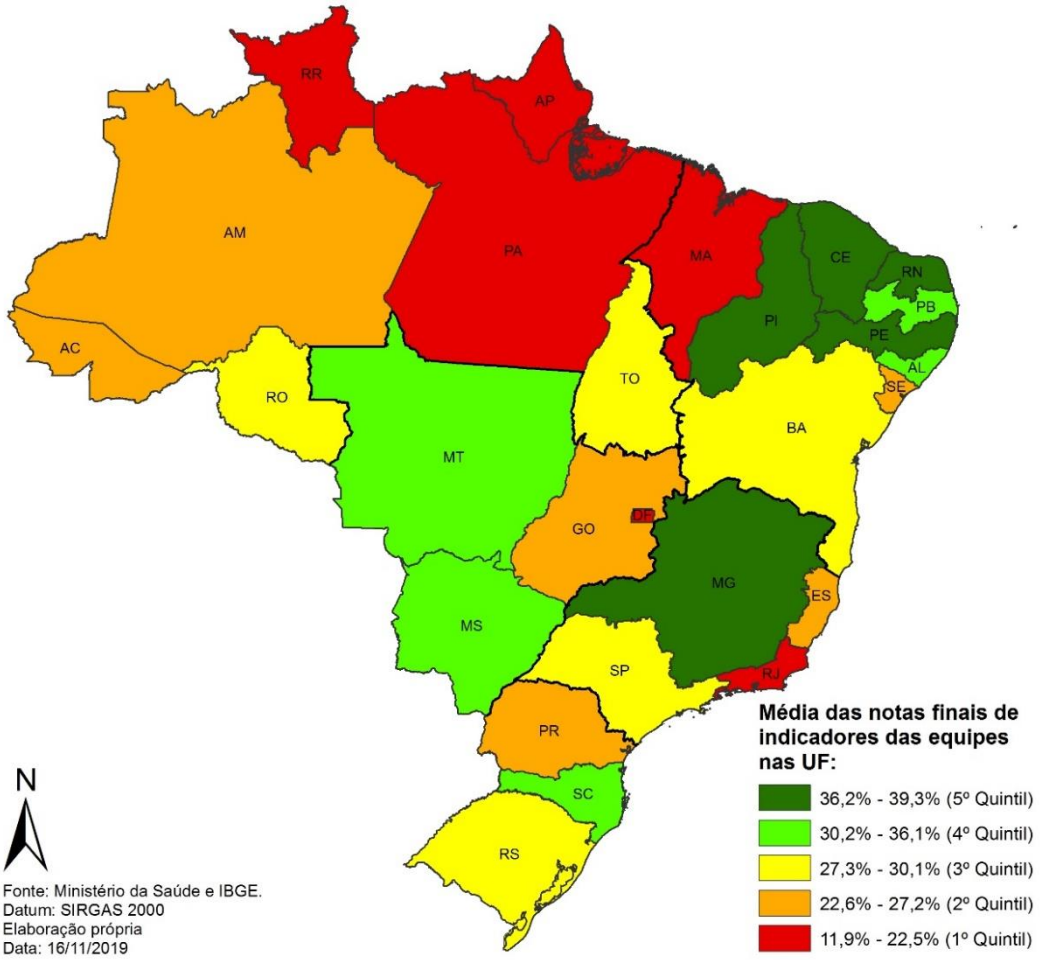
O segundo quintil apresentou 22,6 a 27,2% da média das notas finais dos indicadores, identificado em 2 estados da região Norte –Amazonas e Acre, 1 estado na região Nordeste- Sergipe, 1 estado da região Centro-Oeste- Goiás, 1 estado da região Sudeste – Espírito Santo e 1 estado na região Sul – Paraná.

O terceiro quintil apresentou 27,3% a 30,1% da média das notas finais dos indicadores, identificado em 2 estados da região Norte- Rondônia e Tocantins, 1 estado da região Nordeste- Bahia, 1 estado da região Sudeste – São Paulo e 1 estado da região Sul- Rio Grande do Sul.

Com a média da nota final dos indicadores entre 30,2% a 36,1%, o quarto quintil foi identificado em 2 estados da região Centro-Oeste - Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, estado da Paraíba e Alagoas na região Nordeste e no estado de Santa Catarina na região Sul.

Por fim, o quinto quintil apresentou 36,2% a 39,3% da média da nota final dos indicadores, na região Nordeste, no estado do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e na região Sudeste no estado de Minas Gerais. Apresentado abaixo o Mapa 3 com a visualização por UF e Mapa 4 com visualização por regiões de saúde nas UF:

Mapa 3 - Média das notas finais dos indicadores das equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do desempenho das equipes de atenção básica quanto ao resultado do eixo indicadores nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 4 abaixo:

I. A região Nordeste possui a maior parte das regiões de saúde no grupo de melhor desempenho (5° quintil), com menor concentração no estado da Bahia, Sergipe e Maranhão. Praticamente todas as regiões de saúde do estado do Maranhão estão no grupo de menor desempenho (1° quintil).

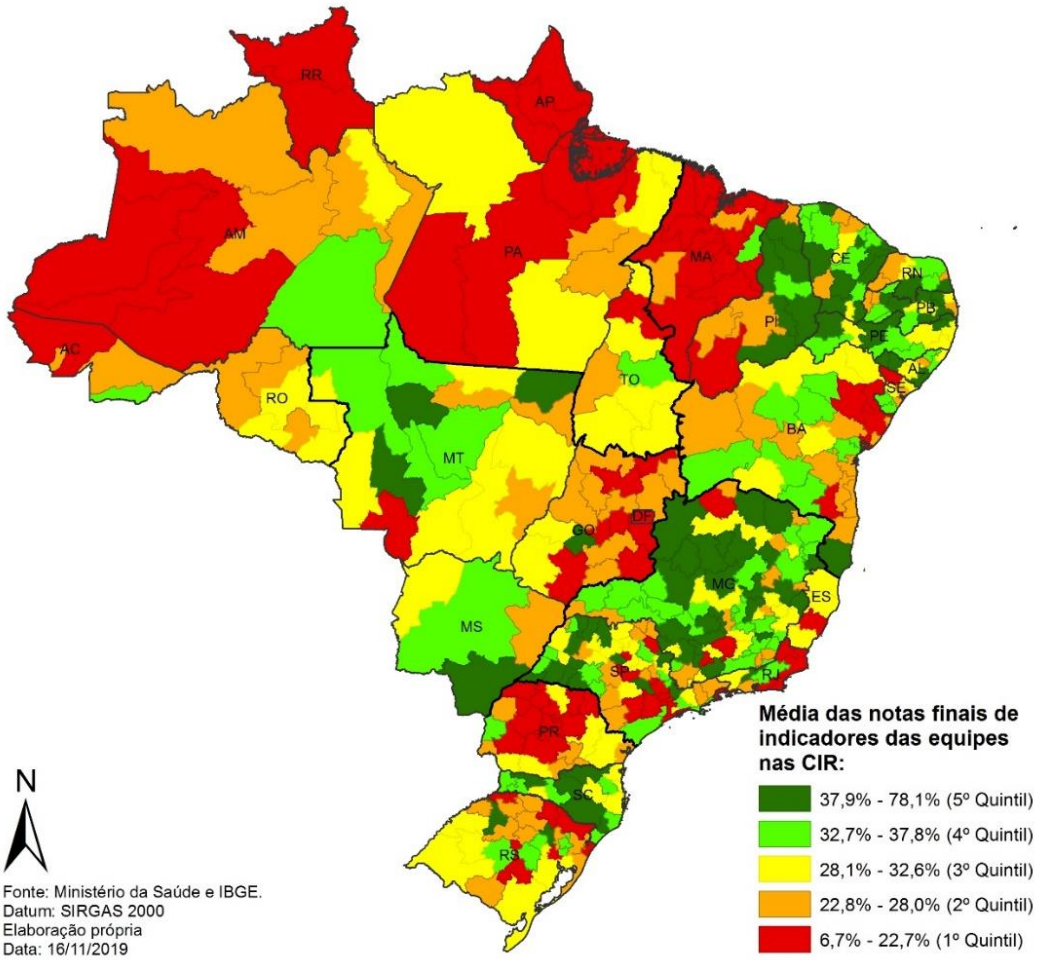
II. A região Norte não possui região de saúde no grupo de melhor desempenho (5° quintil);

III. Da região Sul, o estado do Paraná não possui região de saúde no grupo de melhor desempenho (5° quintil);

IV. Na região Sudeste, o estado de Minas Gerais possui boa concentração de regiões de saúde no 4° quintil e 5° quintil, e a região do Espírito Santo não possui região no 5° quintil;

V. O Distrito Federal e o seu entorno foram classificados nos dois menores desempenhos (1° quintil e 2° quintil);

Mapa 4 - Média das notas finais dos indicadores das equipes do PMAQ AB nas CIR



Fonte: Elaborado pelo autor.

Das 38.865 equipes de AB, apenas 46 não enviaram nenhum dado de cadastro ou de produção na base de dados SISAB do governo federal, mas o desempenho nacional foi classificado como “Ruim”, e apenas 8% (3238) tiveram desempenho acima de 6. Deste modo, o pressuposto referente ao baixo desempenho no âmbito dos indicadores pode ser devido há

alguns fatores relacionados a estrutura de informatização das unidades básicas de saúde, como a falta de computadores e dificuldade no acesso à internet, inclusive no manuseio do sistema de informação e-SUS AB para envio de dados para a base nacional do SISAB. Em geral, para cálculo dos indicadores, o denominador dependia do número de cadastros individuais realizados e validados no SISAB, sendo que erros ou falta de dados no preenchimento do cadastro ou mesmo duplicidade no cartão nacional de saúde (CNS) poderia invalidar esse cadastro. Esse cadastro com inconsistência, além de reduzir a base de dados cadastrais daquela equipe de AB, também invalida todo atendimento ou procedimento realizado para o cidadão, ocorrendo assim, uma cadeia de inconsistências nos cadastros e produção realizada pelas equipes.

4.4 AVALIAÇÃO EXTERNA

No 3° ciclo do PMAQ AB, a avaliação externa compõe a segunda fase do processo de avaliação, e para isso, realizou-se uma parceria do Ministério da Saúde com instituições de ensino e pesquisa (IEP), que foram em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) participante do programa e entrevistaram as equipes de saúde da Atenção Básica (AB) utilizando instrumentos avaliativos (BRASIL, 2019).

Na avaliação externa, foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes participantes do programa. Para apoio das equipes de atenção básica, foi criado o instrumento de avaliação externa para equipes, contendo padrões de qualidade estabelecidos de acordo com normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos atuais, de acordo com as atribuições e competências profissionais (BRASIL, 2019).

O instrumento de avaliação externa é composto por 903 questões, que trazem itens de respostas relacionadas aos padrões de qualidade. Para a certificação das equipes, criou-se uma matriz de pontuação, que agregou os padrões de qualidade contidos no instrumento de avaliação externa, constituída por 532 padrões direcionados às equipes AB e 720 padrões para as equipes AB/SB (BRASIL, 2019).

Os instrumentos de avaliação externa para as equipes foram organizados em módulos que envolviam a observação na UBS, a entrevista com o profissional de saúde sobre processo de trabalho da equipe e verificação de documentos na UBS e a entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Na matriz de pontuação, as questões da avaliação externa foram organizadas em três categorias com funções distintas na certificação, denominada padrões gerais, padrões essenciais e padrões estratégicos.

Os Padrões Essenciais são 20 padrões de qualidade para as equipes de Atenção Básica (AB) e 35 padrões para as equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB) relacionados às condições mínimas de acesso e qualidade que as equipes de saúde devem ofertar aos usuários, sendo necessário cumprir no mínimo 90% desses padrões para que fosse aplicado os demais critérios da certificação. As que não alcançaram tal critério foram automaticamente certificadas com desempenho ruim.

Os Padrões Estratégicos são 17 padrões de qualidade para as equipes de Atenção Básica (AB) e mais 23 padrões para as equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB) relacionados às condições desejáveis para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, sendo aplicado apenas às equipes com nota a partir de 8,01 pontos, que deveriam cumprir no mínimo 50% dos padrões para obterem o desempenho ótimo na certificação. As que não alcançaram tal critério foram automaticamente certificadas com desempenho muito bom.

Os Padrões Gerais são os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes, sendo que a equipe que se adequa a esses padrões ganha pontos se realiza a ação.

De acordo com Ministério da Saúde, a matriz de pontuação contém padrões de qualidade que refletem as necessidades de informações acerca da Política Nacional de Atenção Básica, com vistas a subsidiar a formulação e os aprimoramentos das políticas e dos programas relacionados, bem como para certificação das equipes participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2019).

A Matriz foi organizada em dimensões, subdimensões e padrões de qualidade. A dimensão é uma estrutura temática que consolida grupos de subdimensões com padrões de qualidade sobre determinado tema, de modo que os padrões de qualidade são as perguntas realizadas na avaliação externa.

Para as equipes de AB/SB, houve 1 (um) padrão obrigatório, que foi a cadeira odontológica, sendo que a equipe de atenção básica com saúde bucal (AB/SB) que não cumpriu esse padrão, ou seja, não tinha cadeira odontológica em condições de uso, foi desclassificada do programa. As equipes que dividiam cadeira odontológica foram automaticamente certificadas com desempenho ruim.

As dimensões e o peso das questões da avaliação externa das equipes de AB e AB/SB estão no ANEXO V desta tese.

De acordo com a dimensão do PMAQ AB e a proposta metodológica deste estudo, foi analisado e avaliado o resultado da avaliação externa da Dimensão II- Estrutura e condições de funcionamento da UBS e a Dimensão IV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil. Essas duas dimensões compõem 74% para as equipes de AB e 50% para as equipes AB/SB da nota final da avaliação externa que tem peso de 60% da nota de desempenho final do PMAQ.

A dimensão Estrutura (Dimensão II- Estrutura e condições de funcionamento da UBS) considerou as características estruturais da UBS, como também a disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de atenção básica, sendo composta por 7 subdimensões que envolvem o funcionamento, características estruturais e ambiência, equipamentos, materiais, insumos e impressos, informatização, conectividade e telessaúde, imunobiológicos, testes rápidos e medicamentos nas unidades de saúde (BRASIL, 2019).

A dimensão Processo de Trabalho (DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho) foi evidenciada por meio da análise das informações fornecidas por profissional de nível superior das equipes de AB na avaliação externa, considerados os aspectos de organização do processo de trabalho, como atenção à saúde na UBS e coordenação e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde – RAS, com ênfase nos processos implantados. Essa dimensão foi composta por 13 subdimensões que envolvem o planejamento das ações e o apoio institucional, organização da agenda, acolhimento à demanda espontânea, oferta de serviços, coordenação do cuidado, saúde da mulher e da criança, condições crônicas, ações de combate ao *Aedes Aegypti*, atenção à pessoa com sofrimento psíquico, visita domiciliar, promoção à saúde, populações especiais e participação do usuário (BRASIL, 2019).

4.4.1 Avaliação da dimensão estrutura e condições de funcionamento da UBS no 3° ciclo do PMAQ AB

As 38.865 equipes de atenção básica que fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB, exercem suas atividades em 30.346 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil. Isso mostra uma relação de 1,28 equipes de atenção básica por UBS. Destas, 1.407 não foram avaliadas por recusa, sendo 68% (954) pelo motivo de desativação da UBS, 6% (85) em que a gestão não autorizou avaliação, 15% (216) em que a equipe não autorizou a avaliação, 3% (37) em que a UBS estava em reforma ou ampliação e a equipe não estava atendendo em nenhum local, 8% (109) em que a equipe relata que não aderiu ao PMAQ e 0,4% (6) em que a equipe não tinha tipologia de atenção básica.

Deste modo, do universo de UBS avaliadas (28.939), 5% (1347) tiveram alguns itens do questionário de avaliação de estrutura física não avaliados, pois as equipes estavam atuando provisoriamente em outra UBS devido reforma e ampliação.

Tabela 39 - Avaliação Externa da dimensão estrutura das UBS nas regiões do Brasil

Região	Qtde UBS	Recusa da Avaliação Externa	Total avaliadas	Estrutura não avaliada (UBS provisória)	Total
Centro-Oeste	2230	85	2145	92	2053
Nordeste	12596	548	12048	470	11578
Norte	2384	129	2255	86	2169
Sudeste	8795	464	8331	412	7919
Sul	4341	181	4160	287	3873
Total	**30346**	**1407**	**28939**	**1347**	**27592**

Fonte: Banco de dados- Resultado do desempenho de Avaliação Externa do 3° ciclo do PMAQ AB.

Nas características estruturais e ambiência da UBS no Brasil, os achados mostraram que existem 93.748 consultórios clínicos nas 28.939 UBS avaliadas, uma relação de 3,24 consultórios clínicos por UBS. A região Sudeste apresenta a maior relação de consultórios clínicos por UBS (3,61), seguido da região Sul (3,52), Centro-Oeste (3,15) e Norte e Nordeste com 2,96.

Tabela 40 - Quantidade de consultórios clínicos nas UBS

Região	Total avaliadas (a)	Consultórios clínicos (b)	Relação (b:a)
Centro-Oeste	2145	6761	3,15
Nordeste	12048	35623	2,96
Norte	2255	6668	2,96
Sudeste	8331	30062	3,61
Sul	4160	14634	3,52
Total	**28939**	**93748**	**3,24**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar a ambiência informatizada dos consultórios clínicos, 43% (39827) não possuem computador, 8% (7699) possuem computador sem internet e 49% (46222) possuem computador conectado à internet. A região Sul possui o maior percentual de consultórios clínicos com computador conectado à internet (86%), Centro-Oeste 66% e Sudeste 57%. A região Norte e Nordeste possuem o menor percentual de consultórios clínicos com computador conectado à internet, com 34% e 28% respectivamente e, paralelo a esse problema, 55% e 62%

dos consultórios para atendimento clínico não possuem computador, conforme apresentado na Tabela 41 abaixo:

Tabela 41 - Quantidade de consultórios clínicos nas UBS por região no Brasil

Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde	CO	NE	NO	SE	SU	Total
Consultórios exclusivos para atendimento clínico sem computador	1776 (26%)	22008 (62%)	3678 (55%)	10758 (36%)	1607 (11%)	39827 (43%)
Consultórios clínicos com computador sem internet	537 (8%)	3684 (10%)	709 (11%)	2262 (8%)	507 (3%)	7699 (8%)
Consultórios clínicos com computador conectado à internet	4448 (66%)	9931 (28%)	2281 (34%)	17042 (57%)	12520 (86%)	46222 (49%)
Total	**6761**	**35623**	**6668**	**30062**	**14634**	**93748**

Legenda: CO – Centro-Oeste/ NE – Nordeste/ NO- Norte/ SE- Sudeste/SU- Sul
Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Envidenciou-se que existem 159.702 computadores em condições de uso e destes, 139.976 com acesso à internet nas UBS no Brasil, portanto, uma relação de 5,52 computadores por UBS e 4,84 com acesso à internet. A região Sul predomina com 9,31 computadores com internet por UBS, em contraponto, a região Nordeste apresenta 2,02.

Tabela 42 - Quantidade de computadores nas UBS nas regiões do Brasil

Região	UBS	Computadores em condições de uso na UBS	Relação de computadores por UBS	Computadores com internet em toda UBS	Relação de computadores com internet por UBS
Centro-Oeste	2145	13594	6,34	12194	5,68
Nordeste	12048	33092	2,75	24311	2,02
Norte	2255	9898	4,39	7145	3,17
Sudeste	8331	63120	7,58	57610	6,92
Sul	4160	39998	9,61	38716	9,31
Total	**28939**	**159702**	**5,52**	**139976**	**4,84**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto o acesso à internet, no Brasil 74% (21.423) das UBS avaliadas estão com acesso e 26% (7516) sem acesso. A menor porcentagem de UBS com acesso à internet encontra-se nas regiões Norte e Nordeste com 59% cada, sendo que as outras regiões possuem 85% ou mais de acesso à internet. Essas duas regiões possuem 41% das suas UBS sem acesso à internet.

Tabela 43 - Acesso à internet nas UBS nas regiões do Brasil

Região	UBS	Existe acesso à internet na UBS	% com acesso	Não existe acesso à internet na UBS	% sem acesso
Centro-Oeste	2145	1891	88%	254	12%
Nordeste	12048	7087	59%	4961	41%
Norte	2255	1338	59%	917	41%
Sudeste	8331	7113	85%	1218	15%
Sul	4160	3994	96%	166	4%
Total	**28939**	**21423**	**74%**	**7516**	**26%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto ao status da conexão de internet nas UBS com acesso (21.423), no Brasil 14% (3.011) das UBS avaliadas relatam que a internet funciona de maneira irregular e 0,3% (58) nunca funciona. A regiões Norte (27,8%) e Centro-Oeste (22,3%) apresentaram a maior porcentagem de insuficiência na conexão de internet.

Tabela 44 - Status da conexão de internet nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Acesso internet na UBS	A conexão de internet é suficiente para a realização das atividades					
		Funciona de maneira contínua	%	Funciona de maneira irregular	%	Nunca funciona	%
Centro-Oeste	1891	1471	78%	415	22%	5	0,3%
Nordeste	7087	6289	89%	773	11%	25	0,4%
Norte	1338	966	72%	361	27%	11	0,8%
Sudeste	7113	6165	87%	936	13%	12	0,2%
Sul	3994	3463	87%	526	13%	5	0,1%
Total	**21423**	**18354**	**86%**	**3011**	**14%**	**58**	**0,3%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Das 28.939 UBS no Brasil, 51% (14742) apresentaram estar sem telefone funcionando na UBS, sendo o maior percentual nas regiões Nordeste com 84% (10072) e Norte com 72%

(1622). A região Sul possui destaque com apenas 8% (318) das UBS sem telefone funcionando na UBS.

Tabela 45 - UBS com telefones funcionando nas regiões do Brasil

Região	UBS	Telefone funcionando na UBS			
		Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	2145	1386	65%	759	35%
Nordeste	12048	1976	16%	10072	84%
Norte	2255	633	28%	1622	72%
Sudeste	8331	6360	76%	1971	24%
Sul	4160	3842	92%	318	8%
Total	**28939**	**14197**	**49%**	**14742**	**51%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação à existência de tablet nas UBS, no Brasil 87% (25054) das UBS não possuem, sendo a região Sul o maior percentual do total de equipes participantes do PMAQ AB com uso de tablets (24%).

Tabela 46 - UBS com tablets nas regiões do Brasil

Região	UBS	Existe tablet disponível para os profissionais			
		Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	2145	236	11%	1909	89%
Nordeste	12048	1538	13%	10510	87%
Norte	2255	147	7%	2108	93%
Sudeste	8331	976	12%	7355	88%
Sul	4160	988	24%	3172	76%
Total	**28939**	**3885**	**13%**	**25054**	**87%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 34% das UBS (9275) possuem nenhuma impressora em suas instalações, sendo que 33% (9180) possui apenas uma impressora e 33% (9137) possui duas ou mais impressoras. Das UBS avaliadas nas regiões sem impressora, o maior percentual encontra-se na região Nordeste com 38% (4439), seguido da região Sul com 34% (1298) e a região Sudeste com 31% (2419).

Tabela 47 - UBS com impressoras nas regiões do Brasil

Região	UBS	Possui impressora					
		Nenhuma	%	1	%	2 ou mais	%
Centro-Oeste	2053	523	25%	658	32%	872	42%
Nordeste	11578	4439	38%	3956	34%	3183	27%
Norte	2169	596	27%	662	31%	911	42%
Sudeste	7919	2419	31%	2641	33%	2859	36%
Sul	3873	1298	34%	1263	33%	1312	34%
Total	**27592**	**9275**	**34%**	**9180**	**33%**	**9137**	**33%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

É importante destacar que para uso do prontuário eletrônico do SUS (eSUS AB), é necessário a impressora para impressão das receitas, encaminhamentos, atestados e solicitações de exames, sendo que sem a mesma, o profissional terá que preencher de forma manual, gerando retrabalho da equipe.

Na avaliação da estrutura da recepção e sala de espera para os pacientes que frequentam as UBS, verificou-se que no Brasil 8% (2.099) das UBS não possuem sala exclusiva para recepção ou sala de espera e 19% (5.178) não possuem lugares suficientes para os pacientes.

Tabela 48 - Recepção e lugares suficientes das UBS nas regiões do Brasil

Região	Sala exclusiva para recepção/espera				Possui lugares suficientes			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1921	94%	132	6%	1697	83%	356	17%
Nordeste	10625	92%	953	8%	9363	81%	2215	19%
Norte	2028	93%	141	7%	1804	83%	365	17%
Sudeste	7330	93%	589	7%	6444	81%	1475	19%
Sul	3589	93%	284	7%	3106	80%	767	20%
Total	**25493**	**92%**	**2099**	**8%**	**22414**	**81%**	**5178**	**19%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a oferta de serviços nas UBS no Brasil, 91% das UBS (25152) ofertam vacinação, sendo que 74% (20526) das suas salas são exclusivas para esse fim, portanto, 26% (7.066) das salas são compartilhadas com outras atividades. Outro achado importante foi que das salas exclusivas para vacinação (20.526), 74% (15.268) não possuem computador.

O maior percentual encontrado de UBS que oferta vacinação foi na região Nordeste, com 99% (11.469), em contraponto, a região Sudeste e a região Sul apresentaram a menor porcentagem com 21% e 20%. As regiões Centro-Oeste (81%) e Norte (79%) apresentaram o

maior percentual de salas para vacinação sem computador, conforme apresentado na Tabela 49 e 50 abaixo:

Tabela 49 - UBS que oferta vacinação nas regiões do Brasil

Região	Unidade oferta/faz vacinação			
	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1806	88%	339	17%
Nordeste	11469	99%	579	5%
Norte	1879	87%	376	17%
Sudeste	6631	84%	1700	21%
Sul	3367	87%	793	20%
Total	**25152**	**91%**	**3787**	**14%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 50 - Salas de vacina sem computador das UBS nas regiões do Brasil

Região	Sala exclusiva de vacina				Sala de vacina sem computador			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1574	77%	479	23%	292	19%	1282	81%
Nordeste	8525	74%	3053	26%	2447	29%	6078	71%
Norte	1648	76%	521	24%	339	21%	1309	79%
Sudeste	5880	74%	2039	26%	1406	24%	4474	76%
Sul	2899	75%	974	25%	774	27%	2125	73%
Total	**20526**	**74%**	**7066**	**26%**	**5258**	**26%**	**15268**	**74%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação à área para dispensação de medicamentos no Brasil, 54% (14782) possuem área e 46% (12810) não possuem área. Das que possuem área para dispensação de medicamentos, 29% (4288) não possuem computadores. A região Centro-Oeste e Norte possuem maior percentual de área de dispensação de medicamentos sem computador (43%) cada.

Tabela 51 - Salas de dispensação de medicamentos sem computador nas UBS

Região	Área para dispensação de medicamentos				Área de dispensação de medicamentos sem computadores			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1131	55%	922	45%	644	57%	487	43%
Nordeste	6124	53%	5454	47%	4875	80%	1249	20%
Norte	1254	58%	915	42%	713	57%	541	43%
Sudeste	4121	52%	3798	48%	2710	66%	1411	34%
Sul	2152	56%	1721	44%	1552	72%	600	28%
Total	**14782**	**54%**	**12810**	**46%**	**10494**	**71%**	**4288**	**29%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das salas exclusivas para curativos e procedimentos, no Brasil 54% (14939) não possuem sala exclusiva para curativo e 56% (15397) não possuem sala exclusiva para procedimentos. Esse padrão médio se mantém nas regiões.

Tabela 52 - Salas de curativo e procedimentos das UBS nas regiões do Brasil

Região	Sala exclusiva para curativo				Sala exclusiva para procedimentos			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	998	49%	1055	51%	895	44%	1158	56%
Nordeste	5177	45%	6401	55%	5167	45%	6411	55%
Norte	1080	50%	1089	50%	963	44%	1206	56%
Sudeste	3631	46%	4288	54%	3445	44%	4474	56%
Sul	1767	46%	2106	54%	1725	45%	2148	55%
Total	**12653**	**46%**	**14939**	**54%**	**12195**	**44%**	**15397**	**56%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das salas exclusivas para coleta de exames e inalação, no Brasil 83% (22858) não possuem sala exclusiva para coleta de exames e 66% (18281) não possuem sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva. Esse padrão médio se mantém nas regiões.

Tabela 53 - Salas de coletas de exames e inalação das UBS nas regiões do Brasil

Região	Sala exclusiva para coleta de material para exames				Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	401	20%	1652	80%	759	37%	1294	63%
Nordeste	1802	16%	9776	84%	3854	33%	7724	67%
Norte	476	22%	1693	78%	819	38%	1350	62%
Sudeste	1424	18%	6495	82%	2685	34%	5234	66%
Sul	631	16%	3242	84%	1194	31%	2679	69%
Total	**4734**	**17%**	**22858**	**83%**	**9311**	**34%**	**18281**	**66%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação as salas exclusivas para observação de curta duração nas UBS do Brasil, 76% (21058) não possuem essa infraestrutura.

Tabela 54 - Salas de observação de curta duração das UBS nas regiões do Brasil

Região	Sala exclusiva para observação (curta duração)			
	Sim	**%**	**Não**	**%**
Centro-Oeste	548	27%	1505	73%
Nordeste	2676	23%	8902	77%
Norte	569	26%	1600	74%
Sudeste	1874	24%	6045	76%
Sul	867	22%	3006	78%
Total	**6534**	**24%**	**21058**	**76%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação as salas para o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), 63% (17466) das UBS não possuem salas exclusivas para estes profissionais, sendo o menor percentual, mais ainda elevado, de 56% e 59% na região Centro-Oeste e Norte respectivamente.

Tabela 55 - Salas exclusivas para os ACS nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Sala exclusiva para os ACS			
	Sim	**%**	**Não**	**%**
Centro-Oeste	907	44%	1146	56%
Nordeste	3895	34%	7683	66%
Norte	900	41%	1269	59%
Sudeste	3039	38%	4880	62%
Sul	1385	36%	2488	64%
Total	**10126**	**37%**	**17466**	**63%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação dos testes diagnósticos, evidenciou-se que 76% (20872) possuem teste rápido de sífilis sempre disponível, em contraponto, o teste rápido de gravidez não esteve sempre disponível em 61% (16840) das UBS no Brasil. A região Sudeste apresentou o maior percentual de UBS que não possui o teste rápido de sífilis sempre disponível (47%). Em relação ao teste de gravidez sempre disponível, o menor percentual foi encontrado nas regiões Norte (76%), Centro-Oeste (67%) e Nordeste (65%).

Tabela 56 - Teste rápido de sífilis e gravidez sempre disponível nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Possui Teste rápido de sífilis sempre disponível				Possui Teste rápido de gravidez sempre disponível			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1572	77%	573	28%	763	37%	1382	67%
Nordeste	9270	80%	2778	24%	4477	39%	7571	65%
Norte	1753	81%	502	23%	617	28%	1638	76%
Sudeste	4625	58%	3706	47%	3939	50%	4392	55%
Sul	3652	94%	508	13%	2303	59%	1857	48%
Total	**20872**	**76%**	**8067**	**29%**	**12099**	**44%**	**16840**	**61%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação aos testes rápidos de hepatite B e C, evidenciou-se que 67% (18397) possuem teste rápido de hepatite B sempre disponível e 66% (18191) possuem teste rápido de hepatite C sempre disponível nas UBS no Brasil. A região Sudeste apresentou o maior percentual de UBS que não possui o teste rápido de hepatite B e C sempre disponível (54%) cada, seguido da região Nordeste com 37% de hepatite B e 38% de hepatite C.

Tabela 57 - Teste rápido de hepatite B e C sempre disponível nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Possui Teste rápido de hepatite B sempre disponível				Possui Teste rápido de hepatite C sempre disponível			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1443	70%	702	34%	1394	68%	751	37%
Nordeste	7717	67%	4331	37%	7651	66%	4397	38%
Norte	1603	74%	652	30%	1583	73%	672	31%
Sudeste	4083	52%	4248	54%	4055	51%	4276	54%
Sul	3551	92%	609	16%	3508	91%	652	17%
Total	**18397**	**67%**	**10542**	**38%**	**18191**	**66%**	**10748**	**39%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação aos testes rápidos de HIV, evidenciou-se que 77% (21173) possuem teste rápido de HIV sempre disponível e 28% (7766) não possuem o teste sempre disponível nas UBS no Brasil. A região Sudeste apresentou o maior percentual de UBS que não possui o teste rápido de HIV sempre disponível (59%), seguido da região Centro-Oeste com 27%.

Tabela 58 - Teste rápido de HIV sempre disponível nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Possui Teste rápido de HIV sempre disponível			
	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1596	78%	549	27%
Nordeste	9484	82%	2564	22%
Norte	1760	81%	495	23%
Sudeste	4675	59%	3656	46%
Sul	3658	94%	502	13%
Total	**21173**	**77%**	**7766**	**28%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das UBS localizadas em regiões endêmicas, identificou-se 2669 equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, sendo 10% (271) na região Centro-Oeste, 21% (556) na região Nordeste e 69% (1842) na região Norte. Não houve UBS participantes nas regiões Sudeste ou Sul ou não se caracterizam como regiões endêmicas. Evidenciou-se que, no Brasil, 89% (2365) das UBS não possuem teste rápido de malária sempre disponível e 86% (2303) não possuem o exame pesquisa de plasmódio sempre disponível, sendo o maior percentual encontrado na região Centro-Oeste com 96% e 97%. As três regiões (Centro-Oeste, Norte e Nordeste) possuem mais de 80% das UBS sem o teste rápido e o exame de gota espessa sempre disponível.

Tabela 59 - Teste rápido de malária e pesquisa de plasmódio sempre disponível nas UBS das regiões do Brasil

Região	Possui Teste rápido de malária sempre disponível				Possui Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa) sempre disponível			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	11	4%	260	96%	9	3%	262	97%
Nordeste	43	8%	513	92%	32	6%	524	94%
Norte	250	14%	1592	86%	325	18%	1517	82%
Sudeste	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Sul	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Total	**304**	**11%**	**2365**	**89%**	**366**	**14%**	**2303**	**86%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB. Legenda: NA- regiões não endêmicas

Em relação aos insumos para atenção à saúde, especialmente o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), 66% (18169) das UBS não possuem o DIU sempre disponível, com maior porcentagem nas regiões Centro-Oeste (69%) e Sudeste (68%).

Tabela 60 - Dispositivo Intra-Uterino sempre disponível nas UBS das regiões do Brasil

Região	Possui dispositivo Intra-Uterino - DIU sempre disponível			
	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	635	31%	1418	69%
Nordeste	4107	35%	7471	65%
Norte	759	35%	1410	65%
Sudeste	2549	32%	5370	68%
Sul	1373	35%	2500	65%
Total	**9423**	**34%**	**18169**	**66%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB

Quanto aos preservativos, 97% (26747) das UBS possuem preservativo masculino sempre disponível, e 87% (23029) possuem preservativo feminino nas UBS no Brasil. A disponibilidade do preservativo masculino nas regiões segue o padrão do Brasil, mas quanto ao preservativo feminino, as regiões Norte e Centro-Oeste apresenta menor disponibilidade com 19% e 18% respectivamente.

Tabela 61 - Preservativo masculino e feminino sempre disponível nas UBS das regiões do Brasil

Região	Preservativo masculino (camisinha) sempre disponível				Preservativo feminino sempre disponível			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1962	96%	91	4%	1678	82%	375	18%
Nordeste	11282	97%	296	3%	9682	84%	1896	16%
Norte	2075	96%	94	4%	1755	81%	414	19%
Sudeste	7661	97%	258	3%	6657	84%	1262	16%
Sul	3767	97%	106	3%	3257	84%	616	16%
Total	**26747**	**97%**	**845**	**3%**	**23029**	**83%**	**4563**	**17%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto aos insumos para atendimento de urgência e emergência nas UBS no Brasil, 85% (23569) possuem os insumos, sendo que 81% (19196) possuem todos os itens em um mesmo local para facilitar o uso no atendimento dos casos. A região Norte apresentou 43% (925) das UBS sem os insumos para atendimento de urgência, sendo que destes, 26% não se encontravam num mesmo local. As regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram 24% e 20% respectivamente das unidades sem o insumo de urgência, sendo que destas, 23% e 20% respectivamente não possuíam todos itens num mesmo local.

Tabela 62 - Insumos para atendimento de urgência nas UBS das regiões do Brasil

Região	Possui insumos para atendimento de urgência				Possui todos os itens de urgência e emergência em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos			
	Sim	**%**	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Não**	**%**
Centro-Oeste	1681	82%	464	23%	1350	80%	331	20%
Nordeste	10436	90%	1612	14%	8621	83%	1815	17%
Norte	1330	61%	925	43%	985	74%	345	26%
Sudeste	6443	81%	1888	24%	4989	77%	1454	23%
Sul	3679	95%	481	12%	3251	88%	428	12%
Total	**23569**	**85%**	**5370**	**19%**	**19196**	**81%**	**4373**	**19%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das práticas de medicina tradicional chinesa no Brasil, evidenciou-se que 91% (25225) das UBS não realizam esse tipo de atividade. O maior percentual de realização foi na região Norte com 11% (229), mas ainda muito incipiente em âmbito nacional.

Tabela 63 - Prática de Medicina Tradicional Chinesa nas UBS das regiões do Brasil

Região	A UBS possui práticas da Medicina Tradicional Chinesa			
	Sim	**%**	**Não**	**%**
Centro-Oeste	174	8%	1879	92%
Nordeste	878	8%	10700	92%
Norte	229	11%	1940	89%
Sudeste	752	9%	7167	91%
Sul	334	9%	3539	91%
Total	**2367**	**9%**	**25225**	**91%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.1.1 Classificação de desempenho do eixo estrutura e condições de funcionamento nas regiões do Brasil

Das 38.865 equipes de atenção básica que fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB, 1.820 (4,7%) foram desclassificadas ou tiveram desempenho insatisfatório, com isso, não pontuado nota de desempenho. Das 37.045 equipes de atenção básica restantes, 9 foram excluídas devido não possuir o resultado da classificação de desempenho no banco de dados, restando 37.036.

O peso da dimensão estrutura da atenção básica na avaliação externa definido pelo Ministério da Saúde foi de 20% (20 pontos) para as equipes AB e 10% (10 pontos) para as

equipes AB/SB. Considerando que esta pesquisa não teve como objetivo a avaliação da estrutura da saúde bucal especificamente, foi realizado a conversão da nota bruta da matriz em porcentagem, de modo que os pesos são diferentes de acordo com a tipologia da equipe e poderia causar viés na análise. Por exemplo, se uma equipe AB e uma equipe de AB/SB tivessem nota de desempenho na dimensão estrutura da atenção básica de 8,0, a equipe de AB que possui teto de 20 pontos teria atingido 40% do desempenho máximo, e a equipe AB/SB que possui teto de 10 pontos teria atingido 80% do desempenho máximo. Essa conversão foi possível devido que a quantidade das questões, tipo e relevância eram idênticas nessa dimensão. A estrutura e condições de funcionamento da saúde bucal específica estava vinculado em outra dimensão.

Deste modo, utilizando o padrão de certificação do PMAQ AB que varia de nota de desempenho de 0 à 10, converteu-se para 0% à 100%, conforme classificação de desempenho da equipe: Ótimo ≥ 80%; Muito Bom > 70% até 79,99%; Bom > 60% até 70%; Regular > 40% até 60%; e Ruim de 0 até 40%.

Ao avaliar o desempenho das equipes de atenção básica quanto à dimensão Estrutura no Brasil, 74% (27334) das equipes tiveram desempenho Ótimo (21%), Muito Bom (27%) ou Bom (26%), ou seja, acima de 60%. A região Sul teve 83% das equipes de atenção básica com estrutura com desempenho acima de 60%, seguido da região Centro-Oeste com 77%, Nordeste com 74% e Sudeste com 73%. As regiões Sul e Sudeste tiveram 35% e 30% respectivamente das suas equipes com desempenho Ótimo. As regiões Sul e Centro-Oeste tiveram 34% cada das equipes com desempenho Muito Bom. A região Norte obteve a menor classificação das equipes com desempenho de estrutura acima de 60%, representado por 52% das equipes, deste modo, 48% das equipes tiveram desempenho menor que 60%. Seguem Tabelas 64,65 e 66 abaixo com desempenho das equipes na dimensão estrutura:

Tabela 64 - Desempenho da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom >70% até 79,99%	Bom >60% até 70%	Regular >40% até 60%	Ruim 0 até 40%	Total
Centro-Oeste	394	899	736	502	95	**2626**
Nordeste	1608	3835	4773	2979	534	**13729**
Norte	114	468	960	1100	342	**2984**
Sudeste	3620	3031	2347	2605	641	**12244**
Sul	1924	1850	765	836	78	**5453**
Brasil	**7660**	**10083**	**9581**	**8022**	**1690**	**37036**
(%) Brasil	**20,7%**	**27,2%**	**25,9%**	**21,7%**	**4,6%**	**100%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 65 - Percentual do desempenho da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%
Centro-Oeste	15%	34%	28%	19%	4%
Nordeste	12%	28%	35%	22%	4%
Norte	4%	16%	32%	37%	11%
Sudeste	30%	25%	19%	21%	5%
Sul	35%	34%	14%	15%	1%
(%) Brasil	**21%**	**27%**	**26%**	**22%**	**5%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 66 - Estratificação do desempenho da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil

Região	>60%	%	<=60%	%
Centro-Oeste	2029	77%	597	23%
Nordeste	10216	74%	3513	26%
Norte	1542	52%	1442	48%
Sudeste	8998	73%	3246	27%
Sul	4539	83%	914	17%
(%) Brasil	**27324**	**74%**	**9712**	**26%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação geral da estrutura e funcionamento das UBS no Brasil, considerando um score máximo de desempenho de 100%, a média da classificação de desempenho obtido das unidades básicas de saúde foi de 68%, com desvio padrão de 14%, apresentado pela dispersão e distanciamento dos dados de cadastro da média geral, com mínimo de 0 e máximo de 100%. A mediana foi de 70%, com intervalo do 1° quartil de 60% e 3° quartil de 78%. O melhor score de desempenho foi na região Sul com 73% e o score mais baixo foi na região Norte com 59%.

Tabela 67 - Desempenho obtido da dimensão estrutura nas UBS das regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2626	68%	13%	21%	62%	70%	77%	93%
Nordeste	13729	66%	12%	0%	60%	68%	75%	98%
Norte	2984	59%	14%	3%	53%	61%	48%	91%
Sudeste	12244	69%	16%	14%	59%	72%	81%	100%
Sul	5453	73%	12%	13%	68%	76%	82%	97%
Total	**37036**	**68%**	**14%**	**0%**	**60%**	**70%**	**78%**	**100%**

Fonte: Microdados UBS_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Para verificar as diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, utilizou-se quintis para mostrar como se distribuiu o desempenho da dimensão estrutura e condições de funcionamento nas equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (55,3% a 61,4%) das notas finais de desempenho da dimensão estrutura, identificado em 5 estados da região Norte –Amazonas, Acre, Rondônia, Pará e Amapá e 1 estado da região Nordeste- Maranhão.

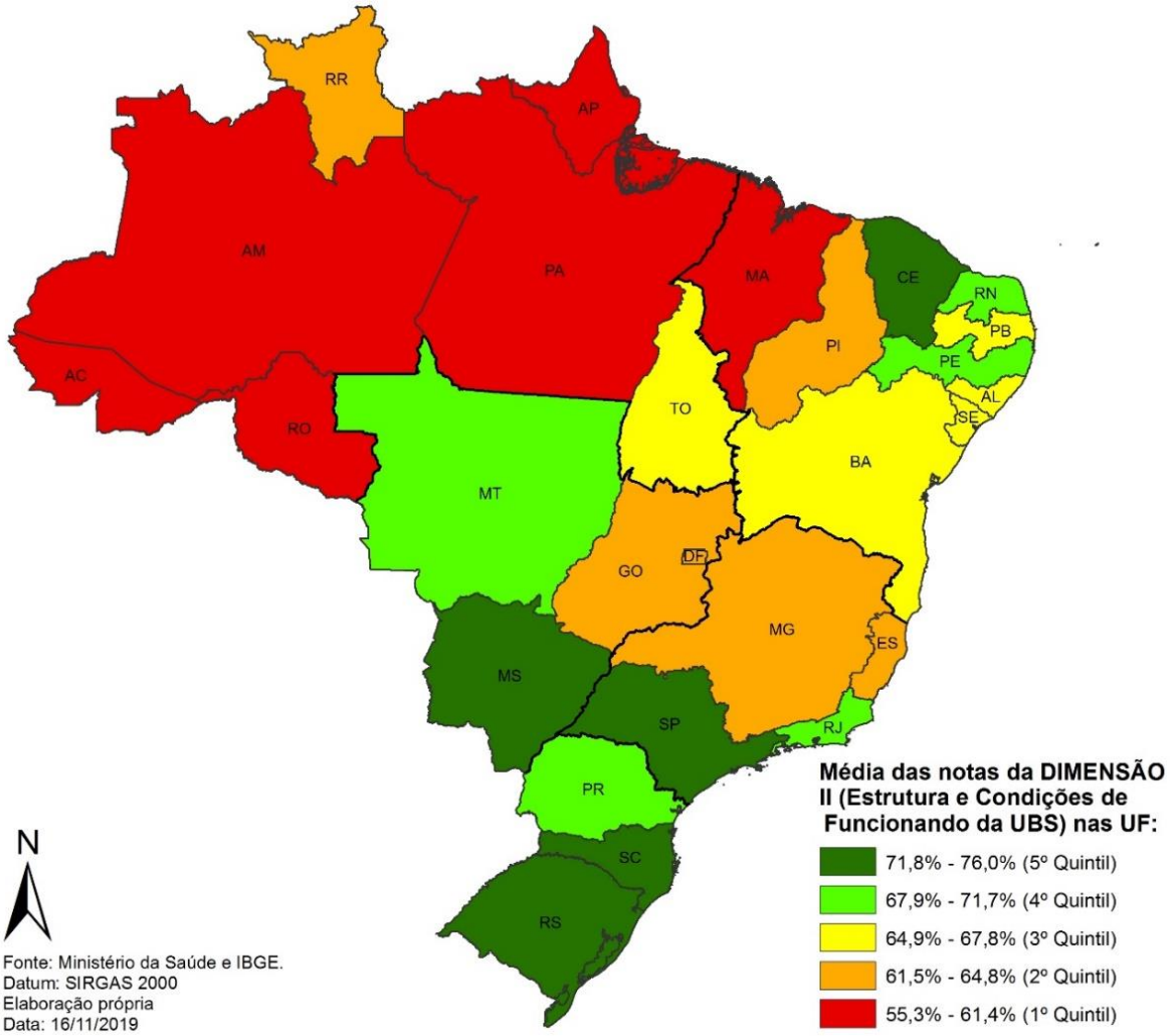
O segundo quintil apresentou 61,5 a 64,8% da média das notas finais da dimensão estrutura, identificado em 2 estados da região Sudeste- Minas Gerais e Espírito Santo, no estado de Goiás e no Distrito Federal.

O terceiro quintil apresentou 64,9% a 67,8% da média das notas finais da dimensão estrutura, identificado no estado de Tocantins da região Norte, e 4 estados da região Nordeste- Bahia, Sergipe, Alagoas e Paraíba.

Com a média da nota final da dimensão estrutura entre 67,9% a 71,7%, o quarto quintil foi identificado no estado de Mato Grosso da região Centro-Oeste, Rio Grande do Norte e Pernambuco na região Nordeste, Rio de Janeiro na região Sudeste e Paraná na região Sul.

Por fim, o quinto quintil apresentou 71,8% a 76% da média da nota final da dimensão estrutura, encontrado na região Centro-Oeste no estado do Mato Grosso do Sul, Ceará no Nordeste, São Paulo no Sudeste e Santa Catarina e Rio Grande do Sul na região Sul. Apresentado abaixo o Mapa 5 com a visualização por UF e Mapa 6 com visualização por regiões de saúde nas UF:

Mapa 5 - Média do desempenho da dimensão estrutura das equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do desempenho das equipes de atenção básica quanto ao resultado de desempenho da dimensão estrutura e funcionamento das UBS nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 6 abaixo:

I. Nenhuma região de saúde do estado do Amazonas, Acre, Roraima, Amapá, Pará possui desempenho no 4° quintil e 5° quintil, ou seja, dos intervalos de 69,1% a 87,1%.

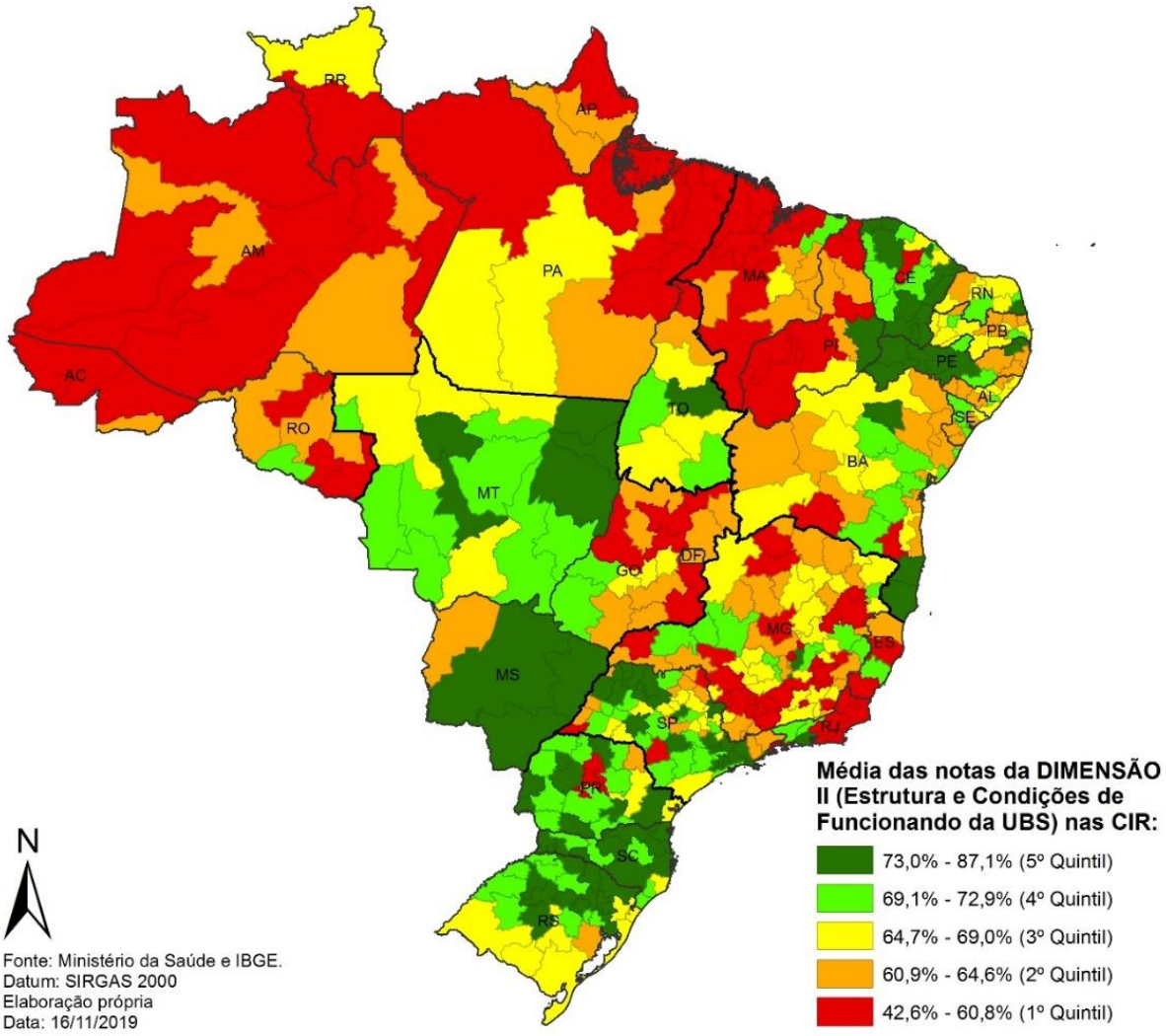
II. O estado do Maranhão possui a maior parte das regiões de saúde no grupo desempenho menor (1° quintil);

III. O estado do Ceará mesmo com a média geral classificada com melhor desempenho (5° quintil), apresentou 1 região de saúde no menor desempenho (1° quintil);

IV. O estado do Mato Grosso e Santa Catarina não tiveram nenhuma região de saúde nos grupos de menores desempenhos (1° quintil e 2° quintil);

V. O Distrito Federal e o seu entorno não tiveram regiões classificadas nos dois maiores desempenhos (4° quintil e 5° quintil);

Mapa 6 - Média do desempenho da dimensão estrutura das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

Mesmo a estrutura das UBS no Brasil apresentando a média percentual de desempenho de 68±14, é evidente a necessidade de avanços nessa dimensão para fortalecimento da APS no Brasil.

No estudo de Vieira- Meyer et al (2019) sobre a variação da implantação da APS no Brasil após implantação do PMAQ AB, avaliado o primeiro e segundo ciclo, identificou-se que

houve melhores melhorias na infraestrutura em todo país, principalmente na região Nordeste e em cidades menores, com população entre 10 mil e 20 mil habitantes.

No estudo de Neves et al (2018) sobre os resultados do primeiro e segundo ciclo do PMAQ no Brasil, foi evidenciado que todos os medicamentos avaliados e a sala de acolhimento apresentaram um aumento de mais de dez pontos percentuais de 2012 para 2014. As prevalências de estrutura adequada de materiais, medicamentos e estrutura física nas UBS foram maiores em 2014. Os municípios com mais de 300 mil habitantes, melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e menor cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) registraram maiores prevalências de UBS adequadas.

Na avaliação específico do terceiro ciclo, mais da metade dos consultórios clínicos exclusivos (51%) apresentam-se sem computador (43%) ou com computador sem acesso à internet (8%), com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste do país. Mais de um terço das UBS (34%) não possuem nenhuma impressora. Para funcionamento do prontuário eletrônico do SUS (eSUS AB), são essenciais os recursos mínimos básicos como computadores, impressoras e acesso à internet.

O eSUS AB vem incorporando outros sistemas e aplicativos, para que as equipes não necessitem realizar o preenchimento de vários sistemas, sendo que atualmente incorporou o SISPRENATAL, SISVAN, HIPERDIA, Bolsa Família, Hórus, SISPNI, dentre outros. A Portaria n° 2.499, de 23 de setembro de 2019, dispõe que o registro das vacinas e de outros imunobiológicos a serem realizados na APS devem ser registrados na eSUS AB, sendo que a Portaria GM nº 82, de 13 de janeiro de 2020 fixou o prazo em 31 de maio de 2020. Neste contexto, no período de avaliação do PMAQ, 74% das salas exclusivas de vacina não tem computador, o que dificulta o cumprimento da normativa.

Recentemente, com a Portaria n° 2.983 de 11 de novembro de 2019, o MS instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, com incentivo que varia de R$ 1700,00 à R$ 2.300,00 mensais por equipe de AB. Para adesão ao programa, as equipes de AB devem ter enviado informações ao MS por meio do prontuário eletrônico em pelo menos três meses anteriores à solicitação de adesão. Ao analisar os dados no banco de dados do PMAQ AB, apenas 39% das equipes possuem prontuário eletrônico (14408), sendo que destas, 45% utilizam sistemas próprios/terceirizados que muitas vezes não possuem comunicação por meio de prontuário eletrônico com a base nacional do SISAB. Sendo assim, o recurso de informatização das UBS está limitado às equipes que já possuem prontuário eletrônico, e 61% (22637) não poderão fazer a adesão. Esse fato acentua ainda mais as dificuldades quanto à informatização das UBS, que seria ponderado o

MS realizar a adesão universal das equipes para informatização das UBS, com contrapartida de um prazo mínimo das equipes implantarem o prontuário eletrônico. Nesse cenário, ainda observou-se que outros setores também serão afetados, por exemplo, conforme a Portaria GM/MS nº 1.737, de 18 de junho de 2018, deve ser enviado os registros de dispensação por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica à base nacional com utilização do eSUS AB ou integração de sistemas por meio de *Web Service*, mas os dados do PMAQ AB mostraram que 46% das UBS não possuem área de dispensação de medicamentos e 26% não possuem computador.

Para além da necessidade evidente da informatização das UBS no Brasil, a estrutura para fornecer acesso ao atendimento em saúde na APS ainda é deficitária, com arranjos de utilização das salas para duas ou mais funcionalidades, visto que 56% não possuem sala exclusiva de curativo, 56% não possuem sala exclusiva de procedimentos, 83% não possuem sala exclusiva de coleta de exames, 66% não possuem sala exclusiva de inalação e 76% não possuem sala exclusiva de observação curta. Essa falta de estrutura, muitas vezes, pode fazer com que o usuário não tenha acesso à determinados serviços na APS e procure serviços de pronto atendimento ou hospitais.

Na pesquisa de Caccia- Bava et al (2011), sobre a escolha dos pacientes entre AB e serviço de pronto atendimento (PA), 76% das razões que motivaram a procura do PA pelos pacientes entrevistados foram fatores relacionados ao acesso e à acessibilidade (horário de funcionamento, tempo de espera, distância) e 19% referiram aspectos relativos ao estabelecimento de vínculos.

Outro dado importante quanto à estrutura e seu impacto no acesso e cuidado, e a análise da disponibilidade de testes rápidos, 29% das UBS não tinham testes rápidos para sífilis sempre disponíveis, 61% não tinham teste rápido de gravidez sempre disponíveis, em torno de 39% não tinham testes rápidos de hepatite B e C sempre disponíveis e 28% não tinham testes rápidos de HIV sempre disponíveis.

A prevalência global estimada de sífilis, em homens e mulheres, foi de 0,5%, com valores regionais variando de 0,1 a 1,6%. No Boletim Epidemiológico do MS de 2019, pode-se observar que a sífilis adquirida, teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018. Também em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos. Em relação à sífilis em gestantes, observa-se que o Sudeste e o Sul apresentam taxas de detecção superiores à do Brasil. Quanto à sífilis

congênita, as regiões com taxas maiores que a nacional são o Nordeste e o Sudeste (BRASIL, 2019).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais do Ministério da Saúde, de 1999 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 632.814 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 167.108 (26,4%) são referentes aos casos de hepatite A, 233.027 (36,8%) aos de hepatite B, 228.695 (36,1%) aos de hepatite C e 3.984 (0,7%) aos de hepatite D. A região Nordeste concentra a maior proporção das infecções pelo vírus A (30,3%). Na região Sudeste verificam-se as maiores proporções dos vírus B e C, com 34,9% e 60,0%, respectivamente. Por sua vez, a região Norte acumula 74,9% do total de casos de hepatite D (ou Delta). As taxas de hepatite B apresentaram discreta tendência de queda nos últimos cinco anos, enquanto a hepatite C mostrou tendência de aumento, tendo apresentado taxas superiores à da B a partir de 2015. De 2000 a 2017, foram identificados, no Brasil, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 70.671 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses, 1,6% foram associados à hepatite viral A; 21,3% à hepatite B; 76,0% à hepatite C e 1,1% à hepatite D (BRASIL, 2019).

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes (2018), totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de aids detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%. Essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do "tratamento para todos"[21], implementada em dezembro de 2013. No país, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.621 no ano de 2018, com uma taxa de detecção de 2,9/1.000 nascidos vivos. Também em 2018, foram registrados no SIM um total de 10.980 óbitos por causa básica AIDS, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,4/100.000 habitantes. De 2007 até junho de 2019, foram notificados 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 136.902 (45,6%) na região Sudeste, 60.470 (20,1%) na região Sul, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%) na região Norte e 21.979 (7,3%) na região Centro-Oeste. No ano de 2018, foram notificados 43.941 casos de infecção pelo HIV, sendo 5.084 (11,6%) na região Norte, 10.808 (24,6%) casos

[21] Lançada em 2013, o projeto visa a ampliação do acesso à testagem e redução do tempo entre o diagnóstico de aids e o início do tratamento Como ação de prevenção da doença, além dos testes rápidos, o Ministério da Saúde oferta preservativos e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

na região Nordeste, 16.586 (37,7%) na região Sudeste, 7.838 (17,8%) na região Sul e 3.625 (8,2%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2019).

Das equipes de AB que atuam em regiões endêmicas para malária, 89% não tinham teste rápido de malária sempre disponíveis e 86% não tinham o exame de gota espessa (GE) sempre disponível.

No Brasil, há dois cenários epidemiológicos distintos – alta endemicidade na região amazônica e hipoendemicidade na região extra-amazônica. Durante o ano 2016, foram notificados 129.246 novos casos de malária e 35 óbitos. Na região amazônica foram registrados 128.747 casos de malária, 1.568 internações e 20 óbitos. Destes, 113.307 foram malária por *Plasmodium vivax*, 14.357 por *Plasmodium falciparum*. Na região extra-amazônica foram registrados 499 casos de malária. Destes casos, 194 foram por *Plasmodium falciparum* e 289 por *Plasmodium vivax*. O exame da Gota Espessa (GE) é o método oficialmente adotado para o diagnóstico laboratorial da malária no Brasil, sendo considerado o padrão ouro para o diagnóstico da malária pela OMS. Mesmo com o avanço de outras técnicas diagnósticas, o exame de GE continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização em comparação às outras técnicas diagnósticas. No entanto, onde o acesso a serviço de microscopia de boa qualidade é insuficiente, ou até inexistente, os testes rápidos para diagnóstico da malária, quando usados corretamente, podem oferecer um resultado preciso e oportuno. Na Região Amazônica, os Testes de Diagnóstico Rápido (TDR) são usados em locais onde inexiste a disponibilidade do exame de GE, como áreas remotas indígenas e áreas de garimpo. O teste é realizado por microscopista certificado e com monitoramento de desempenho (exame microscópico de qualidade), sendo recomendada a realização de TDR em 5% dos pacientes testados por GE em unidades sentinela. Na região extra-amazônica, os TDR devem ser usados em todos os casos suspeitos da malária, assim como a realização de GE (BRASIL, 2019).

Esses dados acima mostram a importância da disponibilidade dos testes rápidos no âmbito da APS, sendo que esse serviço é porta de entrada preferencial dos usuários e coordenadora do cuidado em saúde, sendo que muitas vezes, é o único serviço de saúde ou o mais próximo da residência dos usuários.

4.4.2 Avaliação da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB

A dimensão Acesso e Qualidade da atenção e Organização do processo de trabalho é composta por 13 subdimensões que envolvem o planejamento das ações e o apoio institucional, organização da agenda, acolhimento à demanda espontânea, oferta de serviços, coordenação do cuidado, saúde da mulher e da criança, condições crônicas, ações de combate ao *Aedes Aegypti*, atenção à pessoa com sofrimento psíquico, visita domiciliar, promoção à saúde, populações especiais e participação do usuário (BRASIL, 2019).

Das 38.865 equipes de atenção básica que fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB, 37.045 (95%) tiveram classificação de desempenho nessa dimensão. Deste modo, do universo de equipes de atenção básica avaliadas (37.045), 37% (13733) estão na região Nordeste, 33% (12247) na região Sudeste, 15% (5454) na região Sul, 8% (2985) na região Norte e 7% (2626) na região Centro-Oeste.

Tabela 68 - Estratificação de equipes com avaliação de desempenho na Dimensão Processo de Trabalho por regiões no Brasil

Região	Total equipes	% equipes
Centro-Oeste	2626	7%
Nordeste	13733	37%
Norte	2985	8%
Sudeste	12247	33%
Sul	5454	15%
Total	**37045**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB

4.4.2.1 Subdimensão Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica e Apoio Institucional

Na subdimensão Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica e Apoio Institucional tem o intuito de verificar se a equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores de saúde.

Em relação ao Apoio Matricial para as equipes de atenção básica, 98% (36254) das equipes no Brasil relatam receber apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na

resolução de casos considerados complexos. Do total, a maior dificuldade apresentou-se em 191 equipes da região Norte (6%) e 130 equipes da região Centro-Oeste (5%).

Tabela 69 - Apoio matricial para as equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Apoio Matricial para as equipes de AB				Total Geral
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2496	95%	130	5%	2626
Nordeste	13509	98%	224	2%	13733
Norte	2794	94%	191	6%	2985
Sudeste	12095	99%	152	1%	12247
Sul	5360	98%	94	2%	5454
Total	**36254**	**98%**	**791**	**2%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 89% (33064) das equipes de atenção básica relataram que participaram de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal, e esse padrão médio se repete nas regiões. As regiões Sul (14%), Norte (13%) e Centro-Oeste (12%) apresentaram-se acima da média nacional (11%) sobre a não realização de atividades de educação permanente pela gestão municipal para os profissionais de AB.

Tabela 70 - Educação Permanente para as equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Educação Permanente dos profissionais				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2306	88%	320	12%	2626
Nordeste	12463	91%	1270	9%	13733
Norte	2587	87%	398	13%	2985
Sudeste	10997	90%	1250	10%	12247
Sul	4711	86%	743	14%	5454
Total	**33064**	**89%**	**3981**	**11%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto ao Telessaúde na atenção básica, 55% (20271) das equipes relataram utilizar o Telessaúde no dia a dia de processo de trabalho, deste modo, 45% (16774) relataram não utilizar. A região Sul possui a maior concentração de equipes que utilizam o Telessaúde (69%) quando comparado com o número de equipes totais. Na região Sudeste e Nordeste estão

concentradas 69% (13915) das equipes que utilizam o Telessaúde no Brasil, e o menor porcentagem de utilização está na região Norte com 39% (1154).

Tabela 71 - Telessaúde nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Equipe utiliza o Telessaúde na Atenção Básica				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1438	55%	1188	45%	2626
Nordeste	7460	54%	6273	46%	13733
Norte	1154	39%	1831	61%	2985
Sudeste	6455	53%	5792	47%	12247
Sul	3764	69%	1690	31%	5454
Total	**20271**	**55%**	**16774**	**45%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise dos 45% (16774) das equipes que não utilizam o Telessaúde, 49,6% (8313) possuem o Telessaúde implantado na UBS e 50,4 % (8461) não possuem.

Tabela 72 - Telessaúde implantado nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Equipes que não utilizam e estão com o Telessaúde implantado na UBS				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	655	55,1%	533	44,9%	1188
Nordeste	3008	48,0%	3265	52,0%	6273
Norte	878	48,0%	953	52,0%	1831
Sudeste	3055	52,7%	2737	47,3%	5792
Sul	717	42,4%	973	57,6%	1690
Total	**8313**	**49,6%**	**8461**	**50,4%**	**16774**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Deste modo, partindo da análise que 45% (16774) das equipes não utilizam o Telessaúde e praticamente metade (49,6%) das UBS possuem esse recurso instalado, verificou-se no banco de dados que 85% (14286) das equipes apontaram as principais dificuldades pela não utilização, como o problema na conectividade (30%), seguido da infraestrutura (24%), falta de divulgação do programa (14%) e falta de tempo ou oportunidade (13%). Esses quatro principais problemas somam 81% das dificuldades no uso do Telessaúde.

Tabela 73 - Dificuldades para o uso do Telessaúde pelas equipes nas regiões do Brasil

Dificuldades para uso do Telessaúde	CO	%	NE	%	NO	%	SE	%	SU	%	Total	%
Problemas na infraestrutura	310	24%	1579	29%	425	25%	973	19%	182	14%	**3470**	**24%**
Problema de conectividade	336	26%	1992	37%	629	36%	1165	23%	203	15%	**4355**	**30%**
Falta de tempo ou oportunidade para utilização	150	12%	401	7%	100	6%	953	19%	272	20%	**1876**	**13%**
Dificuldades com o uso do computador	52	4%	202	4%	54	3%	135	3%	44	3%	**487**	**3%**
Ausência de qualificação no sistema/plataforma	99	8%	345	6%	140	8%	352	7%	168	13%	**1104**	**8%**
Dificuldade em acessar o sistema/plataforma	100	8%	342	6%	119	7%	383	8%	119	9%	**1063**	**7%**
Pouca divulgação do Programa	215	17%	457	8%	212	12%	826	16%	263	20%	**1974**	**14%**
A equipe não tem necessidade de acessar	22	2%	75	1%	33	2%	194	4%	72	5%	**396**	**3%**
Baixa qualificação das respostas	11	1%	30	1%	18	1%	28	1%	16	1%	**103**	**1%**
Total Geral	**1295**	**100%**	**5423**	**100%**	**1730**	**100%**	**5009**	**100%**	**1339**	**100%**	**14286**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação quanto a territorialização e população de referência da equipe de atenção básica no Brasil, 68% (25291) das equipes apresentaram o tamanho do território com população acima de 3500 pessoas, que é o máximo recomendado pela PNAB 2017. As regiões Nordeste e Norte possuem 76% e 70%, respectivamente das equipes com território adscrito acima de 3500 pessoas.

Tabela 74 - Tamanho do território de atuação das equipes de atenção básica nas regiões do Brasil

Região	Tamanho do painel da área adscrita da equipe				Total
	Acima 3500 pessoas	%	Abaixo 3500 pessoas	%	
Centro-Oeste	1564	60%	1062	40%	2626
Nordeste	10438	76%	3295	24%	13733
Norte	2079	70%	906	30%	2985
Sudeste	7701	63%	4546	37%	12247
Sul	3509	64%	1945	36%	5454
Total Geral	**25291**	**68%**	**11754**	**32%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Considerando a quantidade de pessoas sob a responsabilidade das equipes relatado pelos profissionais entrevistados no PMAQ AB (116.052.079), é possível identificar que cada equipe de atenção básica no Brasil possui em média 3.133 pessoas adscritas, com desvio padrão de 1778, apresentado pela dispersão e distanciamento dos dados de cadastro da média geral, com mínimo de 0 e máximo de 20.000 pessoas. A mediana das pessoas adscritas foi de 2.963, com intervalo do 1° quartil de 2.066 e 3° quartil de 3.800.

A maior média foi na região Sul com 3.504 pessoas, seguido das regiões Centro-Oeste com 3.354 pessoas, Sudeste com 3.346 pessoas, Nordeste com 2.991 pessoas e Norte com 2.784 pessoas, conforme apresentado na Tabela 75 e 76 abaixo:

Tabela 75 - Número de pessoas sob a responsabilidade das equipes de atenção básica nas regiões do Brasil

Região	Número de pessoas sob responsabilidade da equipe		
	Pessoas adscritas	Qtde equipes	Média pessoas por equipe
Centro-Oeste	8.808.125	2626	3354
Nordeste	38.227.480	13733	2784
Norte	8.927.721	2985	2991
Sudeste	40.979.386	12247	3346
Sul	19.109.367	5454	3504
Total Geral	**116.052.079**	**37045**	**3133**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 76 - Média de pessoas adscritas nas equipes de atenção básica nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2626	3354	1855	0,00	2000	2843	3850	20000
Nordeste	13733	2784	1535	0,00	2085	2971	3800	20000
Norte	2985	2991	1878	0,00	2066	2964	3800	20000
Sudeste	12247	3346	1635	0,00	2292	3080	3956	20000
Sul	5454	3504	2316	0,00	2100	3000	3951	20000
Total Geral	**37045**	**3133**	**1778**	**0,00**	**2066**	**2963**	**3800**	**20000**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto ao levantamento de áreas descobertas, 34% (12678) das equipes relataram que existe população descoberta pela AB no entorno do território de abrangência da equipe. A maior proporção de área descoberta foi encontrada nas regiões Centro-Oeste (55%) e Norte (52%).

Tabela 77 - Porcentagem de área descoberta pelas equipes de atenção básica nas regiões do Brasil

Região	Existe população descoberta pela AB no entorno do território da equipe				Total
	Sim	**%**	**Não**	**%**	
Centro-Oeste	1444	55%	1182	45%	2626
Nordeste	4788	35%	8945	65%	13733
Norte	1547	52%	1438	48%	2985
Sudeste	3252	27%	8995	73%	12247
Sul	1647	30%	3807	70%	5454
Total Geral	**12678**	**34%**	**24367**	**66%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise das equipes que possuem população descoberta, 66% (8379) destas relatam que atendem pessoas residentes fora da sua área de abrangência todos os dias da semana e 22% (2846) em alguns dias da semana. A maior porcentagem relativa ao atendimento fora da área de abrangência todos dias da semana concentra-se nas regiões Norte (78%), Centro-Oeste (71%) e Nordeste (67%). Os atendimentos de fora de área ocorreram todos os dias ou alguns dias da semana em mais de 84% das equipes que possuem população descoberta pela AB.

Tabela 78 - Frequência de atendimentos de pessoas fora de área pelas equipes de atenção básica nas regiões do Brasil

Região	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?							
	Todos os dias da semana	%	Alguns dias da semana	%	Raramente	%	Nenhum dia da semana	%
Centro-Oeste	1031	71%	269	19%	133	9%	11	1%
Nordeste	3190	67%	1119	23%	450	9%	29	1%
Norte	1200	78%	271	18%	71	5%	5	0%
Sudeste	2006	62%	767	24%	455	14%	24	1%
Sul	952	58%	420	26%	258	16%	17	1%
Total Geral	**8379**	**66%**	**2846**	**22%**	**1367**	**11%**	**86**	**1%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 39% (14408) das equipes de AB responderam que utilizam o Prontuário Eletrônico como ferramenta de gestão da assistência e cuidado em saúde, sendo que 61% (22637) informaram que registram as informações em ficha de papel. As regiões Sul e Centro-Oeste são as que mais possuem a quantidade relativa de equipes com prontuário eletrônico, 82% e 61% respectivamente. Em paralelo, as regiões Nordeste e Norte possuem a maior quantidade relativa de equipes que utilizam a ficha de papel para registro das informações assistenciais. Na região Sudeste ainda predomina o uso de ficha em papel em 57% das equipes de AB.

Tabela 79 - Quantidade de equipes com Prontuário Eletrônico nas regiões do Brasil

Região	Existe Prontuário Eletrônico				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1614	61%	1012	39%	2626
Nordeste	2355	17%	11378	83%	13733
Norte	697	23%	2288	77%	2985
Sudeste	5256	43%	6991	57%	12247
Sul	4486	82%	968	18%	5454
Total Geral	**14408**	**39%**	**22637**	**61%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Deste modo, ao analisar o tipo do Prontuário Eletrônico, 55% usam o sistema disponibilizado de forma gratuita pelo Governo Federal- eSUS AB, e 45% usam sistemas próprios ou terceirizados. A maior porcentagem relativa de uso do sistema eSUS AB pelas

equipes de AB estão nas regiões Norte (95%) e Nordeste (94%), em paralelo, o uso de sistema próprios ou terceirizados é maior nas regiões Sul (63%), Sudeste (57%) e Centro-Oeste (33%).

Tabela 80 - Quantidade de equipes com Prontuário Eletrônico nas regiões do Brasil

Região	Tipo do Prontuário Eletrônico				Total
	eSUS- AB	%	Próprio e/ou terceirizado	%	
Centro-Oeste	1074	67%	540	33%	1614
Nordeste	2218	94%	137	6%	2355
Norte	663	95%	34	5%	697
Sudeste	2263	43%	2993	57%	5256
Sul	1679	37%	2807	63%	4486
Total Geral	**7897**	**55%**	**6511**	**45%**	**14408**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação ao planejamento da equipe, 99,3% (36810) relataram que realizam reunião de equipe, sendo que 37% (13841) realiza com periodicidade semanal, 34% (12641) mensal, 22% (8260) quinzenal, 6% (2068) não possui periodicidade definida e 0,7% (235) não faz. As regiões Sudeste e Sul se destacam com 51% e 46% respectivamente das equipes com periodicidade semanal e as regiões Nordeste e Norte com 44% e 38% respectivamente com periodicidade mensal.

Tabela 81 - Periodicidade da reunião de equipe nas regiões do Brasil

Região	Periodicidade da reunião de equipe				Total
	Semanal	%	Quinzenal	%	
Centro-Oeste	780	30%	627	24%	2626
Nordeste	3347	24%	3777	28%	13733
Norte	923	31%	696	23%	2985
Sudeste	6278	51%	2127	17%	12247
Sul	2513	46%	1033	19%	5454
Total Geral	**13841**	**37%**	**8260**	**22%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 82 - Periodicidade da reunião de equipe nas regiões do Brasil

Região	Periodicidade da reunião de equipe				Total
	Mensal	%	Sem definição	%	
Centro-Oeste	978	37%	224	9%	2626
Nordeste	6077	44%	495	4%	13733
Norte	1123	38%	212	7%	2985
Sudeste	3008	25%	768	6%	12247
Sul	1455	27%	369	7%	5454
Total Geral	**12641**	**34%**	**2068**	**6%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a avaliação se a equipe realiza alguma atividade para ao planejamento de suas ações, no Brasil 45% (16752) das equipes responderam que realizam com periodicidade mensal, 22% (8322) semanal e 14% (5355) quinzenal. Em mais de 73% das equipes das regiões relataram que fazem reuniões de planejamento no mínimo com periodicidade igual ou menor que mensal.

Tabela 83 - Periodicidade da reunião de planejamento nas regiões do Brasil

(continua)

Periodicidade	CO	%	NE	%	NO	%
Semanal	547	21%	2179	16%	534	18%
Quinzenal	380	14%	2700	20%	502	17%
Mensal	1087	41%	7817	57%	1537	51%
Bimestral	44	2%	171	1%	59	2%
Trimestral	28	1%	173	1%	50	2%
Semestral	114	4%	217	2%	82	3%
Anual	314	12%	244	2%	69	2%
Não Faz	112	4%	232	2%	152	5%
Total	**2626**	**100%**	**13733**	**100%**	**2985**	**100%**

Tabela 83 - Periodicidade da reunião de planejamento nas regiões do Brasil

(conclusão)

Periodicidade	SE	%	SU	%	BR	%
Semanal	3345	27%	1717	31%	**8322**	22%
Quinzenal	1091	9%	682	13%	**5355**	14%
Mensal	4590	37%	1721	32%	**16752**	45%
Bimestral	183	1%	93	2%	**550**	1%
Trimestral	244	2%	115	2%	**610**	2%
Semestral	628	5%	246	5%	**1287**	3%
Anual	1642	13%	597	11%	**2866**	8%
Não Faz	524	4%	283	5%	**1303**	4%
Total	**12247**	**100%**	**5454**	**100%**	**37045**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.2 Subdimensão Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica

Essa subdimensão busca identificar como a equipe se organiza para realizar a marcação de consulta para cuidado continuado, como se faz agendamento na unidade de saúde e se o usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia.

No Brasil, quanto as possibilidades de os usuários agendarem uma consulta, geralmente 99,8% das equipes relataram que permitem que seja realizada de forma presencial. Quanto a possibilidade de agendamento por telefone, 62% das equipes não permitem essa forma de agendamento. Em relação a outros tipos de agendamento, 20% das equipes permitem agendamento por redes sociais e 4 % por site ou algum aplicativo específico. Nas regiões Sul (65%), Sudeste (45%) e Centro-Oeste (41%) existe a possibilidade de agendamento de consulta por telefone, com menor chance na região Norte (28%) e Nordeste (22%). Quanto aos outros tipos de agendamento, as regiões Nordeste (23%) e Sudeste (21%) possuem o maior número relativo de equipes que permitem agendamento por rede social e as regiões Sudeste (8%) e Sul (5%) o maior percentual para agendamento via site ou aplicativo específico.

Tabela 84 - Possibilidades para agendamento de consultas nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Possibilidades para o usuário agendar uma consulta							
	Presencialmente na unidade				Por telefone			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	2615	99,6%	11	0,4%	1086	41%	1540	59%
Nordeste	13707	99,8%	26	0,2%	3023	22%	10710	78%
Norte	2975	99,7%	10	0,3%	827	28%	2158	72%
Sudeste	12217	99,8%	30	0,2%	5525	45%	6722	55%
Sul	5449	99,9%	5	0,1%	3555	65%	1899	35%
Total Geral	**36963**	**99,8%**	**82**	**0,2%**	**14016**	**38%**	**23029**	**62%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 85 - Possibilidades para agendamento de consultas nas UBS nas regiões do Brasil

Região	Possibilidades para o usuário agendar uma consulta							
	Por redes sociais				Por site ou aplicativo específico			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	388	15%	2238	85%	24	1%	2602	99%
Nordeste	3143	23%	10590	77%	74	1%	13659	99%
Norte	510	17%	2475	83%	9	0%	2976	100%
Sudeste	2577	21%	9670	79%	1035	8%	11212	92%
Sul	891	16%	4563	84%	248	5%	5206	95%
Total Geral	**7509**	**20%**	**29536**	**80%**	**1390**	**4%**	**35655**	**96%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar as formas de marcação de consultas de cuidado continuado no Brasil, o entrevistado poderia apontar mais de uma forma de marcação. No geral, 89% das equipes relataram que a próxima consulta é marcada no final da consulta anterior, 46% a consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário, 50% a próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS e agendada posteriormente, 29% é solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio) e 9% necessita que no dia da consulta o usuário fique na fila para pegar senha de atendimento, conforme apresentado na Tabela 85, 86 e 87.

Tabela 86 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado no Brasil

Forma de marcação de consultas de cuidado continuado	Brasil			
	Sim	%	Não	%
A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior	33032	89%	4013	11%
A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário	17127	46%	19918	54%
A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	18580	50%	18465	50%
É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio)	10773	29%	26272	71%
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	3513	9%	33532	91%

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 87 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado nas regiões do Brasil

Forma de marcação de consultas de cuidado continuado	CO		NE		NO		SE		SU	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior	2257	369	12454	1279	2664	321	10885	1362	4772	682
A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário	849	1777	5265	8468	1004	1981	7318	4929	2691	2763
A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	1173	1453	6087	7646	1207	1778	6556	5691	3557	1897
É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio)	723	1903	4656	9077	909	2076	2693	9554	1792	3662
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	229	2397	1522	12211	279	2706	631	11616	852	4602

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 88 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado nas regiões do Brasil

Forma de marcação de consultas de cuidado continuado	CO		NE		NO		SE		SU	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior	86%	14%	91%	9%	89%	11%	89%	11%	87%	13%
A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário	32%	68%	38%	62%	34%	66%	60%	40%	49%	51%
A próxima consulta é marcada pelo usuário na UBS (agendada posteriormente)	45%	55%	44%	56%	40%	60%	54%	46%	65%	35%
É solicitado ao usuário que para a próxima consulta venha a UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio)	28%	72%	34%	66%	30%	70%	22%	78%	33%	67%
No dia da consulta é preciso ficar na fila e pegar senha para o atendimento	9%	91%	11%	89%	9%	91%	5%	95%	16%	84%

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação ao acolhimento de cuidado continuado, 93% (34478) das equipes relataram que o usuário sai da unidade com a consulta marcada, devido que não houve necessidade de atendimento no mesmo dia. A menor porcentagem de não agendamento encontra-se na região Centro-Oeste com 12% (313).

Tabela 89 - Formas de marcação de consultas de cuidado continuado nas regiões do Brasil

Região	O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2313	88%	313	12%	2626
Nordeste	12834	93%	899	7%	13733
Norte	2718	91%	267	9%	2985
Sudeste	11664	95%	583	5%	12247
Sul	4949	91%	505	9%	5454
Total Geral	**34478**	**93%**	**2567**	**7%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise da realização de avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses, no Brasil 71% (26258) relataram ter feito o estudo. A região Norte apresenta a maior porcentagem relativa com 44% (1321) das equipes que não fizeram estudo de demanda espontânea.

Tabela 90 - Estudo da demanda espontânea nas regiões do Brasil

Região	A equipe realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1817	69%	809	31%	2626
Nordeste	10386	76%	3347	24%	13733
Norte	1664	56%	1321	44%	2985
Sudeste	8768	72%	3479	28%	12247
Sul	3623	66%	1831	34%	5454
Total Geral	**26258**	**71%**	**10787**	**29%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.3 Subdimensão acolhimento à demanda espontânea

Essa subdimensão busca identificar os fluxos de acolhimento à demanda espontânea utilizados pela equipe, as ações realizadas na demanda espontânea, o uso de protocolos para a conduta dos atendimentos à demanda espontânea e o acesso do usuário para atendimento de suas necessidades de saúde.

No Brasil, 99,1% (36721) relataram que realizam acolhimento à demanda espontânea na UBS e esse padrão é seguido em todas regiões do país, conforme apresentado na Tabela 89 abaixo:

Tabela 91 - Acolhimento da demanda espontânea nas regiões do Brasil

Região	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?			
	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	2613	99,5%	13	0,5%
Nordeste	13568	98,8%	165	1,2%
Norte	2932	98,2%	53	1,8%
Sudeste	12194	98,1%	53	0,4%
Sul	5414	99,3%	40	0,7%
Total Geral	**36721**	**99,1%**	**324**	**0,9%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Sobre os principais fluxos para o acolhimento à demanda espontânea no Brasil, considerando que o entrevistado poderia marcar mais de uma alternativa, 75% (27378) das equipes disseram que o usuário não precisa chegar cedo e ficar na fila para pega ficha ou senha, 74% (27285) disseram que o usuário é atendido por ordem de chegada e 95% (34910) disseram que a equipe identifica pessoas com maior risco ou vulnerabilidade.

Tabela 92 - Principais fluxos para o acolhimento à demanda espontânea nas regiões do Brasil

Região	**Principais fluxos para o acolhimento à demanda espontânea**											
	O usuário chega cedo e ficar na fila para pegar ficha/senha				O usuário é atendido por ordem de chegada				A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade			
	Sim	**%**	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Não**	**%**
Centro-Oeste	687	26%	1926	74%	1922	74%	691	26%	2424	93%	189	7%
Nordeste	3708	27%	9860	73%	10352	76%	3216	24%	13056	96%	512	4%
Norte	872	30%	2060	70%	2250	77%	682	23%	2665	91%	267	9%
Sudeste	1890	15%	10304	85%	8580	70%	3614	30%	11537	95%	657	5%
Sul	2186	40%	3228	60%	4181	77%	1233	23%	5228	97%	186	3%
Total Geral	**9343**	**25%**	**27378**	**75%**	**27285**	**74%**	**9436**	**26%**	**34910**	**95%**	**1811**	**5%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto as estratégias utilizadas no acolhimento à demanda espontânea no Brasil, 95% das equipes relatam que realizam atendimento de urgência, 94% realizam renovação de receitas de medicamentos e 98% realizam avaliação de risco e vulnerabilidade dos casos. A região Norte apresenta destaque em relação outras regiões na porcentagem comparada, em que 14% (413) das equipes relatam não realizar atendimento de urgência. Nas regiões Sudeste (9%) e Sul (8%) das equipes relataram não realizar renovação de receitas no atendimento à demanda espontânea.

Tabela 93 - Estratégias utilizadas no acolhimento à demanda espontânea nas regiões do Brasil

Região	**A equipe realiza no atendimento à demanda espontânea**											
	Atendimento de urgência				**Renovação de receitas de medicamentos**				**Avaliação de risco e vulnerabilidade**			
	Sim	**%**	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Não**	**%**
Centro-Oeste	2474	95%	139	5%	2485	95%	128	5%	2555	98%	58	2%
Nordeste	13083	96%	485	4%	13262	98%	306	2%	13332	98%	236	2%
Norte	2519	86%	413	14%	2834	97%	98	3%	2789	95%	143	5%
Sudeste	11566	95%	628	5%	11070	91%	1124	9%	11909	98%	285	2%
Sul	5253	97%	161	3%	4991	92%	423	8%	5345	99%	69	1%
Total Geral	**34895**	**95%**	**1826**	**5%**	**34642**	**94%**	**2079**	**6%**	**35930**	**98%**	**791**	**2%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da utilização de protocolos no acolhimento à demanda espontânea, 77% das equipes responderam que possuem protocolos/ critérios para orientação das condutas, com destaque inferior à média nacional para as regiões Norte com 50% e Centro-Oeste com 73% das equipes sem protocolo.

Tabela 94 - Utilização de protocolos no acolhimento à demanda espontânea nas regiões do Brasil

Região	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1904	73%	722	27%	2626
Nordeste	10595	77%	3138	23%	13733
Norte	1495	50%	1490	50%	2985
Sudeste	10280	84%	1967	16%	12247
Sul	4366	80%	1088	20%	5454
Total Geral	**28640**	**77%**	**8405**	**23%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto as estratégias utilizadas para o acesso fácil do usuário na UBS, 99% das equipes responderam que utilizam estratégias como facilidade aos usuários para buscar e mostrar resultados de exames ou sanar dúvidas pós consulta.

Tabela 95 - Estratégias de acesso ao usuário pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Fácil acesso ao usuário para:							
	Buscar e mostrar resultados de exames				Sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	2498	96%	128	5%	2544	97%	82	3%
Nordeste	13512	100%	221	2%	13566	100%	167	1%
Norte	2839	97%	146	5%	2910	99%	75	3%
Sudeste	12050	99%	197	2%	12077	99%	170	1%
Sul	5323	98%	131	2%	5352	99%	102	2%
Total Geral	**36222**	**99%**	**823**	**2%**	**36449**	**99%**	**596**	**2%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.4 Subdimensão oferta de serviços

Essa subdimensão busca identificar a organização das equipes para coleta ou a realização de alguns tipos de exames e procedimentos no âmbito da atenção básica.

No Brasil, 63% (23173) das equipes de AB realizam coleta de exames na UBS. As regiões Sudeste e Centro-Oeste possui 76% e 73% de suas equipes com realização da coleta nas UBS. As regiões Norte e região Nordeste possui 53% e 48% de suas equipes sem realização de coleta de exames na unidade.

Tabela 96 - Equipes que ofertam coleta de exames nas regiões do Brasil

Região	A equipe coleta exames na unidade				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1914	73%	712	27%	2626
Nordeste	7116	52%	6617	48%	13733
Norte	1391	47%	1594	53%	2985
Sudeste	9305	76%	2942	24%	12247
Sul	3447	63%	2007	37%	5454
Total Geral	**23173**	**63%**	**13872**	**37%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação aos tipos de exames básicos coletados, 74% (17158) fazem coleta de exames de sangue, 63% (14654) de exames de urina e 58% (13382) de exames de fezes no Brasil. As regiões Norte e Nordeste permanece com a menor porcentagem relativa de coleta em todos os tipos de exames.

Tabela 97 - Tipos de exames coletados pelas equipes de AB nas UBS das regiões do Brasil

Região	Exames coletados/realizados na unidade											
	Exames de sangue				Exames de urina				Exames de fezes			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	1580	83%	334	17%	735	38%	1179	62%	632	33%	1282	67%
Nordeste	4763	67%	2353	33%	3964	56%	3152	44%	3660	51%	3456	49%
Norte	741	53%	650	47%	661	48%	730	52%	633	46%	758	54%
Sudeste	7752	83%	1553	17%	7293	78%	2012	22%	7048	76%	2257	24%
Sul	2322	67%	1125	33%	2001	58%	1446	42%	1409	41%	2038	59%
Total Geral	**17158**	**74%**	**6015**	**26%**	**14654**	**63%**	**8519**	**37%**	**13382**	**58%**	**9791**	**42%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das equipes de AB que realizam o exame de eletrocardiograma na UBS, no Brasil 64% (23173) das equipes não realizam esse exame nas unidades. As regiões Norte (86%), Centro-Oeste (85%) e a região Nordeste (82%) possuem a maior quantidade de equipes nas suas regiões que não realizam o eletrocardiograma na UBS. A região Sul apresentou 65% e a região Sudeste a menor porcentagem de 43% em relação suas equipes de atenção básica que não realizam esse tipo de exame.

Tabela 98 - Equipes de AB que realizam Eletrocardiograma nas regiões do Brasil

Região	Exames realizados na unidade				Total
	Eletrocardiograma				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	291	15%	1623	85%	1914
Nordeste	1257	18%	5859	82%	7116
Norte	198	14%	1193	86%	1391
Sudeste	5282	57%	4023	43%	9305
Sul	1223	35%	2224	65%	3447
Total Geral	**8251**	**36%**	**14922**	**64%**	**23173**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Nessa subdimensão também foi avaliado os procedimentos realizados pelas equipes de atenção básica na sua UBS, sendo que no Brasil, 66% (24506) das equipes relataram que realizam drenagem de abscesso e 57% sutura de ferimentos. As regiões com menor porcentagem relativa da realização destes procedimentos quando comparado com o resultado nacional foram as regiões Norte com 41% e região Sudeste com 38% quanto a drenagem de abcesso, e as regiões Sudeste (53%) e Norte (50%) quanto a sutura de ferimentos.

Tabela 99 - Equipes de AB que realizam drenagem de abscesso e sutura de ferimentos nas regiões do Brasil

Região	Procedimentos realizados pelas equipes								Total
	Drenagem de abcesso				Sutura de ferimentos				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1871	71%	755	29%	1583	60%	1043	40%	2626
Nordeste	9255	67%	4478	33%	8913	65%	4820	35%	13733
Norte	1758	59%	1227	41%	1507	50%	1478	50%	2985
Sudeste	7543	62%	4704	38%	5703	47%	6544	53%	12247
Sul	4079	75%	1375	25%	3525	65%	1929	35%	5454
Total Geral	**24506**	**66%**	**12539**	**34%**	**21231**	**57%**	**15814**	**43%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a realização de retirada de pontos e lavagem de ouvido pelas equipes de AB no Brasil, 98% (36318) das equipes relataram que realizam retirada de pontos e 76% (28199) lavagem de ouvido. As regiões com menor porcentagem relativa da realização destes procedimentos quando comparado com o resultado nacional foram as regiões Norte com 33% e Sudeste com 29% quanto a lavagem de ouvido. O padrão nacional é mantido nas regiões quanto a retirada de pontos (98%), exceto na região Norte com 94%.

Tabela 100 - Equipes de AB que realizam retirada de pontos e lavagem de ouvido nas regiões do Brasil

Região	Procedimentos realizados pelas equipes								Total
	Retirada de pontos				Lavagem de ouvido				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2591	99%	35	1%	2228	85%	398	15%	2626
Nordeste	13538	99%	195	1%	10452	76%	3281	24%	13733
Norte	2804	94%	181	6%	1987	67%	998	33%	2985
Sudeste	11985	98%	262	2%	8732	71%	3515	29%	12247
Sul	5400	99%	54	1%	4800	88%	654	12%	5454
Total Geral	**36318**	**98%**	**727**	**2%**	**28199**	**76%**	**8846**	**24%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a realização extração de unha e curativos pelas equipes de AB no Brasil, 52% (19087) das equipes relataram que realizam extração de unha e 98% (36292) a realização de curativos. As regiões com menor porcentagem relativa da realização destes procedimentos quando comparado com o resultado nacional foram as regiões Norte com 50% e Sudeste com 61% quanto a extração de unha. O padrão nacional é mantido nas regiões quanto a realização de curativos (98%), exceto na região Norte com 94%.

Tabela 101 - Equipes de AB que realizam procedimentos de extração de unha e curativos nas regiões do Brasil

Região	Procedimentos realizados pelas equipes								Total
	Extração de Unha				Curativos				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1547	59%	1079	41%	2582	98%	44	2%	2626
Nordeste	8078	59%	5655	41%	13548	99%	185	1%	13733
Norte	1498	50%	1487	50%	2814	94%	171	6%	2985
Sudeste	4815	39%	7432	61%	11944	98%	303	2%	12247
Sul	3149	58%	2305	42%	5404	99%	50	1%	5454
Total Geral	**19087**	**52%**	**17958**	**48%**	**36292**	**98%**	**753**	**2%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° cic.

Quanto a realização de nebulização e inalação pelas equipes de AB no Brasil, 93% (34603) das equipes relataram que realizam esse procedimento. As regiões com menor porcentagem relativa da realização deste procedimento quando comparado com o resultado nacional foram as regiões Norte com 12%, Centro-Oeste com 12% e região Sudeste com 8%.

Tabela 102 - Equipes de AB que realizam nebulização e inalação nas regiões do Brasil

Região	Procedimentos realizados pelas equipes				Total
	Nebulização/Inalação				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2310	88%	316	12%	2626
Nordeste	13051	95%	682	5%	13733
Norte	2626	88%	359	12%	2985
Sudeste	11325	92%	922	8%	12247
Sul	5291	97%	163	3%	5454
Total Geral	**34603**	**93%**	**2442**	**7%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a realização de medicações injetáveis pelas equipes de AB no Brasil, 89% (32854) das equipes relataram que realizam aplicação de medicações injetáveis endovenosas e 98% (36443) a realização de medicações injetáveis intramuscular. As regiões com menor porcentagem relativa da realização destes procedimentos quando comparado com o resultado nacional foram as regiões Norte com 15% e região Sudeste com 16% quanto a aplicação de medicações injetáveis endovenosas. O padrão nacional é mantido nas regiões quanto a aplicação de medicações injetáveis intramuscular.

Tabela 103 - Equipes de AB que realizam medicações injetáveis nas regiões do Brasil

Região	Procedimentos realizados pelas equipes								Total
	Medicações injetáveis endovenosa				Medicações injetáveis intramuscular				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2424	92%	202	8%	2568	98%	58	2%	2626
Nordeste	12485	91%	1248	9%	13541	99%	192	1%	13733
Norte	2538	85%	447	15%	2852	96%	133	4%	2985
Sudeste	10244	84%	2003	16%	12079	99%	168	1%	12247
Sul	5163	95%	291	5%	5403	99%	51	1%	5454
Total Geral	**32854**	**89%**	**4191**	**11%**	**36443**	**98%**	**602**	**2%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a inserção de DIU pelas equipes de AB no Brasil, 79% (29342) das equipes relataram que não realizam a inserção de DIU nas UBS. As regiões Norte (93%), Centro-Oeste (90%) e Nordeste (85%) possuem as maiores porcentagens relativas de equipes que não fazem a inserção do DIU na AB. As regiões Sul (71%) e Sudeste (70%) mantem uma porcentagem abaixo da média nacional, mas é evidente a elevada quantidade de equipes que não ofertam e realizam esse procedimento.

Tabela 104 - Equipes de AB que realizam inserção de DIU nas regiões do Brasil

Região	Procedimentos realizados pelas equipes				Total
	A equipe realiza inserção de DIU				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	253	10%	2373	90%	2626
Nordeste	2009	15%	11724	85%	13733
Norte	198	7%	2787	93%	2985
Sudeste	3675	30%	8572	70%	12247
Sul	1568	29%	3886	71%	5454
Total Geral	**7703**	**21%**	**29342**	**79%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.5 Subdimensão coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade

Essa subdimensão pretende avaliar os fluxos da rede, organização e articulação da atenção básica com a central de regulação no município e as formas de encaminhamento para o serviço especializado.

Analisou-se a relação da AB com outros pontos de atenção da rede de saúde, e ao verificar os fluxos de comunicação da AB com os serviços de atenção especializada, no Brasil evidenciou-se que 89% (33131) das equipes possuem algum canal de comunicação e 11% (3914) relataram que não utilizam nenhum canal.

Ao verificar os tipos de canais de comunicação utilizados, sendo que os entrevistados poderiam responder mais de um tipo de canal, 46% (15359) das equipes relataram realizar reuniões técnicas com os especialistas da rede, 62% (20407) disseram que utilizaram o meio eletrônico (email, aplicativo WhatsApp, etc), 13% (4270) por teleconferência, 25% (8255) por meio do telessaúde, 22% (7149) via Prontuário Eletrônico, 88% (29213) utilizaram fichas de papel de referência e contrarreferência e 74% fizeram ou utilizaram o contato telefônico.

As reuniões técnicas com especialistas e a comunicação eletrônica são mais evidentes nas regiões Sudeste e Sul com 51% e 47% respectivamente para reuniões técnicas e 63% e 71% respectivamente para a comunicação eletrônica, conforme apresentado na Tabela 105 abaixo:

Tabela 105 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Fluxo de comunicação da AB com a Atenção Especializada								Total
	Reuniões técnicas com os especialistas da rede				Comunicação eletrônica (e-mail, whatsapp, etc)				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	840	37%	1411	63%	1293	57%	958	43%	**2251**
Nordeste	5477	45%	6651	55%	7030	58%	5098	42%	**12128**
Norte	879	38%	1434	62%	1311	57%	1002	43%	**2313**
Sudeste	5828	51%	5616	49%	7216	63%	4228	37%	**11444**
Sul	2335	47%	2660	53%	3557	71%	1438	29%	**4995**
Total Geral	**15359**	**46%**	**17772**	**54%**	**20407**	**62%**	**12724**	**38%**	**33131**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

A comunicação via teleconferência e telessaúde são mais evidentes nas regiões Sul e Nordeste, com 19% e 13% respectivamente para teleconferências e 39% e 25% respectivamente para telessaúde, conforme apresentado na Tabela 106 abaixo:

Tabela 106 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Fluxo de comunicação da AB com a Atenção Especializada								Total
	Teleconferência				Telessaúde				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	219	10%	2032	90%	437	19%	1814	81%	**2251**
Nordeste	1617	13%	10511	87%	3014	25%	9114	75%	**12128**
Norte	260	11%	2053	89%	420	18%	1893	82%	**2313**
Sudeste	1220	11%	10224	89%	2429	21%	9015	79%	**11444**
Sul	954	19%	4041	81%	1955	39%	3040	61%	**4995**
Total Geral	**4270**	**13%**	**28861**	**87%**	**8255**	**25%**	**24876**	**75%**	**33131**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

A comunicação da AB com a atenção especializada via prontuário eletrônico são mais evidentes nas regiões Sul e Centro-Oeste, com 53% e 34% respectivamente. Em relação ao uso de ficha de papel para referência e contrarreferência, evidenciou-se que de alguma forma, todas

as regiões utilizam desse meio para comunicação, sendo que todas regiões seguem o padrão nacional, conforme apresentado na Tabela 107 abaixo:

Tabela 107 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Fluxo de comunicação da AB com a Atenção Especializada								Total
	Prontuário eletrônico				Ficha de referência/contrarreferência				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	759	34%	1492	66%	1813	81%	438	19%	**2251**
Nordeste	1040	9%	11088	91%	10842	89%	1286	11%	**12128**
Norte	282	12%	2031	88%	2014	87%	299	13%	**2313**
Sudeste	2422	21%	9022	79%	10256	90%	1188	10%	**11444**
Sul	2646	53%	2349	47%	4288	86%	707	14%	**4995**
Total Geral	**7149**	**22%**	**25982**	**78%**	**29213**	**88%**	**3918**	**12%**	**33131**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

A comunicação dos serviços via contato telefônico é mais evidente nas regiões Sul e Sudeste, com 84% e 77% respectivamente. A região Norte apresentou a maior porcentagem relativa de suas equipes que não possuem fluxo definido da AB com a atenção especializada (23%), conforme apresentado na Tabela 106 abaixo:

Tabela 108 - Fluxo de comunicação da AB com atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Fluxo de comunicação da AB com a Atenção Especializada					
	Contato telefônico				Não possui fluxo definido	
	Sim	%	Não	%	n	%
Centro-Oeste	1643	73%	608	27%	375	14%
Nordeste	8274	68%	3854	32%	1605	12%
Norte	1510	65%	803	35%	672	23%
Sudeste	8830	77%	2614	23%	803	7%
Sul	4178	84%	817	16%	459	8%
Total Geral	**24435**	**74%**	**8696**	**26%**	**3914**	**11%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto as formas de encaminhamento da AB para Atenção Especializada, considerando que o entrevistado poderia responder mais de uma alternativa, 41%(15083) das equipes no Brasil relataram que a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário, 70% (26074) informaram que a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário, 41% (15126) relataram que a consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas, 56% (20588) relataram

que o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe e 5% (1887) informaram que o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado. A predominância nas regiões Sudeste e Sul foi a forma de encaminhamento em que a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário, com 84% e 77% respectivamente. Na região Nordeste, Centro-Oeste e Norte a predominância foi em dois modos de encaminhamento de uma forma geral, na qual a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário e o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe, conforme apresentado nas Tabelas 109, 110 e 111:

Tabela 109 - Formas de encaminhamento da AB para atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Formas de encaminhamento da AB para Atenção Especializada								Total
	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário				A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	931	35%	1695	65%	1465	56%	1161	44%	2626
Nordeste	4237	31%	9496	69%	8272	60%	5461	40%	13733
Norte	677	23%	2308	77%	1797	60%	1188	40%	2985
Sudeste	6150	50%	6097	50%	10315	84%	1932	16%	12247
Sul	3088	57%	2366	43%	4225	77%	1229	23%	5454
Total Geral	**15083**	**41%**	**21962**	**59%**	**26074**	**70%**	**10971**	**30%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 110 - Formas de encaminhamento da AB para atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Formas de encaminhamento da AB para Atenção Especializada								Total
	A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas				O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	984	37%	1642	63%	1539	59%	1087	41%	2626
Nordeste	7147	52%	6586	48%	8549	62%	5184	38%	13733
Norte	971	33%	2014	67%	1810	61%	1175	39%	2985
Sudeste	3951	32%	8296	68%	5818	48%	6429	52%	12247
Sul	2073	38%	3381	62%	2872	53%	2582	47%	5454
Total Geral	**15126**	**41%**	**21919**	**59%**	**20588**	**56%**	**16457**	**44%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 111 - Formas de encaminhamento da AB para atenção especializada nas regiões do Brasil

Região	Formas de encaminhamento da AB para Atenção Especializada								Total
	O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado				Não há percurso definido				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	167	6%	2459	94%	5	0%	2621	100%	2626
Nordeste	838	6%	12895	94%	28	0%	13705	100%	13733
Norte	203	7%	2782	93%	10	0%	2975	100%	2985
Sudeste	377	3%	11870	97%	11	0%	12236	100%	12247
Sul	302	6%	5152	94%	11	0%	5443	100%	5454
Total Geral	**1887**	**5%**	**35158**	**95%**	**65**	**0%**	**36980**	**100%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No estudo de Souza et al (2017), no estudo de mais de 17 mil equipes de AB participantes do primeiro ciclo do PMAQ AB, concluíram que os itens que apoiam na coordenação do cuidado são a existência de telefone, internet, fluxos institucionais de comunicação e ações de apoio matricial. A capacidade de fornecer informações e a freqüência de contato entre pacientes e profissionais de saúde são elementos importantes para um atendimento abrangente, contínuo e de alta qualidade.

4.4.2.6 Subdimensão saúde da mulher e da criança

Essa subdimensão avalia o registro de mulheres com exame citopatológico atrasado, a utilização de protocolo para rastreamento de câncer de colo de útero e mama, a realização de busca ativa em casos de citopatológico e exames de mama alterados ou atrasados, o recebimento do exame VDRL (sigla em inglês de *Venereal Disease Research Laboratory*, exame que detecta a sífilis) em tempo oportuno para acompanhamento da gestante, a prestação de atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco, realização de consulta de puerpério até uma semana após o parto, existência da aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde, realização da consulta de puericultura nas crianças de até dois anos, acompanhamento de casos de violência familiar, realização de busca ativa das crianças prematuras, com baixo peso, com consulta de puericultura atrasada e com calendário vacinal atrasado.

No Brasil, 96% (35723) das equipes de atenção básica informaram que realizam atividades de planejamento familiar. A menor porcentagem relativa comparada com a média

nacional de não realização do planejamento familiar foram nas regiões Centro-Oeste (7%), Sudeste (6%) e Sul (5%).

Tabela 112 - Equipes de atenção básica que realizam planejamento familiar nas regiões do Brasil

Região	Equipe realiza planejamento familiar				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2451	93%	175	7%	2626
Nordeste	13617	99%	116	1%	13733
Norte	2887	97%	98	3%	2985
Sudeste	11573	94%	674	6%	12247
Sul	5195	95%	259	5%	5454
Total Geral	**35723**	**96%**	**1322**	**4%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da atenção ao câncer de colo de útero, 96% (35485) das equipes de atenção básica no Brasil disseram e comprovaram que realizam coleta do exame citopatológico na UBS, sendo que na região Norte é evidenciada a menor porcentagem relativa de realização da coleta desse exame (88%). Na verificação das equipes de AB que possuem o registro de mulheres com exames citopatológicos alterados, 80% das equipes no Brasil possuem o registro. A região Norte apresentou 65% de registro dos exames alterados e a região Nordeste com 76%, sendo as duas regiões com menores porcentagens relativas a quantidade de equipes.

Tabela 113 - Atenção ao Câncer de Colo de Útero realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção ao Câncer de Colo de Útero								Total
	Realiza a coleta do exame citopatológico na UBS				Possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2527	96%	99	4%	2190	83%	436	17%	2626
Nordeste	13114	95%	619	5%	10417	76%	3316	24%	13733
Norte	2637	88%	348	12%	1934	65%	1051	35%	2985
Sudeste	11866	97%	381	3%	10343	84%	1904	16%	12247
Sul	5341	98%	113	2%	4796	88%	658	12%	5454
Total Geral	**35485**	**96%**	**1560**	**4%**	**29680**	**80%**	**7365**	**20%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação do registro de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico, 66% (24431) das equipes de AB informaram e comprovaram que possuem esse registro no Brasil. Comparado com a média nacional, as regiões Norte (55%) e a região Centro-Oeste (39%) apresentaram a maior quantidade de equipes que relataram que não realizam o registro de mulheres com coleta de exame citopatológico atrasado.

Tabela 114 - Atenção ao Câncer de Colo de Útero realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção ao Câncer de Colo de Útero				Total
	A equipe possui registro de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1607	61%	1019	39%	2626
Nordeste	9306	68%	4427	32%	13733
Norte	1354	45%	1631	55%	2985
Sudeste	8397	69%	3850	31%	12247
Sul	3767	69%	1687	31%	5454
Total Geral	**24431**	**66%**	**12614**	**34%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação do registro de mulheres com mamografia e/ou ultrassom mamária alterado, 62% (22949) das equipes de AB informaram e comprovaram que possuem esse registro no Brasil. Comparado com a média nacional, a região Norte (66%), a região Centro-Oeste (44%) e a região Nordeste (41%) apresentaram a maior quantidade de equipes que relataram que não realizam o registro de mulheres com mamografia e/ou ultrassom mamária alterado.

Tabela 115 - Atenção ao Câncer de Mama realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção ao Câncer de Mama				Total
	A equipe possui registro de mulheres com mamografia e/ou ultrassom mamária alterado				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1476	56%	1150	44%	2626
Nordeste	8152	59%	5581	41%	13733
Norte	1015	34%	1970	66%	2985
Sudeste	8488	69%	3759	31%	12247
Sul	3818	70%	1636	30%	5454
Total Geral	**22949**	**62%**	**14096**	**38%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação a realização de busca ativa pelas equipes de AB no cuidado da atenção ao câncer de útero e mama no Brasil, 97% relataram que realizam busca ativa de citopatológico alterado, 86% relataram que realizam busca ativa de citopatológico atrasado, 88% relataram que realizam busca ativa de exames de ultrassom mamária e mamografia de mama alterado e 2% relataram que não faz nenhuma busca ativa.

Tabela 116 - Busca ativa em Atenção ao Câncer de Útero e Mama realizado pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Equipe realiza busca ativa nos casos de:													
	Citopatológico alterado				Citopatológico atrasado				Exames (USG mamária e Mamografia) de mama alterado				Não Faz	
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%
Centro-Oeste	2500	95%	126	5%	2087	79%	539	21%	2101	80%	525	20%	102	4%
Nordeste	13251	96%	482	4%	12500	91%	1233	9%	12319	90%	1414	10%	327	2%
Norte	2763	93%	222	7%	2332	78%	653	22%	2196	74%	789	26%	162	5%
Sudeste	11990	98%	257	2%	10546	86%	1701	14%	11089	91%	1158	9%	154	1%
Sul	5364	98%	90	2%	4515	83%	939	17%	4889	90%	565	10%	56	1%
Total Geral	**35868**	**97%**	**1177**	**3%**	**31980**	**86%**	**5065**	**14%**	**32594**	**88%**	**4451**	**12%**	**801**	**2%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a atenção ao pré-natal, 96% (35481) das equipes de AB relataram e comprovaram que realizam consulta de pré-natal, sendo que esse padrão médio se mantém em todas regiões do país. Ao analisar as equipes que possuem o registro de gestantes de alto risco na AB, 81% (30009) relataram que possuem esse registro. As regiões Norte (33%) e Centro-Oeste (26%) possuem a maior porcentagem relativa de equipes que não possuem o registro de gestantes de alto risco.

Tabela 117 - Consulta de pré-natal e registro de gestantes de alto risco nas regiões do Brasil

Região	Atenção ao Pré-natal e Puerpério								Total
	Realiza consulta de pré-natal				Possui registro de gestantes de alto risco				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2530	96%	96	4%	1955	74%	671	26%	2626
Nordeste	13393	98%	340	2%	11069	81%	2664	19%	13733
Norte	2867	96%	118	4%	1997	67%	988	33%	2985
Sudeste	11563	94%	684	6%	10262	84%	1985	16%	12247
Sul	5128	94%	326	6%	4726	87%	728	13%	5454
Total Geral	**35481**	**96%**	**1564**	**4%**	**30009**	**81%**	**7036**	**19%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise das equipes de AB que recebem o exame de VDRL das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias, no Brasil 95% (35328) das equipes responderam que recebem o exame em tempo oportuno. Comparado com a média nacional, 8% na região Norte, 6 % na região Sudeste e 5% na região Sul das equipes relataram que não recebem o exame em tempo oportuno.

Tabela 118 - Equipes de AB que recebem o exame de VDRL das gestantes em tempo oportuno nas regiões do Brasil

Região	Atenção ao Pré-natal e Puerpério				Total
	Recebe o exame VDRL das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2551	97%	75	3%	2626
Nordeste	13279	97%	454	3%	13733
Norte	2757	92%	228	8%	2985
Sudeste	11553	94%	694	6%	12247
Sul	5188	95%	266	5%	5454
Total Geral	**35328**	**95%**	**1074**	**3%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico ou enfermeiro da equipe de AB, no Brasil 77% (28542) das equipes de AB responderam que realizam a consulta em até uma semana e 23% (8503) responderam que não realizam.

Tabela 119 - Equipes de AB que realizam consulta de puerpério até uma semana após o parto nas regiões do Brasil

Região	Atenção ao Pré-natal e Puerpério				Total
	Consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2425	92%	201	8%	2626
Nordeste	13112	95%	621	5%	13733
Norte	2697	90%	288	10%	2985
Sudeste	10843	89%	1404	11%	12247
Sul	4952	91%	502	9%	5454
Total Geral	**28542**	**77%**	**8503**	**23%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise das equipes de AB que realizam aplicação de penicilina G benzatina nas UBS, no Brasil 77% (28542) relataram que realizam a aplicação na UBS e 23% (8503) relataram que não realizam a aplicação na UBS. A região Sudeste (29%) e a região Nordeste (24%) possuem a maior porcentagem relativa de equipes de AB que relataram não realizarem aplicação de penicilina G benzatina nas UBS.

Tabela 120 - Equipes de AB que realizam aplicação de penicilina G benzatina nas UBS das regiões do Brasil

Região	Atenção ao Pré-natal e Puerpério				Total
	Realizada aplicação da penicilina G benzatina na UBS				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2173	83%	453	17%	2626
Nordeste	10494	76%	3239	24%	13733
Norte	2489	83%	496	17%	2985
Sudeste	8652	71%	3595	29%	12247
Sul	4734	87%	720	13%	5454
Total Geral	**28542**	**77%**	**8503**	**23%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto o cuidado de crianças desde o nascimento até os dois anos de vida realizado pelas equipes de AB no Brasil, 98% (36271) relataram que realizam consulta de puericultura e 91% (33568) relataram que utilizam protocolos voltados para atenção as crianças menores de dois anos. As regiões Norte (18%), Centro-Oeste (13%) e a região Sul (11%) possuem a maior porcentagem relativa comparado com a média nacional de não utilização de protocolos voltados para atenção as crianças menores de dois anos.

Tabela 121 - Atenção às crianças desde o nascimento até os dois anos de vida nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida								Total
	Realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos				Utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2555	97%	71	3%	2296	87%	330	13%	2626
Nordeste	13644	99%	89	1%	12662	92%	1071	8%	13733
Norte	2912	98%	73	2%	2448	82%	537	18%	2985
Sudeste	11904	97%	343	3%	11299	92%	948	8%	12247
Sul	5256	96%	198	4%	4863	89%	591	11%	5454
Total Geral	**36271**	**98%**	**774**	**2%**	**33568**	**91%**	**3477**	**9%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.7 Subdimensão Cuidado de Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)

Esta subdimensão visa identificar a utilização de protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão e diabetes para realização de consultas e exames, realização do registro do peso e altura dos usuários, realização do registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade, realização do exame pé diabético e exame do fundo do olho periodicamente, realização de coleta da 1ª amostra de escarro na primeira abordagem, realização do registro de usuários com tuberculose e hanseníase, existência de fichas de notificação – tuberculose e hanseníase, realização de Tratamento Diretamente Direcionado (TDO) para tuberculose e hanseníase, se realiza busca ativa dos faltosos e daqueles que abandonam o tratamento de tuberculose e hanseníase.

Em relação a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica, 99,9% das equipes de AB no Brasil relataram que realizam consulta para pessoas com hipertensão, e esse padrão se mantém nas regiões do país.

Tabela 122 - Equipes de AB que realizam consultas para pessoas com hipertensão nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica				Total
	Realiza consulta para pessoas com hipertensão				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2623	99,9%	3	0,1%	2626
Nordeste	13727	100,0%	6	0,0%	13733
Norte	2980	99,8%	5	0,2%	2985
Sudeste	12234	99,9%	13	0,1%	12247
Sul	5449	99,9%	5	0,1%	5454
Total Geral	**37013**	**99,9%**	**32**	**0,1%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar a média de tempo de espera para primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial, que foi informado pelo entrevistado das equipes de atenção básica participante do PMAQ AB, no Brasil a média de tempo de espera é de 4,7 dias, sendo o maior tempo de espera na região Sudeste com 5,9 dias.

Tabela 123 - Média do tempo de espera para primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2623	3,7	12,7	0	1	1	3	180
Nordeste	13727	3,9	8,8	0	1	1	5	155
Norte	2980	4,1	7,5	0	1	1	7	120
Sudeste	12234	5,9	10,1	0	1	2	7	180
Sul	5449	4,6	9,7	0	1	1	7	180
Total Geral	**37013**	**4,7**	**9,6**	**0**	**1**	**1**	**7**	**180**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a avaliação do monitoramento e continuidade do cuidado das pessoas hipertensas com maior risco e gravidade, no Brasil 69% (25694) das equipes de AB informaram e comprovaram que possuem registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco e gravidade e 59% (21918) informaram e comprovaram que possuem o registro destes pacientes que foram encaminhados para outro ponto de atenção. As regiões Norte (43%) e Sudeste (32%) possuem a maior porcentagem relativa de equipes que não possuem o registro de hipertensos com maior risco e gravidade, e as regiões Norte (55%) e Centro-Oeste (43%)

possuem a maior porcentagem relativa de equipes que não possuem o registro de pacientes hipertensos com maior risco e gravidade encaminhados para outro ponto de atenção.

Tabela 124 - Registro de risco/gravidade e encaminhamento para especialidade de pessoas com hipertensão arterial pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica								Total
	Registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade				Registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1824	69%	802	31%	1507	57%	1119	43%	2626
Nordeste	9961	73%	3772	27%	8396	61%	5337	39%	13733
Norte	1702	57%	1283	43%	1335	45%	1650	55%	2985
Sudeste	8324	68%	3923	32%	7345	60%	4902	40%	12247
Sul	3883	71%	1571	29%	3335	61%	2119	39%	5454
Total Geral	**25694**	**69%**	**11351**	**31%**	**21918**	**59%**	**15127**	**41%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação a atenção à pessoa com diabetes mellitus, 99,9% das equipes de AB no Brasil relataram que realizam consulta para pessoas com diabetes, e esse padrão se mantém nas regiões do país.

Tabela 125 - Equipes de AB que realizam consulta para pessoas com diabetes nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Diabetes				Total
	Realiza consulta para pessoas com diabetes				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2624	99,9%	2	0,1%	2626
Nordeste	13722	99,9%	11	0,1%	13733
Norte	2980	99,8%	5	0,2%	2985
Sudeste	12231	99,9%	16	0,1%	12247
Sul	5449	99,9%	5	0,1%	5454
Total Geral	**37006**	**99,9%**	**39**	**0,1%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar o tempo médio de espera para primeira consulta de pessoas com diabetes, que foi informado pelo entrevistado das equipes de atenção básica participante do PMAQ AB,

no Brasil a média de tempo de espera é de 4,4 dias, sendo o maior tempo de espera na região Sudeste com 5,7 dias e região Sul com 4,5 dias.

Tabela 126 - Média do tempo de espera para primeira consulta de pessoas com diabetes pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2624	3,3	10,9	0	1	1	2	180
Nordeste	13722	3,6	7,6	0	1	1	5	142
Norte	2980	3,8	6,4	0	1	1	6	90
Sudeste	12231	5,7	9,4	0	1	2	7	180
Sul	5449	4,5	9,6	0	1	1	7	180
Total Geral	**37006**	**4,4**	**8,7**	**0**	**1**	**1**	**7**	**180**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a avaliação do monitoramento e continuidade do cuidado das pessoas diabéticas com maior risco e gravidade, no Brasil 70% (25988) das equipes de AB informaram e comprovaram que possuem registro dos usuários com diabetes com maior risco e gravidade e 59% (21917) informaram e comprovaram que possuem o registro destes pacientes que foram encaminhados para outro ponto de atenção. As regiões Norte (47%) e Sudeste (31%) possuem a maior porcentagem relativa de equipes que não possuem o registro de diabéticos com maior risco e gravidade, e as regiões Norte (55%), Centro-Oeste (41%) e Sudeste (41%) possuem a maior porcentagem relativa de equipes que não possuem o registro de pacientes com diabetes de maior risco e gravidade encaminhados para outro ponto de atenção.

Tabela 127 - Registro de risco/gravidade e encaminhamento para especialidade de pessoas com diabetes pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Diabetes								Total
	Registro dos usuários com diabetes com maior risco/gravidade				Registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1869	71%	757	29%	1539	59%	1087	41%	2626
Nordeste	10015	73%	3718	27%	8373	61%	5360	39%	13733
Norte	1750	59%	1235	41%	1350	45%	1635	55%	2985
Sudeste	8391	69%	3856	31%	7282	59%	4965	41%	12247
Sul	3963	73%	1491	27%	3373	62%	2081	38%	5454
Total Geral	**25988**	**70%**	**11057**	**30%**	**21917**	**59%**	**15128**	**41%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da atenção à pessoa com obesidade, 98% (36429) das equipes de AB no Brasil informaram que realizam avaliação antropométrica dos usuários atendidos, e esse padrão se mantém nas regiões.

Tabela 128 - Registro de risco/gravidade e encaminhamento para especialidade de pessoas com diabetes pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Obesidade				Total
	Realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2591	99%	35	1%	2626
Nordeste	13545	99%	188	1%	13733
Norte	2936	98%	49	2%	2985
Sudeste	12029	98%	218	2%	12247
Sul	5328	98%	126	2%	5454
Total Geral	**36429**	**98%**	**616**	**2%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar se a equipe oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso, no Brasil 58% das equipes de AB informaram que possuem essa oferta e 42% que não possuem ou não realizam. A região que mais oferta esse tipo de atividade é a Sudeste com 64% das equipes de AB e as regiões que menos ofertam é a Norte (59%), Centro-Oeste (53%) e Sul com 43%.

Tabela 129 - Equipes de AB que ofertam grupos de educação em saúde para perde de peso nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Obesidade				Total
	A equipe oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1244	47%	1382	53%	2626
Nordeste	8218	60%	5515	40%	13733
Norte	1211	41%	1774	59%	2985
Sudeste	7830	64%	4417	36%	12247
Sul	3126	57%	2328	43%	5454
Total Geral	**21629**	**58%**	**15416**	**42%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da atenção à pessoa com tuberculose, 84% (30997) das equipes de AB no Brasil informaram que possuem o registro do número de pessoas com tuberculose no seu território de atuação, sendo as regiões Nordeste (19%) e Norte (18%) com maior quantidade relativa de equipes que não possuem esse tipo de registro.

Tabela 130 - Registro de pessoas com tuberculose pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Tuberculose				Total
	Possui registro do número de usuários de tuberculose				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2252	86%	374	14%	2626
Nordeste	11179	81%	2554	19%	13733
Norte	2452	82%	533	18%	2985
Sudeste	10378	85%	1869	15%	12247
Sul	4736	87%	718	13%	5454
Total Geral	**30997**	**84%**	**6048**	**16%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, quanto ao acompanhamento dos pacientes diagnosticados com tuberculose, conforme resposta do profissional de nível superior da equipe de AB participante do PMAQ AB, 83% (30626) informaram que as consultas e acompanhamentos são realizadas na UBS e 17% (6419) informaram que os pacientes são encaminhados para uma unidade de referência. As regiões Sul (33%) e Sudeste (25%) possuem o maior percentual relativo de pacientes encaminhados para unidades de referência.

Tabela 131 - Tipo de acompanhamento dos pacientes com tuberculose pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Paciente diagnosticado com Tuberculose								Total
	Consulta e acompanhamento na UBS				Encaminha para unidade de referência				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2390	91%	236	9%	236	9%	2390	91%	2626
Nordeste	12713	93%	1020	7%	1020	7%	12713	93%	13733
Norte	2610	87%	375	13%	375	13%	2610	87%	2985
Sudeste	9243	75%	3004	25%	3004	25%	9243	75%	12247
Sul	3670	67%	1784	33%	1784	33%	3670	67%	5454
Total Geral	**30626**	**83%**	**6419**	**17%**	**6419**	**17%**	**30626**	**83%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das equipes de AB que realizaram notificação de casos diagnosticados com tuberculose no Brasil, 73% (27209) realizaram na própria UBS, sendo que as regiões Nordeste (83%), Centro-Oeste (80%) e Norte (77%) possuem a maior porcentagem relativa de realização na UBS.

Tabela 132 - Equipes de AB que realizam notificação dos casos diagnosticados com tuberculose na UBS nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Tuberculose				Total
	Realiza a notificação de casos de tuberculose na unidade				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2089	80%	537	20%	2626
Nordeste	11365	83%	2368	17%	13733
Norte	2296	77%	689	23%	2985
Sudeste	8209	67%	4038	33%	12247
Sul	3250	60%	2204	40%	5454
Total Geral	**27209**	**73%**	**9836**	**27%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar as equipes de AB que realizaram a coleta da 1ª amostra de escarro na UBS para o diagnóstico de tuberculose na primeira abordagem/consulta no Brasil, 71% (21700) informaram que realizaram a coleta, sendo que as regiões Norte (47%) e Nordeste (33%) possuem a maior porcentagem relativa de não realização da coleta da 1ª amostra de escarro na primeira abordagem/consulta.

Tabela 133 - Equipes de AB que coletam a 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose na UBS nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Tuberculose				Total
	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico é coletada na primeira abordagem/consulta				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1867	78%	523	22%	2390
Nordeste	8516	67%	4197	33%	12713
Norte	1382	53%	1228	47%	2610
Sudeste	7154	77%	2089	23%	9243
Sul	2781	76%	889	24%	3670
Total Geral	**21700**	**71%**	**8926**	**29%**	**30626**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a análise se as equipes de AB realizam o acompanhamento na UBS do tratamento diretamente observado (TOD) dos pacientes com tuberculose, no Brasil 97% (29673) disseram que realizam essa atividade.

Tabela 134 - Equipes de AB que realizam o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TOD) dos pacientes com tuberculose nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Tuberculose				Total
	Realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado do usuário				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2312	97%	78	3%	2390
Nordeste	12318	97%	395	3%	12713
Norte	2432	93%	178	7%	2610
Sudeste	9070	98%	173	2%	9243
Sul	3541	96%	129	4%	3670
Total Geral	**29673**	**97%**	**953**	**3%**	**30626**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, quanto ao registro do número de pacientes com hanseníase na área de atuação das equipes de AB, conforme resposta do profissional de nível superior da equipe de AB participante do PMAQ AB, 75% (27762) informaram que possuem o registro e 25% (9283) não possuem o registro. As regiões Sul (30%) e Sudeste (29%) possuem o maior percentual relativo de equipes de AB que não possuem o registro do número de pacientes com hanseníase.

Tabela 135 - Registro de usuários com hanseníase nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Hanseníase				Total
	Possui registro do número de usuários com hanseníase				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2332	89%	294	11%	2626
Nordeste	10542	77%	3191	23%	13733
Norte	2326	78%	659	22%	2985
Sudeste	8745	71%	3502	29%	12247
Sul	3817	70%	1637	30%	5454
Total Geral	**27762**	**75%**	**9283**	**25%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, quanto ao acompanhamento dos pacientes diagnosticados com hanseníase, conforme resposta do profissional de nível superior da equipe de AB participante do PMAQ AB, 73% (27013) informaram que as consultas e acompanhamentos são realizadas na UBS e

27% (10032) informaram que os pacientes são encaminhados para uma unidade de referência. As regiões Sul (48%) e Sudeste (44%) possuem o maior percentual relativo de pacientes encaminhados para acompanhamento em unidades de referência.

Tabela 136 - Tipo de acompanhamento dos pacientes diagnosticados com hanseníase pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Quando paciente é diagnosticado com Hanseníase								Total
	Consulta e acompanhamento na UBS				Encaminha para unidade de referência				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2375	90%	251	10%	251	10%	2375	90%	2626
Nordeste	12483	91%	1250	9%	1250	9%	12483	91%	13733
Norte	2500	84%	485	16%	485	16%	2500	84%	2985
Sudeste	6835	56%	5412	44%	5412	44%	6835	56%	12247
Sul	2820	52%	2634	48%	2634	48%	2820	52%	5454
Total Geral	**27013**	**73%**	**10032**	**27%**	**10032**	**27%**	**27013**	**73%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação das equipes de AB que acompanham os pacientes com hanseníase na UBS (27013), 95% (25776) informaram que realizaram diagnóstico de casos novos de hanseníase e 97% (26329) informaram que realizaram notificação de casos de hanseníase na própria UBS. Esse padrão se mantém nas regiões do país.

Tabela 137 - Diagnóstico e notificação de pacientes com hanseníase pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Hanseníase								Total
	Realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase				Realiza notificação de casos de hanseníase na unidade				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2318	98%	57	2%	2339	98%	36	2%	2375
Nordeste	12019	96%	464	4%	12250	98%	233	2%	12483
Norte	2303	92%	197	8%	2413	97%	87	3%	2500
Sudeste	6432	94%	403	6%	6582	96%	253	4%	6835
Sul	2704	96%	116	4%	2745	97%	75	3%	2820
Total Geral	**25776**	**95%**	**1237**	**5%**	**26329**	**97%**	**684**	**3%**	**27013**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Contudo, das 25776 equipes de AB que informaram que existe fichas de notificação de casos de hanseníase nas UBS, 93% (23473) comprovaram que possuem a ficha na unidade.

Tabela 138 - Equipes de AB que possuem ficha de notificação de casos diagnosticados com Hanseníase nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Hanseníase				Total
	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2177	95%	118	5%	2295
Nordeste	11089	94%	683	6%	11772
Norte	2229	94%	131	6%	2360
Sudeste	5566	91%	531	9%	6097
Sul	2412	92%	210	8%	2622
Total Geral	**23473**	**93%**	**1673**	**7%**	**25146**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação aos pacientes com hanseníase encaminhados para serviços de referência, 98% das equipes de AB informaram que fazem o acompanhamento dos pacientes. Esse padrão médio se mantém nas regiões do país, com uma pequena diferença inferior de acompanhamento para a região Norte (95%).

Tabela 139 - Equipes de AB que fazem acompanhamento dos pacientes encaminhados para serviços de referência nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com Hanseníase				Total
	Faz acompanhamento dos usuários encaminhados para serviços de saúde de referência				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2320	98%	55	2%	2375
Nordeste	12247	98%	236	2%	12483
Norte	2381	95%	119	5%	2500
Sudeste	6738	99%	97	1%	6835
Sul	2759	98%	61	2%	2820
Total Geral	**26445**	**98%**	**568**	**2%**	27013

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.8 Subdimensão Ações de combate e de Atenção às doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*

Essa subdimensão busca identificar as ações desenvolvidas para a localização e eliminação dos criadouros dos mosquitos, ações de comunicação e mobilização da população e

ações educativas, identificação de áreas de maior risco de transmissão vetorial no território, utilização de classificação de risco e fluxograma para cuidado de suspeita de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela.

No Brasil, 96% (35689) das equipes de AB informaram que realizaram ações de combate ao *Aedes Aegypti* no último ano, e esse padrão média se mantém nas regiões do país, exceto na região Norte com pequena porcentagem relativa menor (92%).

Tabela 140 - Ação de combate ao Aedes aegypti no último ano nas regiões do Brasil

Região	No último ano foi realizada alguma ação para combate ao Aedes aegypti no território				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2548	97%	78	3%	2626
Nordeste	13138	96%	595	4%	13733
Norte	2750	92%	235	8%	2985
Sudeste	11918	97%	329	3%	12247
Sul	5335	98%	119	2%	5454
Total Geral	**35689**	**96%**	**1356**	**4%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto as atividades e ações conjuntas da equipe de AB e Vigilância em Saúde para realização de ações de combate ao *Aedes aegypti*, 95% (33971) das equipes no Brasil informaram que realizam ações conjuntas.

Tabela 141 - Ações de combate ao Aedes aegypti junto à equipe de Vigilância nas regiões do Brasil

Região	Realiza ações de combate ao Aedes aegyti junto à equipe de Vigilância				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2420	95%	128	5%	2548
Nordeste	12456	95%	682	5%	13138
Norte	2496	91%	254	9%	2750
Sudeste	11477	96%	441	4%	11918
Sul	5122	96%	213	4%	5335
Total Geral	**33971**	**95%**	**1718**	**5%**	**35689**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise da realização de ação química para o combate ao vetor de arboviroses realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 78% (28946) das equipes informaram

que os ACS não realizam ação química. A região Nordeste possui maior porcentagem relativa de equipes de AB que realizam a atividade (35%).

Tabela 142 - Ação química para o combate ao vetor de arboviroses realizada pelos ACS nas regiões do Brasil

Região	O ACS realiza ação química para o combate ao vetor				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	455	17%	2171	83%	2626
Nordeste	4855	35%	8878	65%	13733
Norte	561	19%	2424	81%	2985
Sudeste	1643	13%	10604	87%	12247
Sul	585	11%	4869	89%	5454
Total Geral	**8099**	**22%**	**28946**	**78%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da realização de classificação de risco dos pacientes que chegam com suspeita de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre Amarela, conforme os fluxogramas estabelecidos, 94% (34740) das equipes de AB relataram que realizam a classificação de risco.

Tabela 143 - Classificação de risco e fluxogramas para combate de arboviroses nas regiões do Brasil

Região	Realiza classificação de risco dos pacientes que chegam com suspeita de Arbovirores, conforme os fluxogramas estabelecidos				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2517	96%	109	4%	2626
Nordeste	13057	95%	676	5%	13733
Norte	2574	86%	411	14%	2985
Sudeste	11656	95%	591	5%	12247
Sul	4936	91%	518	9%	5454
Total Geral	**34740**	**94%**	**2305**	**6%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a identificação de áreas de maior risco de transmissão vetorial pelas equipes de AB, 60% (22085) relataram que fazem essa atividade de identificação. As regiões Norte (65%) e Centro-Oeste (48%) possuem a maior porcentagem de equipes de AB que não fazem a identificação de áreas de maior risco de transmissão vetorial.

Tabela 144 - Identificação pelas equipes de AB de áreas de maior risco de transmissão vetorial nas regiões do Brasil

Região	A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1378	52%	1248	48%	2626
Nordeste	8210	60%	5523	40%	13733
Norte	1037	35%	1948	65%	2985
Sudeste	7936	65%	4311	35%	12247
Sul	3524	65%	1930	35%	5454
Total Geral	**22085**	**60%**	**14960**	**40%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação do fluxo e no manejo clínico nos casos suspeitos de dengue, 87% (32265) das equipes de AB relataram que inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS, 78% (28844) relataram que realizam a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na UBS e 97% (36111) relataram que solicitam o hemograma com contagem de plaquetas para o paciente com suspeita de dengue, conforme o protocolo de manejo clínico. Destaque evidente na região Norte em que 41% das equipes de AB não realizam a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na UBS e 24% não inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS.

Tabela 145 - Fluxo e manejo dos casos suspeitos de dengue atendidos pelas equipes de AB nas UBS nas regiões do Brasil

Região	A equipe de AB realiza nos atendimentos de suspeitas de casos de Arboviroses nas UBS											
	Inicia a hidratação oral nos pacientes com suspeita de dengue enquanto este aguarda atendimento na UBS				Realiza a hidratação venosa nos pacientes com suspeita de dengue na unidade				Solicita o hemograma com contagem de plaquetas para o paciente com suspeita de Dengue, de acordo com o protocolo de manejo clínico			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Centro-Oeste	2300	88%	326	12%	2267	86%	359	14%	2591	99%	35	1%
Nordeste	12456	91%	1277	9%	10865	79%	2868	21%	13493	98%	240	2%
Norte	2272	76%	713	24%	1776	59%	1209	41%	2861	96%	124	4%
Sudeste	10794	88%	1453	12%	9502	78%	2745	22%	12027	98%	220	2%
Sul	4543	83%	911	17%	4434	81%	1020	19%	5139	94%	315	6%
Total Geral	**32365**	**87%**	**4680**	**13%**	**28844**	**78%**	**8201**	**22%**	**36111**	**97%**	**934**	**3%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.9 Subdimensão atenção à pessoa em sofrimento psíquico

Essa subdimensão visa identificar a oferta de atendimento à pessoa com sofrimento psíquico, a realização do registro dos usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e o registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos,

antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de modo geral.

No Brasil, 96% (35530) das equipes de AB informaram que realizam consultas para pessoas em sofrimento psíquico. Esse padrão médio é evidenciado nas regiões do país, exceto na região Norte com 89%, abaixo da média nacional.

Tabela 146 - Consultas para pacientes em sofrimento psíquico nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico Realiza consulta para usuário em sofrimento psíquico				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2504	95%	122	5%	2626
Nordeste	13026	95%	707	5%	13733
Norte	2653	89%	332	11%	2985
Sudeste	11976	98%	271	2%	12247
Sul	5371	98%	83	2%	5454
Total Geral	**35530**	**96%**	**1515**	**4%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a realização de consultas para pessoas usuárias de crack, álcool ou outras drogas, 89% (33093) das equipes de AB informaram que realizam consultas para esse perfil. As equipes de AB nas regiões Norte e Nordeste informaram que não realizam consultas para pessoas usuárias de crack, álcool ou outras drogas nas UBS, correspondendo em 25% e 15% do total de equipes respectivamente.

Tabela 147 - Consultas para pacientes usuários de crack, álcool ou outras drogas nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico Realiza consulta para usuário de crack, álcool ou outras drogas				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2354	90%	272	10%	2626
Nordeste	11697	85%	2036	15%	13733
Norte	2240	75%	745	25%	2985
Sudeste	11546	94%	701	6%	12247
Sul	5256	96%	198	4%	5454
Total Geral	**33093**	**89%**	**3952**	**11%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da realização de consultas para pessoas em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, 95% (35354) das equipes de AB informaram que realizam consultas para esse perfil. As equipes de AB nas regiões Norte e a região Nordeste informaram que não realizam consultas para esse perfil nas UBS, correspondendo em 27% e 11% do total de equipes respectivamente.

Tabela 148 - Consultas para pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	**Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico Realiza consulta para Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor**				**Total**
	Sim	**%**	**Não**	**%**	
Centro-Oeste	2517	96%	218	8%	2626
Nordeste	12946	94%	1574	11%	13733
Norte	2581	86%	808	27%	2985
Sudeste	11965	98%	564	5%	12247
Sul	5345	98%	218	4%	5454
Total Geral	**35354**	**95%**	**3382**	**9%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a coordenação do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção, 58% (21651) das equipes de AB informaram que realizam esse acompanhamento e 42% (15394) não realizam esse acompanhamento. Na avaliação por regiões, 59% (1768) das equipes da AB da região Norte, 45% (1177) das equipes de AB da região Centro-Oeste e 43% (5844) da região Nordeste apontaram que não fazem o acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção.

Tabela 149 - Registro de pessoas com sofrimento psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico A equipe possui registro de pessoa com sofrimento psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1449	55%	1177	45%	2626
Nordeste	7889	57%	5844	43%	13733
Norte	1217	41%	1768	59%	2985
Sudeste	7565	62%	4682	38%	12247
Sul	3531	65%	1923	35%	5454
Total Geral	**21651**	**58%**	**15394**	**42%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.10 Subdimensão visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio

Essa subdimensão visa identificar a existência de protocolo para a realização da visita domiciliar na área de abrangência da equipe e a realização de visitas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade.

No Brasil, 85% (31396) das equipes de AB informaram que possuem o registro do número dos casos de pessoas com deficiência. As regiões Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram a maior porcentagem relativa de equipes de AB que não possuem esse registro com 24%, 20% e 19% respectivamente, do total de cada.

Tabela 150 - Registro de pessoas com deficiência nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com deficiência Registro do número dos casos de pessoas com deficiência				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2108	80%	518	20%	2626
Nordeste	11896	87%	1837	13%	13733
Norte	2260	76%	725	24%	2985
Sudeste	10727	88%	1520	12%	12247
Sul	4405	81%	1049	19%	5454
Total Geral	**31396**	**85%**	**5649**	**15%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto à coordenação do cuidado, 49% das equipes de AB no Brasil informaram e comprovaram que possuem o registro de pessoas com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços. Nas regiões Norte e Nordeste são encontrados as maiores porcentagens relativas de equipes que não possuem esse registro, com 64% e 52% respectivamente.

Tabela 151 - Registro de pessoas com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Atenção à Pessoa com deficiência				Total
	Possui o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1305	50%	1321	50%	2626
Nordeste	6601	48%	7132	52%	13733
Norte	1073	36%	1912	64%	2985
Sudeste	6302	51%	5945	49%	12247
Sul	2721	50%	2733	50%	5454
Total Geral	**18002**	**49%**	**19043**	**51%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Quanto a visita domiciliar, 99,5% (36873) das equipes participantes do PMAQ no Brasil com certificação informaram que possuem ACS. Esse padrão se mantém em todas regiões. Quanto a análise de população descoberta de ACS, 40% (14824) das equipes de AB informaram que possuem área descoberta de ACS, com maior porcentagem relativa na região Centro-Oeste com 59%, Norte com 50% e Sul em 43% das equipes, conforme apresentado na Tabela 159 e 160 abaixo:

Tabela 152 - Existência de ACS nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Visita Domiciliar				Total
	Existe ACS na equipe				
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2616	99,6%	10	0,4%	2626
Nordeste	13719	99,9%	14	0,1%	13733
Norte	2977	99,7%	8	0,3%	2985
Sudeste	12157	99,3%	90	0,7%	12247
Sul	5404	99,1%	50	0,9%	5454
Total Geral	**36873**	**99,5%**	**172**	**0,5%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 153 - Existência de população descoberta de ACS nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Visita Domiciliar Existe população descoberta de ACS				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1562	59%	1064	41%	2626
Nordeste	5248	38%	8485	62%	13733
Norte	1480	50%	1505	50%	2985
Sudeste	4176	34%	8071	66%	12247
Sul	2358	43%	3096	57%	5454
Total Geral	**14824**	**40%**	**22221**	**60%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Sobre a organização da periodicidade das visitas domiciliares, 98% das equipes de AB no Brasil informaram que as visitas domiciliares possuem periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade. Esse padrão médio se mantém em todas regiões.

Tabela 154 - Organização da periodicidade das visitas domiciliares nas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Visita Domiciliar Visitas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2569	98%	57	2%	2626
Nordeste	13624	99%	109	1%	13733
Norte	2902	97%	83	3%	2985
Sudeste	12024	98%	223	2%	12247
Sul	5339	98%	115	2%	5454
Total Geral	**36458**	**98%**	**587**	**2%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.11 Subdimensão promoção à saúde

Essa subdimensão busca identificar a oferta de ações de promoção da saúde direcionadas para diferentes grupos, a realização de ações de mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade e faz articulação intersetorial com outros serviços públicos e viabilização de espaços para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território.

No Brasil, 99% das equipes de AB informaram que desenvolvem ações voltadas à promoção à saúde no território de atuação. Esse padrão se mantém nas regiões do país.

Tabela 155 - Desenvolvimento de ações de promoção à saúde pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Promoção à Saúde Desenvolve ações voltadas à promoção à saúde				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2585	98%	41	2%	2626
Nordeste	13641	99%	92	1%	13733
Norte	2940	98%	45	2%	2985
Sudeste	12080	99%	167	1%	12247
Sul	5356	98%	98	2%	5454
Total Geral	**36602**	**99%**	**443**	**1%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Sobre a existência do Programa Academia da Saúde no município de atuação da equipe de AB, 61% (22672) das equipes disseram que existe o programa e 39% (14373) que não existe. A distribuição da existência do programa nos municípios das equipes de AB se mantém nas regiões do Brasil.

Tabela 156 - Existência de pólo do Programa Academia da Saúde nos municípios das equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Programa Academia da Saúde Existe pólo do Programa Academia da Saúde no seu município				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1674	64%	952	36%	2626
Nordeste	8796	64%	4937	36%	13733
Norte	1857	62%	1128	38%	2985
Sudeste	7056	58%	5191	42%	12247
Sul	3289	60%	2165	40%	5454
Total Geral	**22672**	**61%**	**14373**	**39%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Sobre a existência do Programa Saúde na Escola no município de atuação da equipe de AB, 95% (35015) das equipes disseram que existe o programa e 5% (2030) que não existe. A distribuição da existência do programa nos municípios das equipes de AB se mantém nas regiões do Brasil, exceto nas regiões Sudeste (9%) e Sul (7%) quando comparado com a média nacional. Sobre a participação da equipe no Programa Saúde na Escola, 91% (31781) disseram que participam, conforme Tabela 157 e 158:

Tabela 157 - Existência do Programa Saúde na Escola nos municípios das equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Programa Saúde na Escola Sabe se existe o Programa Saúde na Escola no município				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2461	94%	165	6%	2626
Nordeste	13501	98%	232	2%	13733
Norte	2907	97%	78	3%	2985
Sudeste	11095	91%	1152	9%	12247
Sul	5051	93%	403	7%	5454
Total Geral	**35015**	**95%**	**2030**	**5%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 158 - Participação das equipes de AB no Programa Saúde na Escola nas regiões do Brasil

Região	Programa Saúde na Escola Participa do Programa Saúde na Escola				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2228	91%	233	9%	2461
Nordeste	12804	95%	697	5%	13501
Norte	2603	90%	304	10%	2907
Sudeste	9698	87%	1397	13%	11095
Sul	4448	88%	603	12%	5051
Total Geral	**31781**	**91%**	**3234**	**9%**	**35015**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao avaliar se as equipes oferecem Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários, 31% (11663) das equipes oferecem esse tipo de serviço na AB, com destaque para as regiões Sudeste com 40% e Sul com 31%. A região que menos oferece é a região Norte com 14%.

Tabela 159 - Práticas Integrativas e Complementares (PIC) oferecidas pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Práticas Integrativas e Complementares O serviço oferece (PIC) para os usuários				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	597	23%	2029	77%	2626
Nordeste	4062	30%	9671	70%	13733
Norte	418	14%	2567	86%	2985
Sudeste	4887	40%	7360	60%	12247
Sul	1699	31%	3755	69%	5454
Total Geral	**11663**	**31%**	**25382**	**69%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Em relação aos pacientes que são atendidos na AB e são do Programa Bolsa Família, 97% das equipes de AB identificam famílias elegíveis e encaminham para cadastramento no Programa Bolsa Família. Esse padrão se mantém nas regiões.

Tabela 160 - Identificação de famílias elegíveis do Programa Bolsa Família pelas equipes de AB nas regiões do Brasil

Região	Programa Bolsa-Família Identifica famílias elegíveis e encaminha para cadastramento no Programa Bolsa Família				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2540	97%	86	3%	2626
Nordeste	13470	98%	263	2%	13733
Norte	2861	96%	124	4%	2985
Sudeste	11947	98%	300	2%	12247
Sul	5258	96%	196	4%	5454
Total Geral	**36076**	**97%**	**969**	**3%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.12 Subdimensão população rural, assentados, quilombolas e indígenas

Essa subdimensão visa identificar a realização de ações junto a comunidades tradicionais, assentados e população rural e se existe veículo para deslocamento das equipes no território.

No Brasil, das 37045 equipes certificadas participantes do PMAQ AB, 13036 (35%) informaram que não possuem população rural, indígena e comunidades tradicionais no seu território de abrangência. Das 24009 (65%) que possuem população com esta especificidade na sua área de atuação, 78% (18799) das equipes de AB informaram que realizam atendimento a essas populações e 22% (5210) informaram que não realizam atendimento.

Tabela 161 - Equipes de AB que realizam atendimento para População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais nas regiões do Brasil

Região	População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais Realiza atendimento				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	1314	68%	617	32%	1931
Nordeste	8393	81%	2000	19%	10393
Norte	1982	82%	423	18%	2405
Sudeste	4377	76%	1345	24%	5722
Sul	2733	77%	825	23%	3558
Total Geral	**18799**	**78%**	**5210**	**22%**	**24009**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 86% (16156) das equipes de AB que possuem essa população em sua área de abrangência informaram que possuem transporte disponível para atendimento e 14% (2643) não possuem. As regiões Norte (38%), Centro-Oeste (26%) e Sudeste (15%) possuem porcentagens relativas de equipes que não possuem o transporte superior a média nacional.

Tabela 162 - Equipes de AB que possuem transporte disponível para atendimento para População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais nas regiões do Brasil

Região	**População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais Existe transporte disponível para a equipe a fim de viabilizar o atendimento a essa população**				**Total**
	Sim	**%**	**Não**	**%**	
Centro-Oeste	969	74%	345	26%	1314
Nordeste	7715	92%	678	8%	8393
Norte	1235	62%	747	38%	1982
Sudeste	3736	85%	641	15%	4377
Sul	2501	92%	232	8%	2733
Total Geral	**16156**	**86%**	**2643**	**14%**	**18799**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.2.13 Subdimensão participação do usuário e controle social

Essa subdimensão busca identificar a disponibilização de diferentes canais de comunicação com os usuários para que estes expressem suas sugestões e reclamações acerca do serviço ofertado na UBS e sobre a existência de conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular.

No Brasil, 87% (32069) das equipes de AB informaram que realizam avaliação de satisfação do usuário na UBS. As regiões Norte (27%), Sul (18%) e a região Centro-Oeste (17%) ficaram com porcentagem menor que a média nacional das equipes de AB que não realizam a pesquisa de satisfação.

Tabela 163 - Equipes de AB que realizam avaliação de satisfação do usuário nas regiões do Brasil

Região	Controle Social Realiza avaliação de satisfação do usuário				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2179	83%	447	17%	2626
Nordeste	12450	91%	1283	9%	13733
Norte	2183	73%	802	27%	2985
Sudeste	10777	88%	1470	12%	12247
Sul	4480	82%	974	18%	5454
Total Geral	**32069**	**87%**	**4976**	**13%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao analisar a disponibilização de canais de comunicação da equipe com os pacientes nas UBS, 86% (31788) das equipes de AB informaram que possuem canal de comunicação e 145 (5257) não possui. A região Norte com 33%, a região Centro-Oeste com 19% e a região Sul com 15% das equipes que não possuem canal de comunicação com os usuários, encontrando-se acima da média nacional (14%).

Tabela 164 - Equipes de AB que possuem canais de comunicação com usuário nas regiões do Brasil

Região	Controle Social Canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço da UBS				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	2128	81%	498	19%	2626
Nordeste	12053	88%	1680	12%	13733
Norte	2004	67%	981	33%	2985
Sudeste	10965	90%	1282	10%	12247
Sul	4638	85%	816	15%	5454
Total Geral	**31788**	**86%**	**5257**	**14%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação da existência de Conselho Local de Saúde na unidade de saúde ou outros espaços de participação popular, 37% das equipes de AB no Brasil possuem conselho local de saúde e 63% não possuem. As maiores concentrações de equipes proporcionalmente estão nas regiões Sudeste com 48% e Sul com 46%. As regiões Norte e Nordeste possuem a maior porcentagem relativa de equipes de AB que não possuem conselho local de saúde.

Tabela 165 - Equipes de AB que possuem Conselho Local de Saúde nas regiões do Brasil

Região	Controle Social Conselho Local de Saúde na unidade de saúde ou outros espaços de participação popular				Total
	Sim	%	Não	%	
Centro-Oeste	953	36%	1673	64%	2626
Nordeste	3996	29%	9737	71%	13733
Norte	544	18%	2441	82%	2985
Sudeste	5856	48%	6391	52%	12247
Sul	2494	46%	2960	54%	5454
Total Geral	**13843**	**37%**	**23202**	**63%**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

4.4.3 Classificação de desempenho da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB

Das 38.865 equipes de atenção básica que fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB, 1.820 (4,7%) foram desclassificadas ou tiveram desempenho insatisfatório, deste modo, 37.045 equipes de atenção básica foram classificadas com alguma estratificação de desempenho.

O peso da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho da atenção básica na avaliação externa definido pelo Ministério da Saúde foi de 54% (54 pontos) para as equipes AB e 40% (40 pontos) para as equipes AB/SB. Considerando que esta pesquisa não teve como objetivo a avaliação do processo de trabalho da saúde bucal especificamente, foi realizado a conversão da nota bruta da matriz de desempenho em porcentagem, de modo que os pesos eram diferentes de acordo com a tipologia da equipe e poderia causar viés na análise. Por exemplo, se uma equipe AB e uma equipe de AB/SB tivessem nota de desempenho na dimensão processo de trabalho da atenção básica de 40 pontos, a equipe de AB que possui teto de 54 pontos teria atingido 74% do desempenho máximo, e a equipe AB/SB que possui teto de 40 pontos teria atingido 100% de desempenho máximo. Essa conversão foi possível devido que a quantidade de questões, tipo e relevância eram idênticas nessa dimensão, tanto para equipe AB quanto equipe AB/SB, possibilitando identificar a porcentagem atingida quanto ao desempenho máximo possível. O processo de trabalho da saúde bucal específico estava vinculado em outra dimensão, o que não prejudica essa conversão em porcentagem.

Deste modo, foi utilizado o padrão de certificação do PMAQ AB que possui variação de nota de desempenho que vai de 0 à 10, convertido para 0% à 100%, conforme classificação

de desempenho da equipe: Ótimo ≥80%; Muito Bom > 70% até 79,99%; Bom > 60% até 70%; Regular > 40% até 60%; e Ruim de 0 até 40%.

Na avaliação de desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho da atenção básica no Brasil, 58% (21318) tiveram desempenho Ótimo, 21% (7744) desempenho Muito Bom, 13% (4721) desempenho Bom, 8% (2975) desempenho Regular e 1% (287) desempenho Ruim.

Tabela 166 - Classificação de desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%	Total Equipes
Centro-Oeste	1542	549	340	182	13	**2626**
Nordeste	9095	2553	1316	701	68	**13733**
Norte	1156	779	532	446	72	**2985**
Sudeste	6943	2445	1658	1108	93	**12247**
Sul	2582	1418	875	538	41	**5454**
Brasil	**21318**	**7744**	**4721**	**2975**	**287**	**37045**
(%) Brasil	**58%**	**21%**	**13%**	**8%**	**1%**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na análise da quantidade de equipes por classificação de desempenho nas regiões, 66% (9095) das equipes da região Nordeste e 59% da região Centro-Oeste (1542) tiveram desempenho Ótimo, acima da média nacional. Quanto ao desempenho Muito Bom, 26% (779) das equipes da região Norte e 26% (7744) das equipes da região Sul estão acima da média nacional. Na análise geral, as regiões tiveram a maior quantidade de equipes concentradas de forma decrescente, ou seja, do Ótimo ao Ruim. A região Norte apresentou menor porcentagem relativa de equipes com desempenho ótimo e a maior porcentagem relativa de equipes com desempenho Regular.

Tabela 167 - Percentual de desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%
Centro-Oeste	59%	21%	13%	7%	0%
Nordeste	66%	19%	10%	5%	0%
Norte	39%	26%	18%	15%	2%
Sudeste	57%	20%	14%	9%	1%
Sul	47%	26%	16%	10%	1%
(%) Brasil	**58%**	**21%**	**13%**	**8%**	**1%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Ao dividir o percentual de desempenho em dois grupos, desempenho acima de 60% e desempenho igual ou menor de 60%, identificou-se que 91% (33783) das equipes de atenção básica tiveram desempenho acima de 60% e 9% (3262) com desempenho igual ou menor de 60% nessa dimensão. A região Norte (83%) e a região Sul (89%) apresentaram a menor porcentagem relativa das equipes com desempenho acima de 60% quando comparado com a média nacional. A maior concentração relativa de equipes de AB com desempenho igual ou menor que 60% estão nas regiões Norte (17%), Sul (11%) e Sudeste (10%).

Tabela 168 - Percentual de desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	>60%	% >60%	<=60%	% <=60%
Centro-Oeste	2431	93%	195	7%
Nordeste	12964	94%	769	6%
Norte	2467	83%	518	17%
Sudeste	11046	90%	1201	10%
Sul	4875	89%	579	11%
(%) Brasil	**33783**	**91%**	**3262**	**9%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação geral da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes de saúde no Brasil, considerando um score máximo de desempenho de 100%, a média da classificação de desempenho obtido pelas equipes de AB foi de 79%, com desvio padrão de 12%, com mínimo de 12% e máximo de 100%. A mediana foi de 82%, com intervalo do 1° quartil de 72% e 3° quartil de 89%. O melhor score médio de desempenho foi na região Nordeste com 82% e o score médio mais baixo foi na região Norte com 73%.

Tabela 169 - Desempenho obtido da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2626	80%	12%	27%	73%	82%	89%	99%
Nordeste	13733	82%	11%	12%	76%	84%	90%	100%
Norte	2985	73%	14%	14%	66%	76%	83%	98%
Sudeste	12247	79%	13%	20%	71%	82%	88%	100%
Sul	5454	77%	12%	24%	70%	79%	87%	99%
Total Geral	**37045**	**79%**	**12%**	**12%**	**72%**	**82%**	**89%**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Para verificar as diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, utilizou-se quintis para mostrar como se distribuiu o desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (54,0% a 71,4%) do desempenho obtido nessa dimensão, identificado em 3 estados da região Norte –Amazonas, Acre, Rondônia, 1 estado na região Nordeste – Maranhão, 1 estado da região Sudeste- Espírito Santo e o Distrito Federal.

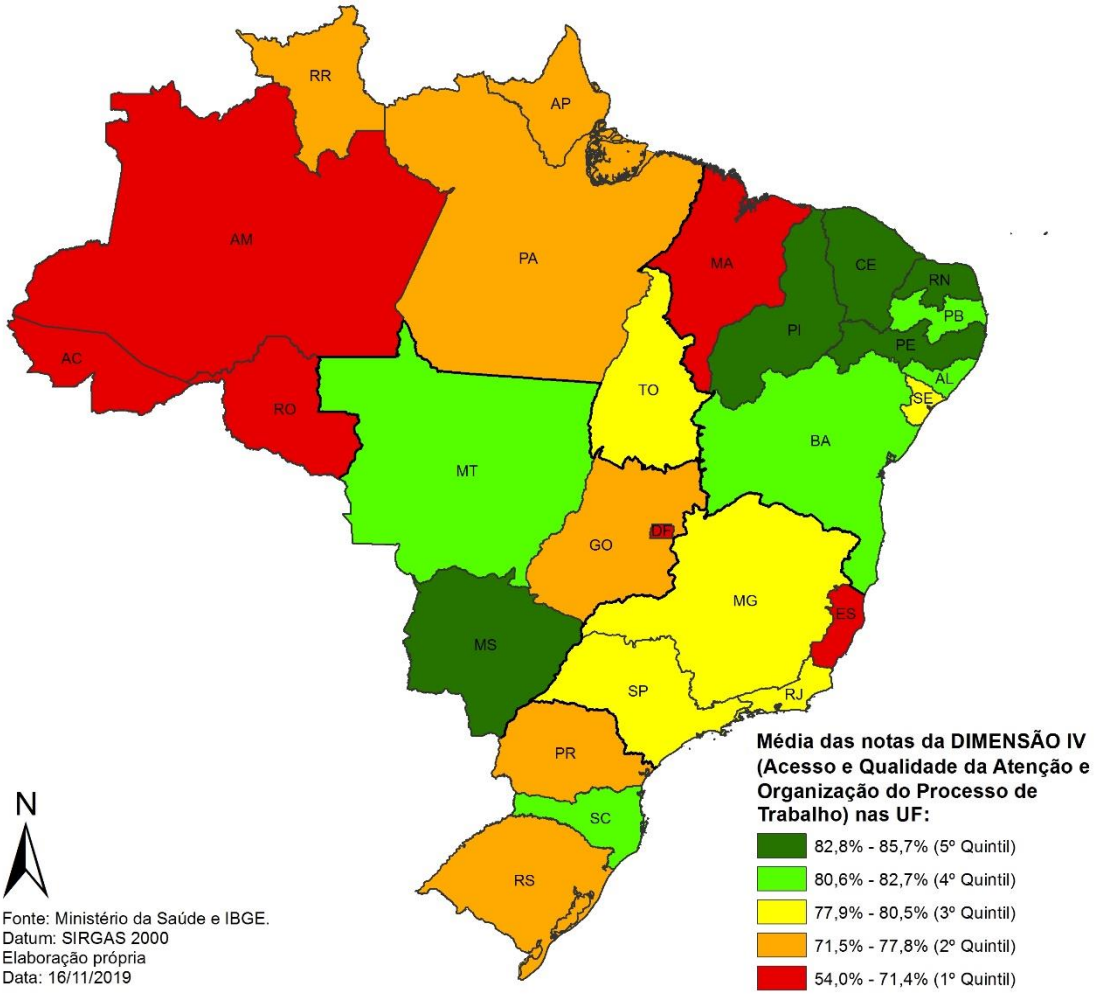
O segundo quintil apresentou 71,5 a 77,8% da média do desempenho obtido nessa dimensão, identificado em 3 estados da região Norte- Roraima, Amapá e Pará, 2 estados da região Sul- Paraná e Rio Grande do Sul e 1 estado da região Centro-Oeste – Goiás.

O terceiro quintil apresentou 77,9% a 80,5% da média do desempenho obtido nessa dimensão, identificado no estado de Tocantins da região Norte, e 3 estados da região Sudeste- São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Com a média do desempenho obtido nessa dimensão entre 80,6% a 82,7%, o quarto quintil foi identificado no estado de Mato Grosso da região Centro-Oeste, Paraíba, Alagoas e Bahia na região Nordeste e Santa Catarina na região Sul.

Por fim, o quinto quintil apresentou 82,8% a 85,7% média do desempenho obtido nessa dimensão, encontrado na região Centro-Oeste no estado do Mato Grosso do Sul e 4 estados da região Nordeste- Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte e Pernambuco. Apresentado abaixo o Mapa 7 com a visualização por UF:

Mapa 7 - Média do desempenho da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho das equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do desempenho das equipes de atenção básica quanto ao resultado de desempenho nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 8 abaixo:

I. Nenhuma região de saúde do estado do Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Santa Catarina possui desempenho no 1° quintil, ou seja, dos intervalos de menor grupo de desempenho.

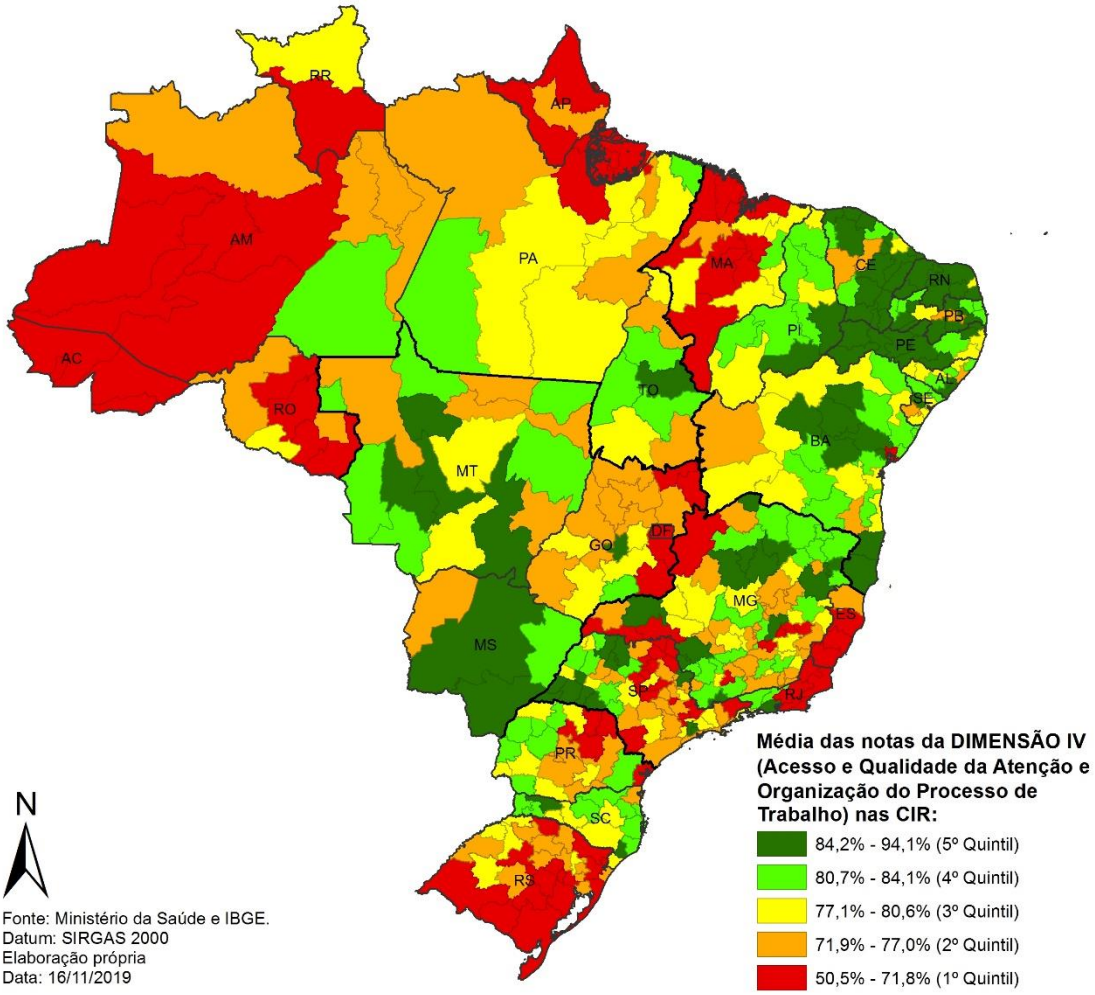
II. O estado do Maranhão, Acre, Rondônia, Amapá, Roraima, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul possuem boa parte das regiões de saúde no grupo desempenho menor (1° quintil);

III. O estado do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco apresentaram grande parte de suas regiões de saúde classificadas com melhor desempenho (5° quintil);

IV. Apenas uma região de saúde do estado de Goiás obteve desempenho no 5° quintil.

V. O Distrito Federal e o seu entorno tiveram regiões classificadas nos dois menores desempenhos (1° quintil e 2° quintil);

Mapa 8 - Média do desempenho da dimensão processo de trabalho das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O processo de trabalho realizado pela equipe de AB influencia diretamente no acesso e na integralidade assistencial aos usuários do SUS. Alguns pressupostos que podem influenciar no processo de trabalho foram evidenciados, como o tamanho do território de atuação da equipe, sendo que 68% das equipes possuem população adscrita acima do recomendado de 3.500 pela PNAB, sendo que 34% das equipes relataram apresentar áreas descobertas e destas, 66% informaram que atendem todos os dias usuários da área descoberta.

Para se estabelecer uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes, a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência, seja por meio de adscrição territorial, seja por meio de inscrição voluntária ou pelo registro dos pacientes em uma unidade de saúde de escolha do usuário. Na adscrição territorial, a unidade atende somente a população residente de uma determinada área. Com a continuidade da relação ao longo do tempo, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes a conhecer os profissionais, permitindo uma relação humanizada e mais integral, o que proporciona maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A extensão da área de cobertura apresenta importante variação entre países europeus, de 1.030 na Itália, 1.500 em Portugal, 1.432 no Reino Unido, 2.350 na Holanda, até no máximo de 2.500 na Espanha (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Sobre a organização da agenda para o acesso, 62% das equipes não fazem agendamento por telefone e a região Nordeste apresentou a maior quantidade de equipes sem telefone na UBS.

Para o balanceamento entre demanda e oferta é necessário envolver várias ações como a utilização de tecnologias alternativas ao atendimento presencial, com a definição de uma quantidade diária de agendamentos a serem feitos de forma não presencial na unidade por telefone ou por internet. Em Israel, 60% do total de consultas pediátricas são realizadas por telefones celulares. Na Inglaterra, está-se estimulando a utilização de tecnologia de informação na APS para atendimentos a distância, e a razão está nas dificuldades crescentes para conseguir marcar consultas com os médicos generalistas. Por essa razão, as pessoas estão usando atendimentos por telefone e por internet e, recentemente, consultas por videoconferências (PRIMARY CARE WORFORCE COMMISSION, 2015; BRITNELL, 2015; MENDES, 2019).

Em uma pesquisa de opinião feita na Inglaterra com pessoas usuárias da APS, identificou-se os métodos alternativos às consultas presenciais face a face têm a seguinte ordem de prioridade: 58% para atendimentos por telefone, 16% para atendimentos por correio eletrônico e 12% para atendimentos por videoconferências; contudo, não se encontraram evidências de preferências das tecnologias alternativas em relação aos atendimentos face a face presenciais (HEALTHWATCH SUTTON, 2014; MENDES, 2019).

Ainda que não seja uma prática extensiva, os atendimentos por telefone apresentaram aspectos positivos na APS no SUS, com diminuição dos custos e tempo, redução de faltas às consultas, aumentaram a cobertura vacinal, melhoraram a promoção da saúde, proporcionaram

feedback após alta e foram importantes em momentos de mortes (GROSSMAN e TAVARES, 2012; MENDES, 2019).

Os atendimentos à distância por telefone são muito adequados para o monitoramento de planos de cuidado e de planos de autocuidado. No Brasil, a utilização de atendimentos à distância por telefone na APS é, ainda, pouco empregada. Não é uma prática corrente dar às pessoas usuárias o telefone celular do profissional. Contudo, experiência relatada no nosso país mostrou que os temores dos profissionais de saúde de um uso inadequado ou excessivo por parte das pessoas usuárias e de seus familiares não têm fundamento (GROSSMAN e TAVARES, 2012; MENDES, 2019).

O fato de que, hoje, quase toda a população brasileira dispõe de telefone celular deve estimular a incorporação dessa ferramenta na clínica da APS. É um instrumento potente, juntamente com os atendimentos por internet, para racionalizar o acesso aos cuidados primários (MENDES, 2019).

Em relação ao agendamento, 30% das equipes não realizaram estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses e 23% não possuem protocolo para atendimento da demanda espontânea.

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou dois volumes do Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea, com intuito de apoiar as equipes de AB quanto esse processo no dia a dia das equipes, reconhecendo que o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. O acolhimento se destaca como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios (BRASIL, 2013).

Outro aspecto importante quanto a organização da agenda, 25% das equipes responderam que o usuário chega cedo e pega senha para atendimento e 26% relatou que o atendimento é por ordem de chegada.

A implantação de acolhimento da demanda espontânea provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários

exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013).

Na análise do acesso aos exames na AB, 37% das equipes relataram que não fazem coleta de exames na UBS e 64% não realizam eletrocardiograma (ECG) na UBS.

O eletrocardiograma (ECG) é um exame simples, de baixo risco, baixo custo e de grande valor diagnóstico. Em 2007, em Belo Horizonte, foi implantado o TeleECG, por meio da implantação de equipamentos de ECG digital nas UBS e treinamento para enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos das equipes de saúde da família com envio dos traçados para a central de laudos localizada no Hospital das Clínicas (HC). Os médicos das Equipes de Saúde da Família (eSF) foram capacitados para identificação dos exames normais, por meio de um curso à distância em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mina Gerais. O referido estudo evidenciou que as principais vantagens demonstradas pelo TeleECG são: 1) comodidade para o paciente - evita deslocamento até uma unidade especializada para realizar o exame; 2) rapidez na realização e acesso ao resultado; 3) acesso ao especialista (cardiologista) por meio do laudo emitido em até 15 minutos em casos identificados como de urgência e até 48 horas em exames não urgentes; 4) qualificação dos encaminhamentos; 5) capacitação permanente dos médicos das ESF. A incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área de saúde tem propiciado a qualificação do atendimento, agilizado a tomada de decisão por meio de apoio diagnóstico e também contribuído para a humanização da atenção prestada ao usuário (MACHADO et al, 2012).

Num estudo sobre os motivos para solicitar um ECG em um serviço de atenção primária de Portugal, encontrou-se que o exame é solicitado quando se apresenta sintomas cardíacos dos pacientes e para acompanhamento de fatores de risco cardiovasculares, particularmente hipertensão e diabetes mellitus, em um nível de decisão orientado para a clínica. Embora a evidência do valor preventivo de ECG na população saudável seja escasso e as recomendações sugerem não usá-lo, pode-se assumir um potencial benefício da avaliação periódica de saúde, melhorando a adesão à algumas medidas preventivas. No estudo, quase um quarto do ECG solicitado no serviço foi para avaliação de rotina de saúde, o que significa mais atenção aos pacientes e como fator de motivação para o cuidado na APS. O simbolismo do coração, ligado à fonte da vida espiritual e emocional, cria um forte efeito nos pacientes, tornando-os mais receptivos à mensagem baseada em evidências, mesmo que a segurança seja a única receita para melhorar as queixas dos pacientes (SANTOS et al, 2015).

Quanto ao planejamento familiar, 96% das equipes relataram que realizam essa atividade, mas apenas 21% realizam a inserção do DIU na UBS. Na análise desse pressuposto, as equipes relataram que os motivos que dificultam a oferta desse procedimento, por ordem de dificuldade são: 1- a falta de profissional e recursos humanos; 2- a falta de materiais e insumos; 3- falta de capacitação e treinamento; 4- infraestrutura inadequada e; 5- falta de protocolos.

O SUS disponibiliza diversos tipos de métodos contraceptivos, incluindo aqueles reversíveis de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. Trata-se de um método seguro, altamente eficaz, com taxas de falhas extremamente baixas, semelhantes às observadas na esterilização cirúrgica feminina (0,5%). É o método reversível mais usado em todo o planeta, porém, permanece subutilizado em algumas regiões do mundo (América do Norte, Sul da Ásia, Oceania, África subsaariana e América Latina) (GONZAGA et al, 2017).

Num estudo realizado na macrorregião de Minas Gerais, evidenciou-se que o acesso aos serviços de saúde pode estar centrado nas características dos indivíduos (aquele que procura cuidados e aquele que o conduz dentro do sistema de saúde); nas características da oferta; em ambas as características; ou na relação entre eles (indivíduos e oferta). Dessa forma, o acesso à utilização dos serviços de saúde pode apresentar graus diferentes de facilidades ou dificuldades, dependendo da organização dos serviços de saúde, dos recursos disponíveis (como os métodos contraceptivos) e das características da oferta, determinando a resposta às necessidades de saúde de uma população, ou seja, há diversas barreiras organizacionais e individuais que permeiam o acesso das mulheres ao DIU no país. Na maioria dos municípios, ao evidenciar as barreiras organizacionais, a disponibilização do DIU só é realizada mediante prescrição médica (86,5%), realização de exames (71,6%) e/ou participação de grupos educativos (25,4%). Outro achado importante é que para inserção do DIU é necessário agendamento prévio, com tempo de espera média de 1 a 4 semanas e em 97% o profissional que insere é o ginecologista e obstetra (GONZAGA et al, 2017).

A utilização de protocolos específicos e a ampliação da atuação de outros profissionais de saúde, treinados e capacitados, na disponibilização/inserção do DIU, por meio de *Task Shifting*, podem representar ações eficazes e seguras para diminuir barreiras ao DIU, melhorar o acesso e evitar transtorno legal e ético ao profissional de saúde (OMS, 2012; GONZAGA et al, 2017).

De acordo com o Painel de Formas eficazes de investir em Saúde da Comissão Européia (2019), a mudança de tarefas (*Task Shifting*) foi definida pela OMS, há mais de uma década, como “redistribuição racional de tarefas entre as equipes da força de trabalho em saúde”. Isso tem o mérito da simplicidade e racionalidade, que resulta na tarefa sendo alocada para a pessoa

mais apropriada. De acordo com a OMS, as tarefas específicas são movidas, quando apropriado, de profissionais de saúde qualificados para profissionais de saúde com menos qualificações para uso mais eficiente do recurso humano disponível para a saúde. Esse processo sugere um nível de permanência na "troca de tarefas" em oposição a uma oportunidade de acesso a determinada ação ou procedimento, o que pode estar relacionado a custos monetários ou à disponibilidade de recursos (OMS, 2008; COMISSÃO EUROPÉIA DE SAÚDE, 2019)

Há pouca evidência sobre a eficácia da atribuição rígida entre diferentes profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, mas grupos não médicos, especialmente enfermeiros e farmacêuticos, podem realizar papéis substancialmente expandidos e ampliados em comparação com o que tradicionalmente tem acontecido. Contudo, devem ser adequadamente treinados, apoiados e funcionar em equipes integradas com compartilhamento de informações (COMISSÃO EUROPÉIA DE SAÚDE, 2019)

A limitação da atuação de outros profissionais de saúde, que não o médico, na inserção do DIU pode se constituir em barreiras para realização de tal procedimento, pelo fato que esse profissional nem sempre está capacitado ou disponível para inserir o DIU. No Brasil, a inserção do DIU pode ser realizada por outros profissionais de saúde treinados e capacitados, sendo que o enfermeiro treinado e capacitado tem competência legal para inserir e retirar o DIU (GONZAGA et al, 2017).

O projeto CHOICE, conduzido nos Estados Unidos, revelou que existe associação entre a diminuição de barreiras e o aumento do uso do DIU, por meio da inserção imediata do método logo após o manifesto desejo de usá-lo, sem custo para a mulher. Nesse projeto, com a redução do tempo de espera e a quebra de barreira do custo, foi possível aumentar o uso do DIU de 3% para 56%. Tal processo de trabalho, como a inserção imediata do DIU, é considerado factível no Brasil, tendo em vista a alta cobertura da população pela ESF acima de 60% (SECURA et al, 2010; GONZAGA et al, 2017).

Recentemente, o Ministério da Saúde revogou a Nota Técnica nº 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS, que de acordo com o Manual Técnico para Profissionais de Saúde descrevia que "A inserção do DIU pode ser feita por profissional médico ou enfermeiro treinado e não deve ser uma prática exclusiva do especialista ou vinculada à realização de exames complementares, como ultrassonografia de rotina". Desta forma, desde 19 de dezembro de 2019, o Ministério da Saúde passou a vetar que esse procedimento seja realizado por enfermeiros no âmbito da Atenção Básica e das maternidades, apresentado um retrocesso no acesso a esse método contraceptivo.

Outros procedimentos ainda possuem destaque de dificuldade de acesso, como a realização de drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvido e extração de unha, com variação de 24% a 48% das equipes que não realizam esse tipo de atividade na atenção básica.

A abrangência (*comprehensiveness*) ou integralidade implica no reconhecimento pela equipe de saúde do amplo espectro de necessidades dos usuários, buscando garantir todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, sendo que a unidade básica de saúde deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes, mesmo que não ofereça diretamente, mas assegurando por meio de encaminhamentos o acesso aos serviços especializados, consultas, internações, atenção domiciliar, serviços sociais dentre outros (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Em relação à comunicação da atenção básica com outros pontos na rede de atenção à saúde, 89% das equipes disseram que possuem algum canal de comunicação, mas este se apresentou de forma variável e de acordo com o tipo de serviço de outro nível de atenção, sendo que 41% das equipes disseram que a consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas e 56% que o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe. Essa evidencia mostra que deste modo, as equipes de AB não possuem o controle dos agendamentos ou mesmo se os pacientes levaram o encaminhamento à central de marcação, dificultando o processo de coordenação do cuidado.

Para que uma atenção integral seja garantida, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, e garantir a continuidade do cuidado evitando duplicação e interrupção das intervenções (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Apenas 22% das equipes de AB se comunicam com o serviço especializado por meio do prontuário eletrônico e 88% relataram que utilizam ficha de papel para encaminhamento ao serviço especializado. O eSUS AB em suas versões atuais tem apresentado evolução de suas funcionalidades quanto prontuário eletrônico, mas ainda não possui integração com à central de agendamento e regulação para os serviços especializados. O Sistema público disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores é o SISREG, um sistema *on-line*, disponibilizado pelo Datasus para gerenciamento e operação das centrais de regulação, sendo composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). O SISREG e o eSUS AB não possui interoperabilidade, o que dificulta o processo de coordenação

do cuidado pelas equipes de AB. O próprio eSUS AB proporciona o uso de fichas de papel pelas equipes, devido não ter comunicação com o serviço especializado, encerrando sua funcionalidade como prontuário eletrônico na pós consulta ou encerramento do atendimento na unidade.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca os problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal do paciente, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência) após o encaminhamento a profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêutico (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Em relação as atividades preventivas de rastreamento, 20% das equipes não tinham o registro dos exames citopatológicos do colo uterino alterados e 34% não tinham o registro dos exames atrasados. Quanto ao rastreamento de câncer de mama, 38% das equipes não tinham o registro das mamografias alteradas.

De acordo com o MS, a rotina preconizada no rastreamento de câncer de colo do útero no Brasil, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual. Dos 12 milhões de exames realizados por ano, o que teoricamente cobriria 36 milhões de mulheres (aproximadamente 80% da população-alvo do programa), mais da metade é repetição desnecessária, ou seja, realizados antes do intervalo proposto, diminuindo a efetividade do programa. A particularidade na rotina do rastreamento refere-se àquelas portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas, que devem realizar o exame anualmente, pois apresentam defesa imunológica reduzida e, em consequência, maior vulnerabilidade para as lesões precursoras de câncer do colo do útero. O câncer de colo do útero é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina, com incidência de 16.370 casos em 2018, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2010).

O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100%. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado. Os critérios para o rastreamento são, entretanto, alvo de

permanente debate na comunidade científica, tendo em vista a necessidade de se definir o uso mais adequado dos recursos para o alcance dos melhores resultados. A periodicidade de acordo com as recomendações do INCA é que para mulheres de 40- 49 anos, exame clínico das mamas (ECM) anual, e se tiver alterado, mamografia; 50-69 anos, ECM anual e mamografia de dois em dois anos e; mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado, ECM e mamografia anual (WHO, 2008; BRASIL, 2010).

Na avaliação do cuidado do pré-natal e puerpério, 19% das equipes não possuem o registro de gestantes de alto risco, 23% não realizam a consulta de puerpério na primeira semana após o nascimento do bebê e 23% relataram que não aplicam a penicilina G benzatina na UBS.

De todas as pessoas infectadas com sífilis, as mulheres grávidas e seus bebês são os mais vulneráveis, e mesmo com progressos desde o lançamento em 2007 da iniciativa de eliminação de sífilis congênita, a carga global de sífilis materna permanece alta, com mais de 900.000 infecções maternas estimadas por sífilis, resultando em 350.000 resultados adversos ao nascimento em 2012. Estratégias importantes tem sido no sentido de expansão do acesso aos testes rápidos de sífilis, incluindo testes rápidos duplos de HIV / sífilis, como o tratamento com penicilina no mesmo dia do diagnóstico das mulheres grávidas com resultado positivo para sífilis. A garantia do suprimento global contínuo de penicilina benzatina de acordo com a demanda é um componente necessário para a prevenção da morbimortalidade infantil associada à sífilis na gravidez, principalmente à medida que mais países avancem na direção às metas de eliminação da sífilis congênita (TAYLOR et al, 2016).

No estudo no Brasil sobre a adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, evidenciou-se que a inadequação do pré-natal foi associada à idade inferior a 20 anos, escolaridade menor que quatro (4)anos, cor da pele não branca e não ter companheiro. Entre os casos de sífilis congênita, 17,2% das mães não compareceram ao pré-natal, afetando mais frequentemente mulheres vulneráveis, incluindo uma proporção maior de adolescentes, mulheres com baixa escolaridade e mulheres de cor não branca. O segundo ciclo do PMAQ-AB mostrou disponibilidade mediana de 27,3% para testes rápidos de sífilis, 67,7% para penicilina benzatina e 86,7% para administração de penicilina benzatina pelas equipes de saúde. O uso de dados públicos mostrou baixa adequação do pré-natal nas capitais brasileiras, denotando qualidade insuficiente para o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, apesar da disponibilidade de suprimentos (BENZAKEN et al, 2020).

Embora tenha havido um aumento na cobertura pré-natal, e que a maioria das mulheres grávidas, de acordo com o banco de dados entre 2013 e 2014, apresentaram acesso a seis ou mais consultas de pré-natal, os resultados mostram associação do acesso reduzido conforme a

posição socioeconômica e escolaridade das gestantes. O recebimento da assistência financeira familiar (Bolsa Família) foi insuficiente para evitar desigualdades no acesso a testes rápidos de HIV e sífilis e, por outro lado, receber assistência financeira da família foi associado a um maior número de consultas. Estudos nacionais indicam falhas no pré-natal em relação à sífilis e ao controle do HIV, com oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento, sendo necessário melhorar a organização dos serviços para aumentar a eficácia do programa de controle, com impacto na redução da morbimortalidade materna e infantil causada por ambos (FREITAS et al, 2016).

Quanto ao cuidado das doenças infectocontagiosas, 16% das equipes disseram que possuem casos de tuberculose (TB), mas não conseguiram comprovar o registro dessas pessoas na UBS, 27% das equipes relataram que não realizam a notificação de TB na UBS e 29% não coletam a primeira amostra escarro dos pacientes suspeitos de TB na UBS. Quanto a hanseníase, 25% disseram que possuem casos, mas não possuem o registro das pessoas na UBS. Esse processo tem impacto direto na coordenação do cuidado e o manuseio dessas condições de saúde.

Em 2017, estima-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose (TB) e que a doença tenha causado 1,3 milhão de mortes no mundo, o que mantém a TB entre as 10 principais causas de morte no planeta. No Brasil foram registrados 72.788 casos novos de TB em 2018. Embora, de 2009 a 2018, o coeficiente de incidência tenha apresentado queda média anual de 1,0%, entre os anos de 2017 e 2018 este indicador apresentou aumento em comparação ao período de 2014 a 2016. Em 2017, foram registrados 4.534 óbitos pela doença, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab., sendo o mesmo valor obtido no ano anterior. Em 2018, 72,7% dos casos novos pulmonares apresentaram confirmação do diagnóstico por pelo menos um exame laboratorial; 75,5% dos casos novos foram testados para o HIV; e, entre os positivos, 47,4% fizeram a terapia antirretroviral durante o tratamento da TB. Em 2018, os dois estados com maior coeficiente de incidência de TB foram Amazonas (72,9 casos/100 mil hab.) e Rio de Janeiro (66,3 casos/100 mil hab.), cujas capitais também apresentaram os maiores coeficientes, sendo de 102,6 casos/100 mil hab. em Manaus e 89,9 casos/100 mil hab. no Rio de Janeiro. No Brasil, em 2018, 423 casos de TB foram notificados após o óbito, sendo 199 (47%) na região Sudeste e 169 (40%) na região Nordeste (BRASIL, 2019).

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. A magnitude e o alto poder incapacitante mantêm a doença como um problema de saúde pública. Em 2016, segundo a OMS, 143 países reportaram 214.783 casos

novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo. A predominância de hanseníase em homens com baixa escolaridade pode sugerir a insuficiência dos determinantes sociais, que assumem papel importante no processo de adoecimento da população (BRASIL, 2018).

Para Giovanella e Mendonça et al (2012), a coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional e das mudanças no perfil epidemiológico, com crescente prevalência de doenças crônicas, com necessidade de coordenação do cuidado pela atenção básica.

No contexto das arboviroses no Brasil, 40% das equipes não realizam atividades de identificação de áreas com maior risco de transmissão vetorial, sendo que nos casos de manejo de cuidado, 13% não inicia a hidratação oral enquanto o paciente aguarda na recepção e 22% não faz hidratação endovenosa na UBS.

Em 2019, foram notificados 1.544.987 casos prováveis de dengue no Brasil, com taxa de incidência de 735,2 casos por 100 mil habitantes. A Região Centro-Oeste apresentou 1.349,1 casos/100 mil habitantes, em seguida as regiões Sudeste (1.159,4 casos/100 mil habitantes), Nordeste (376,7 casos/100 mil habitantes), Norte (195,8 casos/100 mil habitantes) e Sul (165,2 casos/100 mil habitantes). Sobre os dados de chikungunya, foram notificados 132.205 casos prováveis com taxa de incidência de 62,9 casos por 100 mil habitantes no país. As regiões Sudeste e Nordeste apresentam as maiores taxas de incidência, 104,6 casos/100 mil habitantes e 59,4 casos/100 mil habitantes, respectivamente. Em relação aos dados de Zika, foram notificados 10.768 casos prováveis com taxa de incidência 5,1 casos por 100 mil habitantes no país. A região Nordeste apresentou a maior taxa de incidência (9,5 casos/100 mil habitantes), em seguida as regiões Centro-Oeste (taxa de incidência 5,8 casos/100 mil habitantes), Norte (taxa de incidência 4,3 casos/100 mil habitantes), Sudeste (taxa de incidência 4,0 casos/100 mil habitantes) e Sul (taxa de incidência 0,4 casos/100 mil habitantes) (BRASIL, 2019).

Em 2019, foram confirmados 1.419 casos de dengue grave (DG) e 18.740 casos de dengue com sinais de alarme (DSA). Foram confirmados 782 óbitos por dengue no país, sendo 101 por critério clínico epidemiológico. As maiores taxas de letalidade (óbitos/100) considerando os casos prováveis de dengue, foram observadas nas regiões Centro-Oeste 0,08% e Sul 0,06%. Em relação à chikungunya, foram confirmados 92 óbitos, sendo 19 por critério clínico epidemiológico. As maiores taxas de letalidade (óbitos/100) considerando os casos

prováveis de chikungunya foram observadas nas regiões Centro-Oeste (0,09%), Sudeste (0,07%) e Nordeste (0,07%), embora 71,7% (66 óbitos) estejam localizados no estado do Rio de Janeiro. Em relação aos óbitos por Zika, foram confirmados três óbitos, todos por critério laboratorial, no estado da Paraíba. A taxa de letalidade por dengue e chikungunya foi maior entre os idosos a partir dos 60 anos, e dentro dessa categoria, os mais afetados foram aqueles com 80 anos ou mais, sendo que no chikungunya destaca-se também a faixa etária de menores de 1 ano. O risco relativo (RR) de morrer por dengue na faixa etária de 80 anos ou mais foi 129,7 vezes maior que na faixa etária de 1 a 4 anos, enquanto no chikungunya o RR na faixa etária maior ou igual a 80 anos ou mais foi 87,4 vezes mais que no grupo de comparação (10 a 19 anos), e em menores de 1 ano foi 31,0 vezes mais. Em relação aos óbitos de Zika, as idades foram 2 anos, 14 anos e 40 anos (BRASIL, 2019).

Em relação ao cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, 11% das equipes informaram que não atendem essas necessidades e 42% não possuem o registro de pacientes com sofrimento psíquico grave que foram encaminhados ou estão em tratamento em outro ponto de atenção.

De acordo com o terceiro Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira realizado pela FIOCRUZ em 2017, quanto as substancias lícitas, a pergunta sobre o uso de bebidas alcoólica nos últimos 30 dias, na população brasileira, obteve a prevalência de 30,1%, o que representa aproximadamente 46 milhões de habitantes. A prevalência do consumo em *binge drinking*[22] foi 16,5%, correspondendo a aproximadamente 25 milhões de habitantes. Quanto ao tabaco, estima-se que cerca de 26,4 milhões de brasileiros de 12 a 65 anos tenham consumido algum produto de tabaco nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo que cerca de 1,1 milhões dessas pessoas tenham consumido a mistura de tabaco e maconha. Das pessoas que consumiram cigarros, 23,5% deles apresentaram grau de dependência elevado ou muito elevado, o que corresponde a cerca de 4,9 milhões de brasileiros (ou 3,2% da população geral de 12 a 65 anos). Embora a região Centro-Oeste tenha apresentado a maior prevalência de dependentes de nicotina dentre os fumantes de cigarros industrializados (31,9%), contudo, em números absolutos, a região Sudeste apresentou cerca de três vezes mais indivíduos dependentes de nicotina do que a região Centro-Oeste.

[22] Binge drinking- beber episódico pesado, como seis ou mais doses de álcool em uma única ocasião ao menos uma vez por mês. Esse padrão de consumo provoca intoxicação, é associado à violência, acidentes, comportamento sexual de risco, doenças crônicas e dependência de álcool entre outros problemas agudos e crônicos, portanto, é considerado um problema de saúde pública (WHO, 2014; FIOCRUZ, 2017).

No Brasil, 3382 (9%) das equipes de AB responderam que não realizam atendimentos para usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos.

As classes de medicamentos mais consumidas de forma não prescrita ou consumidas de forma diferente da prescrita, na vida, foram a de benzodiazepínicos (3,9%), a de opiáceos (2,9%) e a classe dos anfetamínicos (1,4%). O uso de opiáceos (0,6%) foi mais prevalente do que o uso de benzodiazepínicos (0,4%) (FIOCRUZ, 2017).

Os cinco princípios ativos em formulações industrializadas mais consumidos no estado de São Paulo em 2011 foram Clonazepam (2.746.784), Alprazolam (1.528.033), Bromazepam (1.288.236), Amitriptilina (1.060.116) e Fenobarbital (1.047.659) por unidades físicas dispensadas (ANVISA, 2012).

Quanto ao uso de substancias ilícitas[23], as maiores prevalências foram observadas em relação ao consumo de maconha, utilizada por aproximadamente 2,2 milhões de indivíduos, e apresentando uma estimativa substancialmente maior, em pelo menos cinco vezes, do que a de quaisquer outras substâncias. Também aqui a segunda substância mais frequentemente consumida é a cocaína em pó, mas as cocaínas fumadas figuram logo após, com valores relativamente próximos aos da cocaína em pó. O uso de alguma substância ilícita na vida foi reportado por aproximadamente 15 milhões de indivíduos, e o uso nos últimos 30 dias por 2,5 milhões, sendo a mediana da idade do primeiro consumo de 16,6 anos (FIOCRUZ, 2017).

Quanto ao cuidado das pessoas com deficiência na AB, 15% das equipes não possuem registro das pessoas com deficiência na sua área adscrita e 51% não possuem o registro das pessoas com deficiência que estão sendo acompanhados em outros pontos de atenção. Esse dado mostra que parte das equipes de AB não estão realizando a coordenação do cuidado para esse grupo de pacientes vulneráveis em sua área adscrita.

De acordo com a UNESCO (2017), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo vivem com alguma forma de deficiência, destas quase 93 milhões são crianças. No Brasil, são 45,6 milhões de pessoas, que representam quase 24% da população brasileira com algum tipo de deficiência.

---

[23] Substancias ilícitas consideradas no levantamento: maconha, haxixe ou skank, cocaína em pó (excluídas as formas fumada e injetável), crack e similares1 (cocaínas fumáveis), solventes, ecstasy/MDMA, ayahuasca, LSD, quetamina e heroína (FIOCRUZ, 2017).

4.4.4 Resultado da classificação de desempenho da dimensão estrutura e funcionamento da UBS e da dimensão acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB

Após o descritivo detalhado das duas dimensões avaliadas, realizou-se a análise da média do resultado conjunto da classificação de desempenho da dimensão Estrutura e Funcionamento da UBS e da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no 3° ciclo do PMAQ AB, que juntas representam 74% do desempenho total do eixo da avaliação externa. Das 38.865 equipes de atenção básica que fizeram adesão ao 3° ciclo do PMAQ AB, 1.820 (4,7%) foram desclassificadas ou tiveram desempenho insatisfatório, com isso, não pontuado desempenho, restando 37.045 equipes de atenção básica. Na análise do banco de dados, 9 foram excluídas devido não possuir o resultado da classificação de desempenho, restando 37.036.

Na avaliação da classificação de desempenho da dimensão Estrutura e Funcionamento da UBS e da dimensão Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho no Brasil, a média de desempenho foi de 48% (17686) com desempenho Ótimo, 26% (9755) Muito Bom, 16% (5900) Bom, 9% (3462) Regular e 1% (233) Ruim.

Tabela 170 - Desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%	Total
Centro-Oeste	1262	717	433	203	11	**2626**
Nordeste	7395	3574	1843	849	68	**13729**
Norte	715	898	735	570	66	**2984**
Sudeste	5960	2908	1956	1351	69	**12244**
Sul	2354	1658	933	489	19	**5453**
Brasil	**17686**	**9755**	**5900**	**3462**	**233**	**37036**
(%) Brasil	**48%**	**26%**	**16%**	**9%**	**1%**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

A regiões Norte e Sul apresentaram a menor quantidade de equipes com desempenho Ótimo, com 24% e 43% respectivamente. As regiões Norte e Sudeste apresentaram o maior quantidade de equipes de AB com desempenho abaixo de 60%, 21% e 12% respectivamente.

Tabela 171 - Percentual do desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%
Centro-Oeste	48%	27%	16%	8%	0%
Nordeste	54%	26%	13%	6%	0%
Norte	24%	30%	25%	19%	2%
Sudeste	49%	24%	16%	11%	1%
Sul	43%	30%	17%	9%	0%
(%) Brasil	**48%**	**26%**	**16%**	**9%**	**1%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 172 - Estratificação do desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	>60%	%	<=60%	%
Centro-Oeste	2412	92%	214	8%
Nordeste	12812	93%	917	7%
Norte	2348	79%	636	21%
Sudeste	10824	88%	1420	12%
Sul	4945	91%	508	9%
Total Geral	**33341**	**90%**	**3695**	**10%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação geral das duas dimensões, estrutura e processo de trabalho, nas equipes de saúde no Brasil, considerando um score máximo de desempenho de 100%, a média da classificação de desempenho obtido pelas equipes de AB foi de 77%, com desvio padrão de 12%, com mínimo de 11% e máximo de 99%. A mediana foi de 79%, com intervalo do 1° quartil de 70% e 3° quartil de 85%. O melhor score médio de desempenho foi na região Nordeste com 78% e o score médio mais baixo foi na região Norte com 70%.

Tabela 173 - Desempenho obtido da dimensão estrutura e processo de trabalho nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2626	77%	11%	31%	71%	79%	85%	96%
Nordeste	13729	78%	11%	11%	73%	80%	86%	99%
Norte	2984	70%	12%	15%	63%	72%	79%	96%
Sudeste	12244	77%	12%	24%	69%	79%	86%	99%
Sul	5453	76%	11%	28%	70%	78%	85%	96%
Total Geral	**37036**	**77%**	**12%**	**11%**	**70%**	**79%**	**85%**	**99%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Para verificar as diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, utilizou-se quintis para mostrar como se distribuiu o desempenho das dimensões estrutura e processo de trabalho das equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (55,0% a 68,8%) do desempenho obtido nessas dimensões, identificado em 3 estados da região Norte –Amazonas, Acre, Rondônia, 1 estado na região Nordeste – Maranhão, 1 estado da região Sudeste- Espírito Santo e o Distrito Federal.

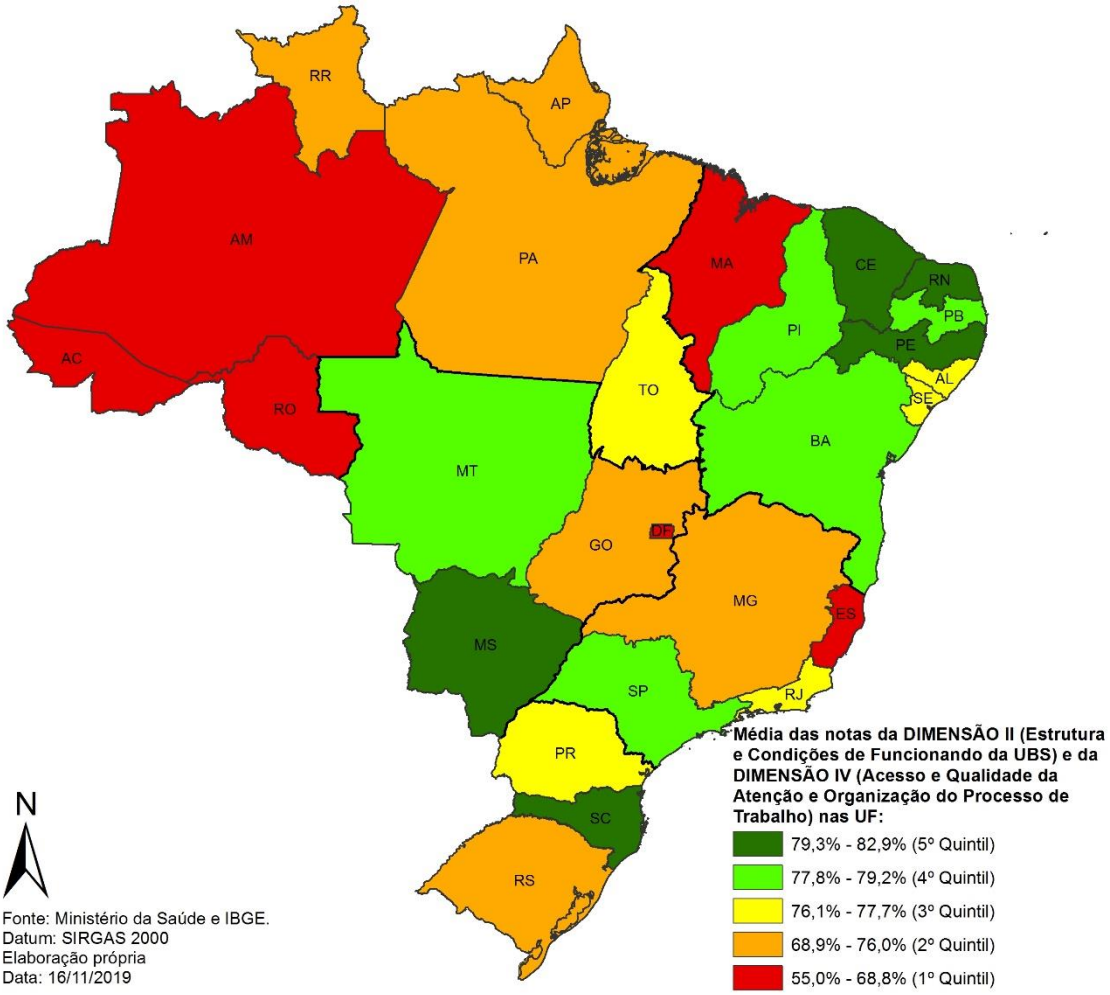
O segundo quintil apresentou 68,9 a 76,0% da média do desempenho obtido nessas dimensões, identificado em 3 estados da região Norte- Roraima, Amapá e Pará, 1 estado da região Sul- Rio Grande do Sul, 1 estado da região Centro-Oeste – Goiás e 1 estado da região Sudeste – Minas Gerais.

O terceiro quintil apresentou 76,1% a 77,7% da média do desempenho obtido nessas dimensões, identificado no estado de Tocantins da região Norte, 2 estados da região Nordeste – Alagoas e Sergipe, 1 estado da região Sudeste- Rio de Janeiro e 1 estado da região Sul- Paraná.

Com a média do desempenho obtido nessas dimensões entre 77,8% a 79,2%, o quarto quintil foi identificado no estado de Mato Grosso da região Centro-Oeste, Paraíba, Piauí e Bahia na região Nordeste e São Paulo na região Sudeste.

Por fim, o quinto quintil apresentou 79,3% a 82,9% média do desempenho obtido nessas dimensões, encontrado na região Centro-Oeste no estado do Mato Grosso do Sul, 3 estados da região Nordeste- Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco e 1 na região Sul- Santa Catarina. Apresentado abaixo o Mapa 9 com a visualização por UF:

Mapa 9 - Média do desempenho da dimensão estrutura e processo de trabalho nas equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do desempenho das equipes de atenção básica quanto ao resultado de desempenho nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 10 abaixo:

I. Nenhuma região de saúde do estado do Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Santa Catarina possui desempenho no 1° quintil, ou seja, nos intervalos de menor grupo de desempenho.

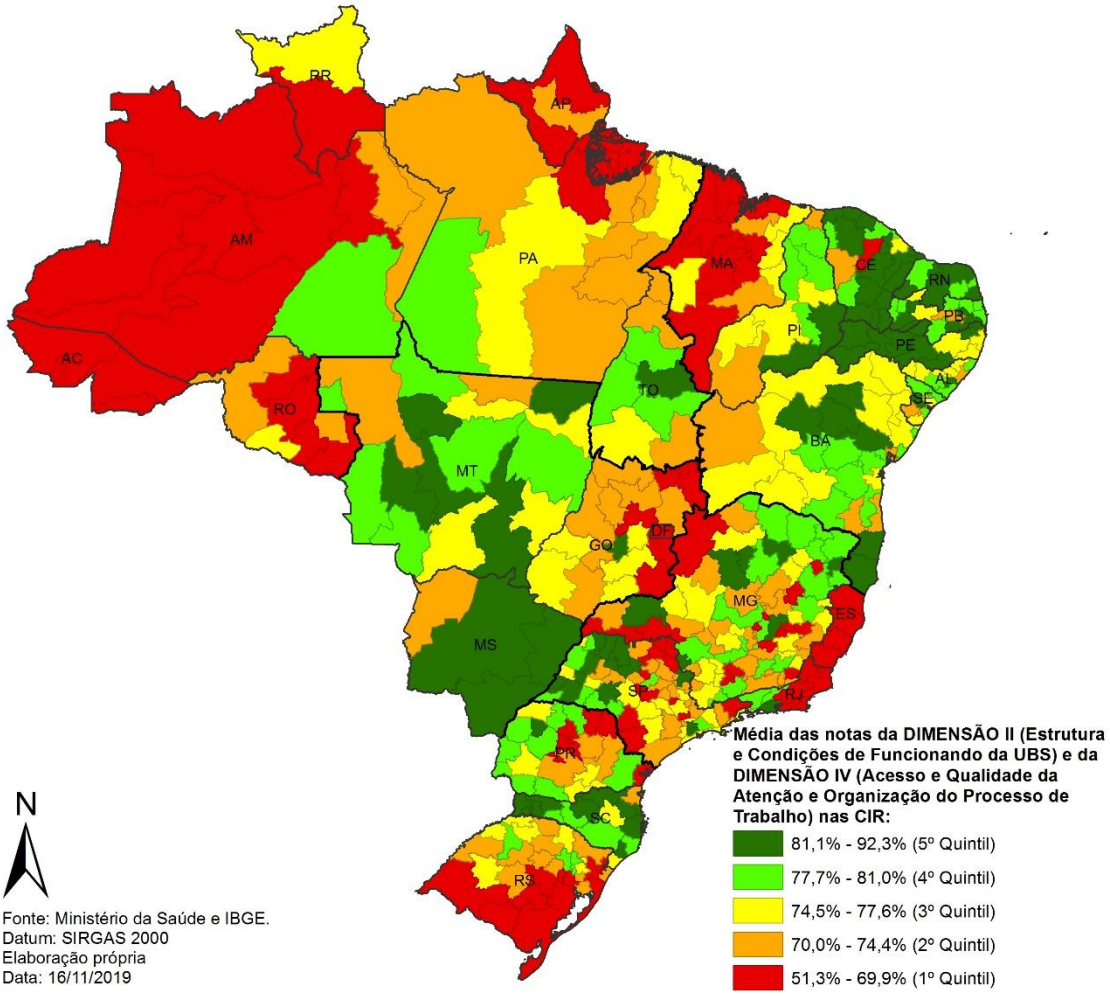
II. O estado do Maranhão, Acre, Rondônia, Amazonas, Amapá, Roraima, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul possuem boa parte das regiões de saúde no grupo desempenho menor (1° quintil);

III. O estado do Tocantins é o único da região Norte que não apresenta nenhuma região de saúde com desempenho no 1° quintil;

IV. Apenas uma região de saúde do estado de Goiás obteve desempenho no 5° quintil.

V. O Distrito Federal e parte do seu entorno tiveram regiões classificadas nos dois menores desempenhos (1° quintil e 2° quintil);

Mapa 10 - Média do desempenho da dimensão estrutura e processo de trabalho das equipes do PMAQ AB das CIR nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4.5 Resultado final da classificação de desempenho da avaliação externa do 3° ciclo do PMAQ AB

Na avaliação do resultado final da classificação de desempenho na avaliação externa no Brasil, 30% (11104) das equipes de atenção básica ficaram com desempenho Ótimo, 36% (13359) com desempenho Muito Bom, 23% (8638) com desempenho Bom, 10% (3817) com desempenho Regular e 0,3% (127) com desempenho Ruim.

Tabela 174 - Resultado final do desempenho da avaliação externa no Brasil

Brasil	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%	Total
Equipes	11104	13359	8638	3817	127	**37045**
%	30%	36%	23%	10%	0,3%	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação do resultado final da classificação de desempenho na avaliação externa nas regiões, as maiores quantidades proporcionais de equipes de atenção básica com desempenho Ótimo estão nas regiões Sudeste e Sul com 35% cada, com desempenho Muito Bom na região Nordeste com 41% e Sul com 36%, com desempenho Bom a região Norte com 38% e Centro-Oeste com 23%, com desempenho Regular a região Norte com 23% e a região Sudeste com 11% e com desempenho Ruim a região Norte com 1,2%, conforme Tabela 174 e 175 abaixo:

Tabela 175 - Resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%	Total
Centro-Oeste	781	920	684	236	5	**2626**
Nordeste	3810	5648	3114	1110	51	**13733**
Norte	268	868	1133	679	37	**2985**
Sudeste	4318	3971	2549	1379	30	**12247**
Sul	1927	1952	1158	413	4	**5454**
Brasil	**11104**	**13359**	**8638**	**3817**	**127**	**37045**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Tabela 176 - Percentual do resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥80%	Muito Bom > 70% até 79,99%	Bom > 60% até 70%	Regular > 40% até 60%	Ruim 0 até 40%	Total
Centro-Oeste	30%	35%	26%	9%	0,2%	100%
Nordeste	28%	41%	23%	8%	0,4%	100%
Norte	9%	29%	38%	23%	1,2%	100%
Sudeste	35%	32%	21%	11%	0,2%	100%
Sul	35%	36%	21%	8%	0,1%	100%
Brasil	**30%**	**36%**	**23%**	**10%**	**0,3%**	**100%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 89% (33101) das equipes de AB tiveram desempenho acima de 60% e 11% (3944) tiveram o desempenho igual ou abaixo de 60%. Todas as regiões seguem o padrão da média nacional, exceto a região Norte com 24% (716) das equipes de AB com desempenho igual ou abaixo de 60%.

Tabela 177 - Percentual do resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil

Região	>60%	%	<=60%	%
Centro-Oeste	2385	91%	241	9%
Nordeste	12572	92%	1161	8%
Norte	2269	76%	716	24%
Sudeste	10838	89%	1409	12%
Sul	5037	92%	417	8%
(%) Brasil	**33101**	**89%**	**3944**	**11%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

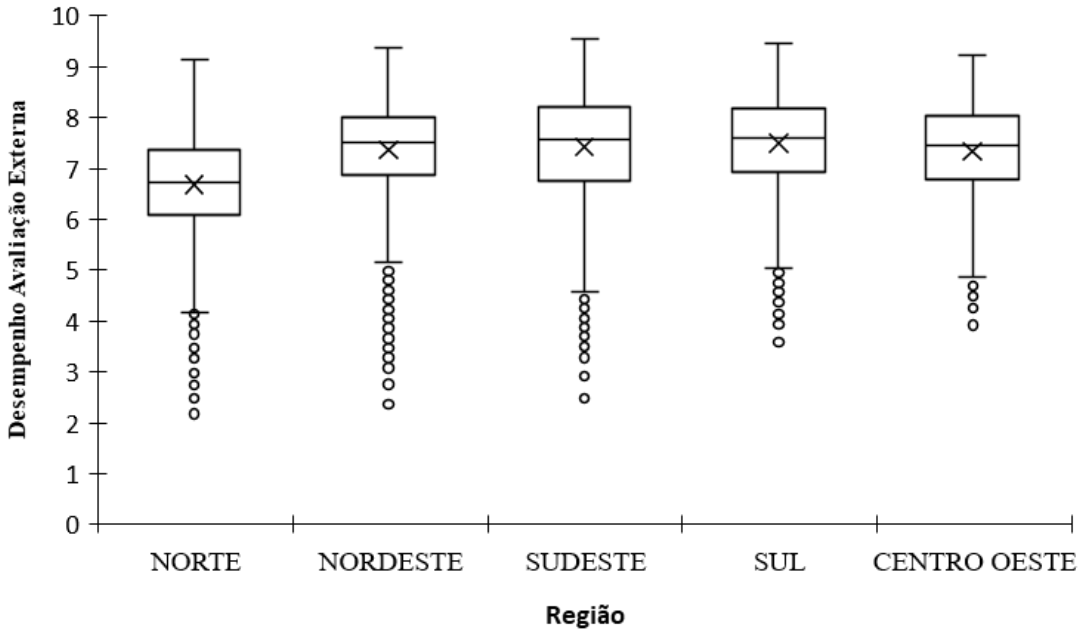
Na avaliação geral do resultado final do desempenho na avaliação externa, o Brasil atingiu a média de 73% do desempenho máximo possível pelas equipes de atenção básica, com desvio padrão de 10% para mais ou para menos, com desempenho mínimo de 22% e máximo de 95%. A mediana foi de 75%, sendo o grupo de equipes de AB no 1° quartil tiveram desempenho médio de 68% e do 3° quartil 81%.

Tabela 178 - Média do resultado final do desempenho da avaliação externa nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2626	73%	9%	39%	68%	74%	80%	92%
Nordeste	13733	74%	9%	24%	69%	75%	80%	94%
Norte	2985	67%	10%	22%	61%	67%	74%	91%
Sudeste	12247	74%	10%	25%	68%	76%	82%	95%
Sul	5454	66%	9%	36%	69%	76%	82%	95%
Brasil	**37045**	**73%**	**10%**	**22%**	**68%**	**75%**	**81%**	**95%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Gráfico 2 - Box Plot do Desempenho da Avaliação Externa



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para verificar as diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, realizou-se quintis para mostrar como se distribuiu o desempenho da avaliação externa nas equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (55,4% a 66,7%) do desempenho obtido na avaliação externa, identificado em 4 estados da região Norte –Amazonas, Acre, Rondônia e Pará, 1 estado na região Nordeste – Maranhão e 1 estado da região Sudeste- Espírito Santo.

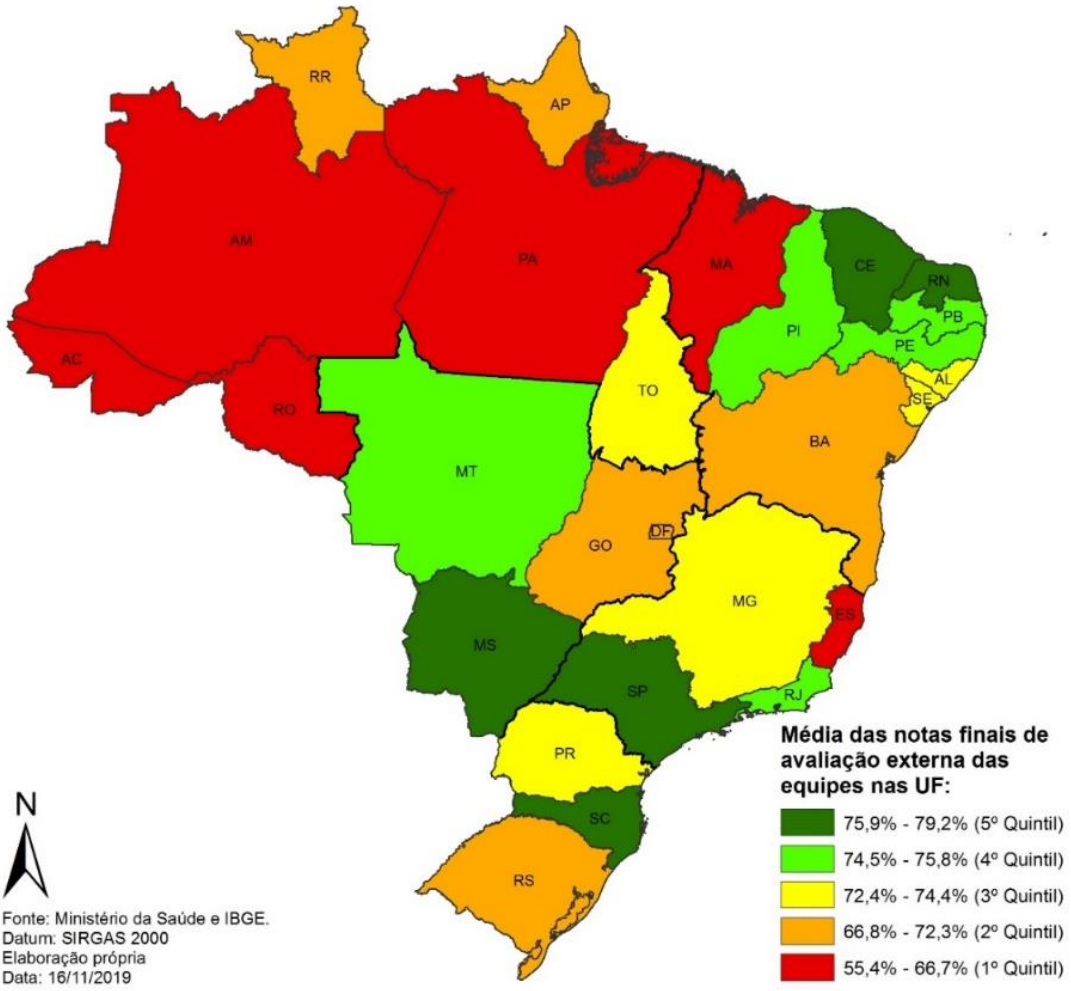
O segundo quintil apresentou 66,8 a 72,3% da média do desempenho obtido na avaliação externa, identificado em 2 estados da região Norte- Roraima e Amapá, 1 estado da região Nordeste- Bahia, 1 estado da região Sul- Rio Grande do Sul, 1 estado da região Centro-Oeste – Goiás e o Distrito Federal.

O terceiro quintil apresentou 72,4% a 74,4% da média do desempenho obtido na avaliação externa, identificado no estado de Tocantins da região Norte, 2 estados da região Nordeste – Alagoas e Sergipe, 1 estado da região Sudeste- Minas Gerais e 1 estado da região Sul- Paraná.

Com a média do desempenho obtido na avaliação externa entre 74,5% a 75,8%, o quarto quintil foi identificado no estado de Mato Grosso da região Centro-Oeste, Paraíba, Piauí e Pernambuco na região Nordeste e Rio de Janeiro na região Sudeste.

Por fim, o quinto quintil apresentou 75,9% a 79,2% média do desempenho obtido na avaliação externa, encontrado na região Centro-Oeste no estado do Mato Grosso do Sul, 2 estados da região Nordeste- Ceará e Rio Grande do Norte, 1 estado da região Sudeste- São Paulo e 1 na região Sul- Santa Catarina. Apresentado abaixo o Mapa 11 com a visualização por UF:

Mapa 11- Média do desempenho da nota final da avaliação externa nas equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do desempenho das equipes de atenção básica quanto ao resultado de desempenho da avaliação externa nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 12 abaixo:

I. Nenhuma região de saúde do estado do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Santa Catarina possuem desempenho no 1° quintil, ou seja, nos intervalos de menor grupo de desempenho.

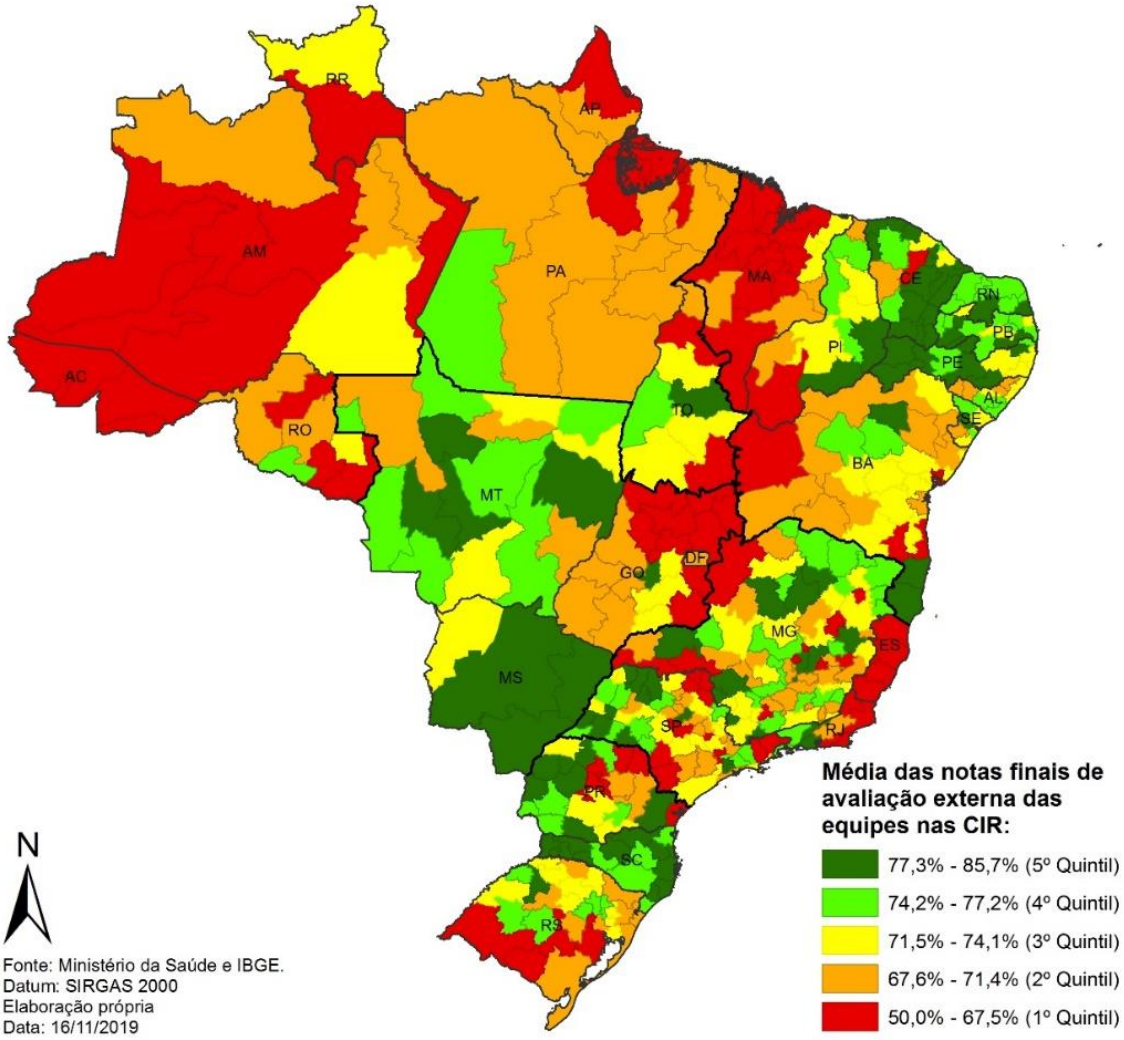
II. O estado do Maranhão, Acre, Amazonas, Espírito Santo possuem boa parte das regiões de saúde no grupo desempenho menor (1° quintil);

III. O estado do Santa Catarina é o único que apresenta todas regiões de saúde com desempenho no 4° quintil ou 5° quintil, ou seja, nos agrupamentos de melhor desempenho.

IV. Praticamente toda região Norte do estado de Goiás e o entorno do Distrito Federal tiveram o desempenho no 1° quintil.

V. O estado do Pará possui predominância de classificação no 2° quintil;

Mapa 12- Média do desempenho da avaliação externa nas CIR nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.5 CERTIFICAÇÃO DE DESEMPENHO

Das 38865 equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB, 37045 (95%) foram certificadas. A participação do total de equipes de atenção básica das regiões na certificação apresentou 37% localizadas na região Nordeste, 33% na região Sudeste, 15% da região Sul, 8% da região Norte e 7% da região Centro-Oeste.

Tabela 179 - Equipes participantes e certificadas no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	Equipes participantes PMAQ 3° ciclo	% equipes participantes por região	Equipes com certificação final	% equipes com certificação por região
Centro-Oeste	2669	7%	2626	98%
Nordeste	14489	37%	13733	95%
Norte	3199	8%	2985	93%
Sudeste	12854	33%	12247	95%
Sul	5654	15%	5454	96%
Total	**38865**	**100%**	**37045**	**95%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Na avaliação de desempenho das equipes de atenção básica no Brasil, 3,5% (1361) tiveram desempenho Ótimo, 16,1% (6238) desempenho Muito Bom, 29,1% (11318) desempenho Bom, 30,5% (11840) desempenho Regular e 16,2% (6288) desempenho Ruim. As equipes desclassificadas ou insatisfatórias representaram 4,7% (1820) nesse ciclo de avaliação.

Tabela 180 - Desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥8	Muito Bom > 7 até 7,99	Bom > 6 até 7	Regular > 4 até 6	Ruim 0 até 4	Insatisfa-tório	Desclassi-ficadas
Centro-Oeste	58	324	722	1065	457	0	43
Nordeste	783	2411	4379	3805	2355	6	750
Norte	19	190	565	1133	1078	14	200
Sudeste	353	2391	3929	3807	1767	15	592
Sul	148	922	1723	2030	631	11	189
Total	**1361**	**6238**	**11318**	**11840**	**6288**	**46**	**1774**
Brasil (%)	**3,5%**	**16,1%**	**29,1%**	**30,5%**	**16,2%**	**0,1%**	**4,6%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Proporcionalmente entre as regiões comparado com a média nacional, a maior concentração de equipes com desempenho Ótimo foi na região Nordeste (5%), do desempenho Muito Bom foram nas regiões Sudeste (19%), Nordeste (17%) e Sul (16%), do desempenho Regular nas regiões Centro-Oeste (40%), Sul (36%) e Norte (35%) e do desempenho Ruim nas regiões Norte (34%) e Centro-Oeste (17%).

Tabela 181 - Percentual de desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	Ótimo ≥8	Muito Bom > 7 até 7,99	Bom > 6 até 7	Regular > 4 até 6	Ruim 0 até 4	Insatisfa-tório	Desclassi-ficadas
Centro-Oeste	2%	12%	27%	40%	17%	0%	2%
Nordeste	5%	17%	30%	26%	16%	0%	5%
Norte	1%	6%	18%	35%	34%	0%	6%
Sudeste	3%	19%	31%	30%	14%	0%	5%
Sul	3%	16%	30%	36%	11%	0%	3%
Brasil (%)	**3,5%**	**16,1%**	**29,1%**	**30,5%**	**16,2%**	**0,1%**	**4,6%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

No Brasil, 51% (18917) das equipes de atenção básica tiveram desempenho acima de 6 (Ótimo, Muito Bom e Bom) e 49% das equipes tiveram desempenho igual ou abaixo de 6 (Regular ou Ruim). Ao comparar as regiões com a média nacional, as regiões Norte e Centro-Oeste possuem a quantidade de equipes com desempenho maior que 6 abaixo da média nacional, 26% e 42% respectivamente e, por lado, também possuem a maior quantidade de equipes com desempenho menor ou igual a 6, 74% e 58% respectivamente.

Tabela 182 - Percentual de equipes de atenção básica com desempenho abaixo ou acima de 6 no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	>6	%	<=6	%
Centro-Oeste	1104	42%	1522	58%
Nordeste	7573	55%	6160	45%
Norte	774	26%	2211	74%
Sudeste	6673	54%	5574	46%
Sul	2793	51%	2661	49%
(%) Brasil	**18917**	**51%**	**18128**	**49%**

Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

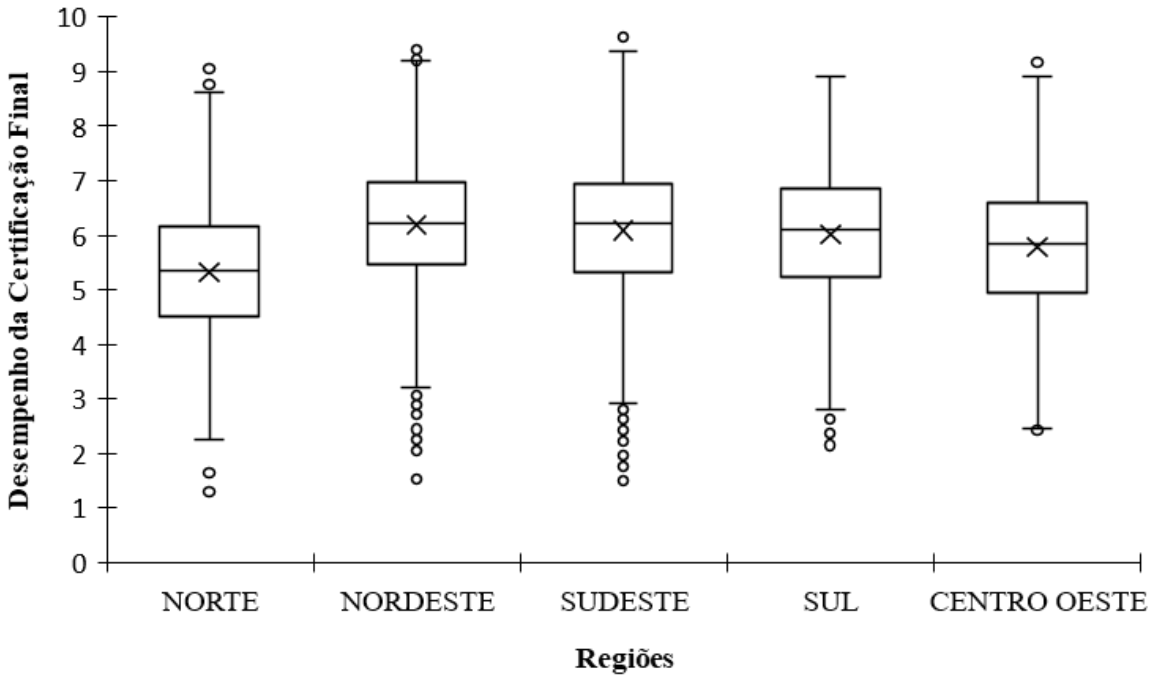
Na avaliação da média da nota de desempenho das equipes de atenção básica, no Brasil a nota média foi de 60,4, desvio padrão de 12,0, desempenho mínimo de 13,1 e máximo de 96,40. A mediana foi de 61,2, 1° quartil com valores abaixo de 52,5 e 3° quartil com valores acima de 68,7.

Tabela 183 - Nota média de desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Região	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Centro-Oeste	2626	57,8	11,5	24,3	49,4	58,3	66,0	93,4
Nordeste	13733	62,0	11,8	15,2	54,6	62,3	69,6	95,5
Norte	2985	53,3	11,5	13,1	45,1	53,4	61,7	91,6
Sudeste	12247	60,9	11,9	14,9	53,4	62,2	69,5	96,4
Sul	5454	60,2	11,3	21,5	52,3	61,0	68,5	89,0
(%) Brasil	**37045**	**60,4**	**12,00**	**13,10**	**52,50**	**61,20**	**68,70**	**96,40**

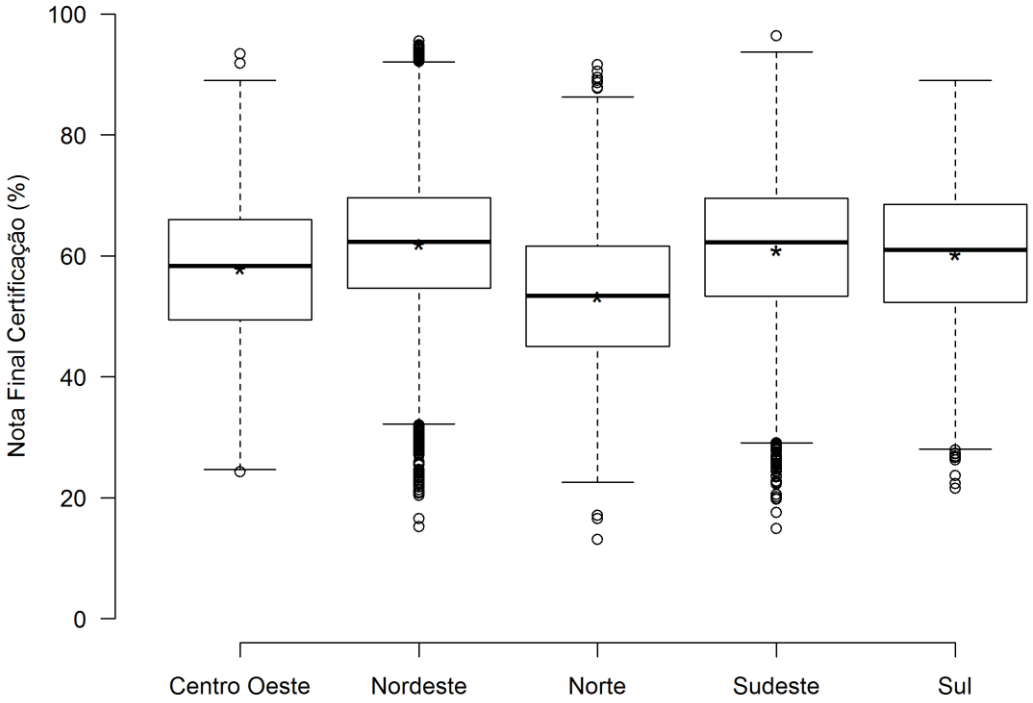
Fonte: Microdados Equipe_Brasil/3° ciclo do PMAQ AB.

Gráfico 3 - Box Plot do Desempenho da Certificação Final de acordo com a nota no 3° Ciclo do PMAQ AB



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 4 - Box Plot do Desempenho da Certificação Final de acordo com percentual obtido no 3° Ciclo do PMAQ AB



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para verificar as diferenças nos estados que compõem as regiões do Brasil, foram utilizados quintis para mostrar como se distribuiu o desempenho na certificação final do 3° ciclo do PMAQ AB nas equipes de atenção primária à saúde.

O primeiro quintil contém 20% da média mais baixa (47,6% a 52,2%) do desempenho obtido na certificação final, identificado em 4 estados da região Norte –Acre, Roraima, Amapá e Pará, 1 estado na região Nordeste – Maranhão e o Distrito Federal.

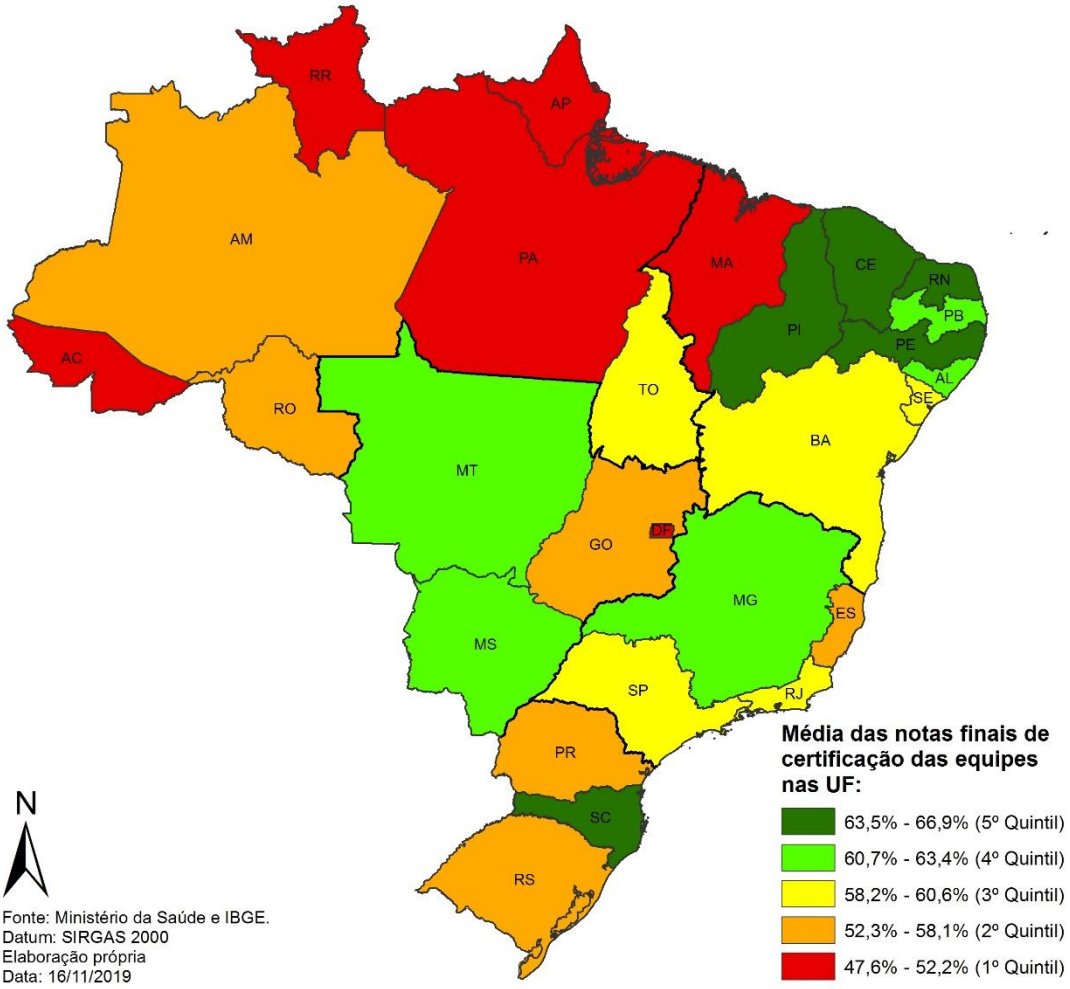
O segundo quintil apresentou 52,3 a 58,1% da média do desempenho obtido na certificação final, identificado em 2 estados da região Norte- Amazonas e Rondônia, 1 estado da região Centro-Oeste- Goiás, 1 estado da região Sudeste- Espírito Santo e 2 estados da região Sul- Paraná e Rio Grande do Sul.

O terceiro quintil apresentou 58,2% a 60,6% da média do desempenho obtido na certificação final, identificado no estado de Tocantins da região Norte, 2 estados da região Nordeste – Bahia e Sergipe e 2 estados da região Sudeste- Rio de Janeiro e São Paulo.

Com a média do desempenho obtido na certificação final entre 60,7% a 63,4%, o quarto quintil foi identificado no estado de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul da região Centro-Oeste, Paraíba e Alagoas na região Nordeste e Minas Gerais na região Sudeste.

Por fim, o quinto quintil apresentou 63,5% a 66,9% média do desempenho obtido na certificação final, encontrado em 4 estados da região Nordeste- Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco e 1 estado na região Sul- Santa Catarina. Apresentado abaixo o Mapa 13 com a visualização por UF:

Mapa 13- Média da certificação de desempenho final nas equipes do PMAQ AB nas UF



Fonte: Elaborado pelo autor.

O aprofundamento da estratificação do desempenho das equipes de atenção básica quanto ao resultado final do desempenho da certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões de saúde não foi objeto específico dessa tese, mas é possível verificar alguns destaques evidenciados no Mapa 14 abaixo:

I. Nenhuma região de saúde do estado do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Santa Catarina possuem desempenho no 1° quintil, ou seja, nos intervalos de menor grupo de desempenho.

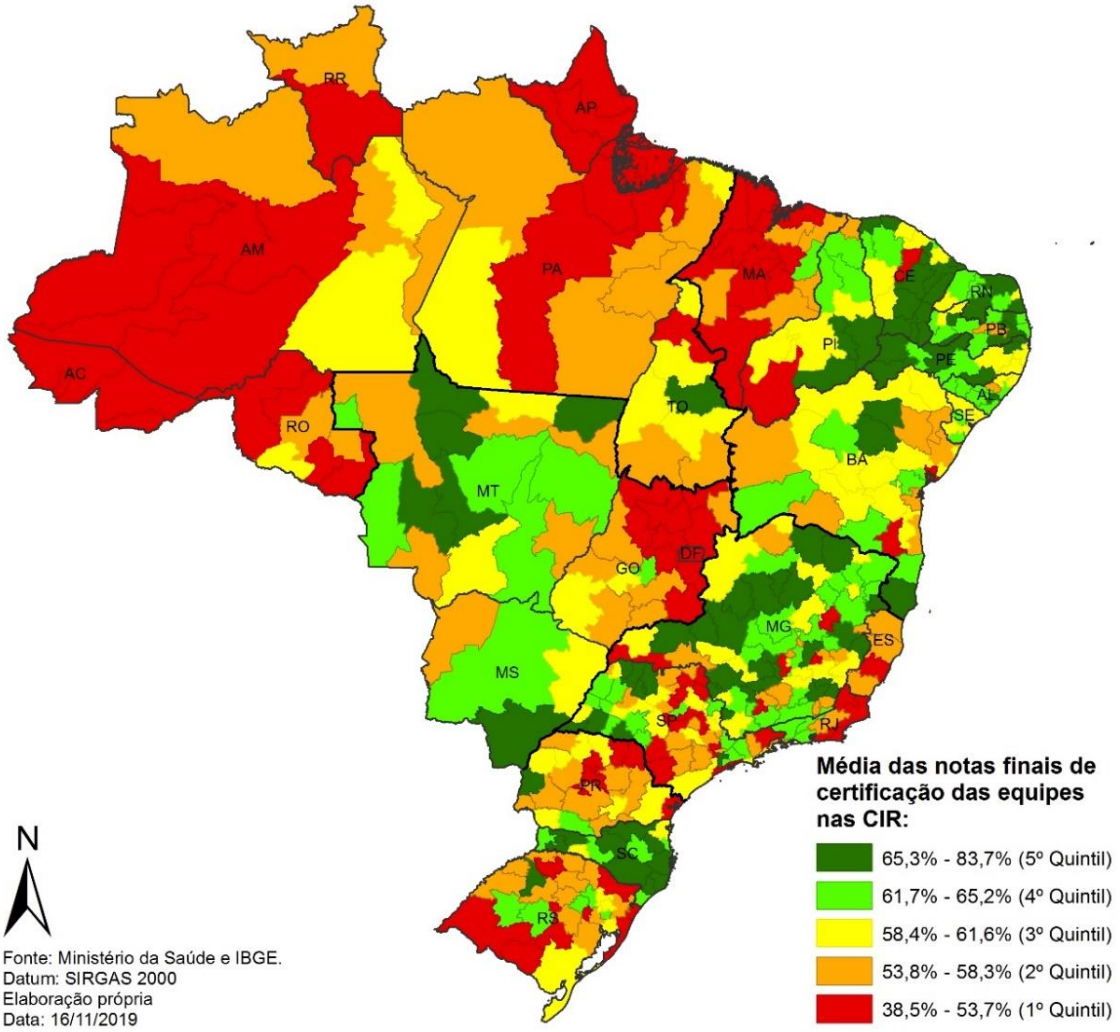
II. O estado do Maranhão, Acre, Amazonas, Amapá possuem boa parte das regiões de saúde no grupo desempenho menor (1° quintil);

III. O estado do Santa Catarina e Rio Grande do Norte não possuem regiões de saúde com desempenho no 1° quintil ou 2° quintil, ou seja, nos agrupamentos de menor desempenho.

IV. Praticamente toda região Norte do estado de Goiás e o entorno do Distrito Federal tiveram o desempenho no 1° quintil.

V. O estado do Pará possui predominância de classificação no 1° quintil e 2° quintil;

Mapa 14- Média da certificação de desempenho final nas equipes do PMAQ AB nas CIRs.



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.5.1 Análise do resultado da certificação final

De acordo com Macinko et al (2017), com base no número de equipes participantes e os mais de 100 milhões de usuários envolvidos, o PMAQ pode muito bem ser o maior programa

de avaliação de desempenho do mundo na atenção primária à saúde, e oferece uma extraordinária oportunidade de estudar os efeitos de mecanismos de incentivo ao desempenho da atenção primária. Embora não exista um modelo perfeito para programas de incentivo, existem amplas oportunidades para continuar a melhorar o PMAQ. Contudo, o futuro da ESF e a conquista de seu potencial dependerá da continuidade financeira, investimentos técnicos e intelectuais e o suporte contínuo da política para AB.

A fim de analisar o impacto que os eixos do Programa de Melhoria do Acesso e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) influenciaram na composição da nota final de certificação de desempenho, considerando um teto de 100% como desempenho máximo possível, no Brasil foi encontrado uma média da nota de autoavaliação de 72,04 ± 44,88, nos indicadores 30,41 ± 20,91, na avaliação externa 73,5 ± 9,84 e na certificação de desempenho final de 60,37 ± 11,96. A nota dos indicadores, que possui peso de 30% para composição da nota final de certificação de desempenho, representaram a menor média entre as equipes de atenção básica. Considerando que a média da autoavaliação, mesmo com desvio padrão elevado devido ser composto por nota binária (0 ou 10), é próxima da média da avaliação externa, pressupõe que o resultado do desempenho nos indicadores teve influência na composição da nota final de certificação de desempenho.

Tabela 184 - Porcentagem média de desempenho das equipes de atenção básica no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Variáveis	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
(%) Nota Final Certificação	37045	60,37	11,96	13,07	52,47	61,19	68,72	96,35
% Indicadores (30% nota final)	36804	30,41	20,91	0	14,29	28,57	43,74	100
(%) Nota Avaliação Externa (60%) nota final	37045	73,5	9,84	21,78	67,53	74,83	80,72	95,49
(%) Nota Autoavaliação (10%) nota final	37045	72,04	44,88	0	0	100	100	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao analisar se a nota final de certificação de desempenho foi influenciada pelo resultado da nota dos indicadores, representando 30% do peso para composição da nota final, ou o resultado da nota da avaliação externa, representando 60% do peso para composição da nota final, identificou-se que a estimativa da influência da nota de indicadores (0,019) foi menor que a estimativa da nota da avaliação externa (0,041) para composição da nota final de certificação

de desempenho, ambas com significância estatística de p<0,0001. Deste modo, pressupõe que a nota da avaliação externa teve maior impacto na composição da nota final de certificação de desempenho, conforme apresentado nas Tabelas 185 e 186 abaixo:

Tabela 185 - Estimativa do impacto da nota de indicadores na composição da nota final de certificação no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

(%) Nota Final Certificação* (n=36804)				
% Indicadores (30% nota final)	**Estimativa***	**Valor p**	**IC 95%***	
	0,019	<,0001	0,019	0,020

*transformação log-aditivada
Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 186 - Estimativa do impacto da nota da avaliação externa na composição da nota final de certificação no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

(%) Nota Final Certificação* (n=37045)				
(%) Nota Avaliação Externa (60%) nota final	**Estimativa***	**Valor p**	**IC 95%***	
	0,041	<,0001	0,041	0,042

*transformação log-aditivada
Fonte: Elaborado pelo autor.

A fim de verificar a correlação entre os eixos e a nota final de certificação de desempenho, evidenciou-se que a nota de indicadores teve uma correlação forte (0,741) e a nota da avaliação também teve uma correlação forte (0,774), ambos com significância estatística de p<0,0001. Essa análise pressupõe que os dois eixos possuem correlação com a nota final de certificação de desempenho, mas a nota de avaliação externa possui uma correlação maior. A correlação da nota da avaliação externa em relação a nota dos indicadores foi positiva (0,318), no entanto, uma correlação fraca.

Tabela 187 - Correlação do impacto dos eixos indicadores e avaliação externa na composição da nota final de certificação no 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Correlação de Pearson	% Indicadores	(%) Nota Final Certificação
(%) Nota Avaliação Externa (60%) nota final	0,318 <,0001 36804	0,774 <,0001 37045
% Indicadores (30% nota final)		0,741 <,0001 36804
(%) Nota Final Certificação	0,741 <,0001 36804	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para analisar a comparação do resultado da nota dos indicadores com a nota da avaliação externa, considerando a influência desses eixos na composição da nota final de certificação de desempenho, utilizando o corte de equipes com desempenho maior ou igual à 60% e menor que 60%, evidenciou-se que 81% (30006) das equipes de AB tiveram nota no indicador <60% e nota na avaliação externa ≥60%, com média de nota final de certificação de 60,66 ± 9,29. O melhor desempenho foi identificado em 11% (3341) das equipes de AB com nota do indicador ≥60% e ≥60% na avaliação externa, com média da nota final de certificação de 77,97 ± 7,2. Essa análise demonstra que os dois cenários com nota da avaliação externa ≥60% estão com as maiores médias quando comparado com os outros dois cenários com desempenho <60% na avaliação externa. De certa forma, pressupõe-se que a nota da avaliação externa influência na nota final de certificação, mesmo nos cenários conjuntos de <60% e ≥60% da nota de indicadores.

Tabela 188 - Comparação do resultado da nota dos indicadores com a nota da avaliação externa na composição da nota final de certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

		(%) Nota Final Certificação							
indicador (ind)	**externa (ext)**	**n**	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**1º Quartil**	**Mediana**	**3º Quartil**	**Máximo**
<60%	**<60%**	3655	41,87	8,23	13,07	35,38	41,89	47,95	63,72
	≥60%	30006	60,66	9,29	36	54,38	61,36	67,6	84,29
≥60%	**<60%**	43	57,99	6,44	44,5	52,39	60,29	63,95	66,37
	≥60%	3341	77,97	7,2	54,97	74,14	78,67	82,45	96,35

Fonte: Elaborado pelo autor.

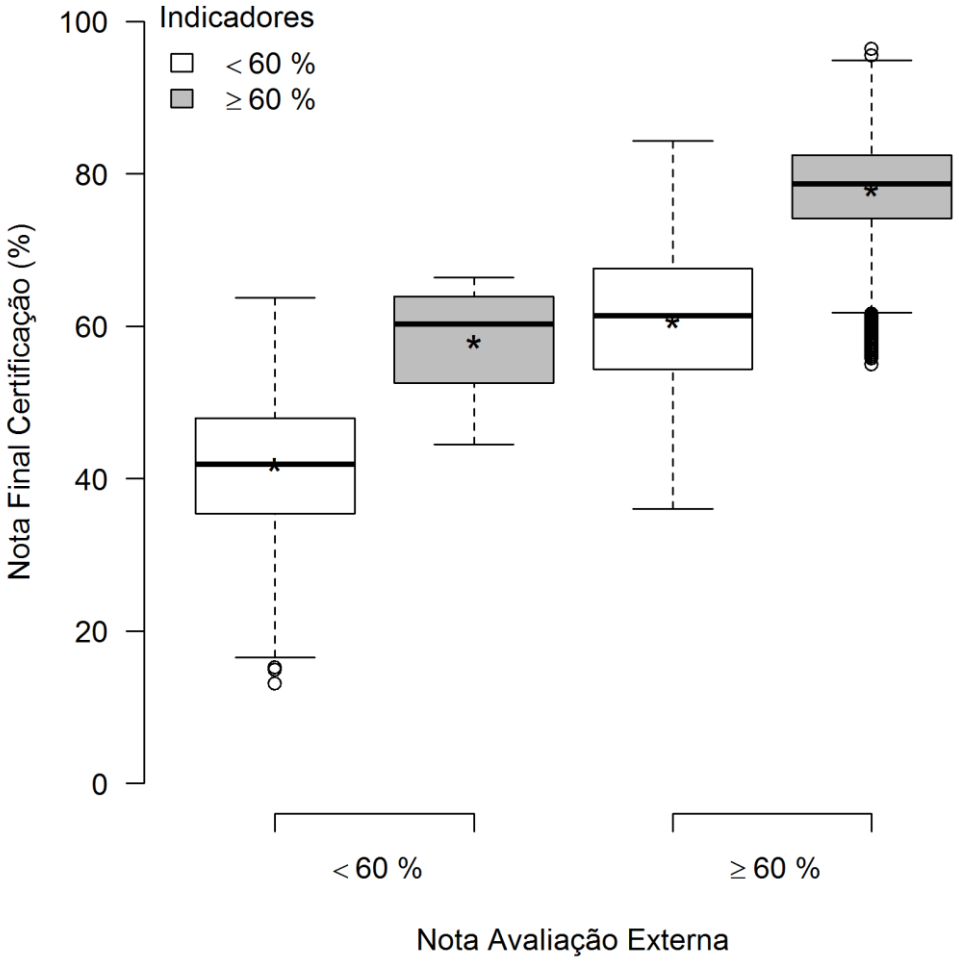
É possível também identificar na tabela acima que no cenário ≥60% nos indicadores e <60% na avaliação externa, encontrado em 43 equipes de AB com média na nota final de 57,99 ± 6,44, foi próxima do cenário mais comum presente em 81% dos resultados (60,66 ± 9,29). Desta forma, essa análise pressupunha que o desempenho de um eixo poderia compensar o de outro na composição da média da nota final de desempenho, e ao comparar cenários diversos, o único cenário que não obteve significância estatística (0,046), mas estimativa positiva para o cenário com nota de indicadores <60% e avaliação externa ≥60%, comparado com nota de indicadores ≥60% e nota de avaliação externa <60%.

Tabela 189 - Cenários de comparação do resultado da nota dos indicadores com a nota da avaliação externa na composição da nota final de certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Comparações		Estimativa	IC 95%*		Valor p
ind<60% e ext<60%	**ind<60% e ext≥60%**	-0,787	-0,801	-0,773	<,0001
ind<60% e ext<60%	**ind≥60% e ext<60%**	-0,666	-0,785	-0,546	<,0001
ind<60% e ext<60%	**ind≥60% e ext≥60%**	-1,656	-1,674	-1,637	<,0001
ind<60% e ext≥60%	**ind≥60% e ext<60%**	0,122	0,002	0,241	0,046
ind<60% e ext≥60%	**ind≥60% e ext≥60%**	-0,868	-0,883	-0,854	<,0001
ind≥60% e ext<60%	**ind≥60% e ext≥60%**	-0,990	-1,110	-0,870	<,0001

*transformação log-aditivada
Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 5 - Box Plot sobre a Influência da nota dos indicadores e da avaliação externa no desempenho da Certificação Final no 3° Ciclo do PMAQ AB



Fonte: Elaborado pelo autor.

Deste modo, considerando que os resultados acima apresentaram pressupostos quanto a estimativa e correlação da avaliação externa na composição da nota final de certificação de desempenho do PMAQ AB, realizou-se análise das duas maiores dimensões da avaliação externa, que juntas compõe 74% da nota final da avaliação externa.

Para verificar se as variáveis dimensão Estrutura e Funcionamento da UBS (Dimensão Estrutura) e a Dimensão Acesso, Organização e Processo de Trabalho (Dimensão Processo de Trabalho) são preditoras da nota final de certificação de desempenho, foram *calculados odds ratio* por meio da regressão logística, comparando cenários com desempenho <60%, ≥60% e <70%, ≥70% e <80%, utilizando como referência o cenário ≥80%.

Em relação a dimensão Estrutura, as equipes com desempenho <60% quanto a estrutura e funcionamento da UBS, possuem 5 vezes a chance de apresentar nota final de certificação <60% quando comparadas às equipes com desempenho ≥60%. As equipes com desempenho entre ≥60% e <70% possuem 2,7 vezes a chance e as equipes entre ≥70% e <80% possuem 1,6 vezes a chance de apresentar a nota final de certificação <60%, quando comparadas às equipes com desempenho ≥60%.

Em relação a dimensão Processo de Trabalho, as equipes com desempenho <60% quanto ao acesso, organização e processo de trabalho das equipes, possuem 47,3 vezes a chance de apresentar nota final de certificação <60%, quando comparadas às equipes com desempenho ≥60%. As equipes com desempenho ≥60% e <70% possuem 11 vezes a chance e as equipes ≥70% e <80% possuem 4 vezes a chance de apresentar nota final de certificação <60%, quando comparadas às equipes com desempenho ≥60%.

Ao somarmos o desempenho das duas dimensões, as equipes com desempenho <60% quanto a estrutura e processo de trabalho, possuem 131 vezes chance da probabilidade de nota final de certificação <60%. As equipes com desempenho ≥60% e <70% possuem 19 vezes chance e as equipes ≥70% e <80% possuem 4 vezes chance da probabilidade de nota final de certificação <60%.

Desta forma, esses dados pressupõem que a dimensão estrutura e a dimensão processo de trabalho possuem influência na nota de certificação final de desempenho do PMAQ AB.

Tabela 190 - Cenários de comparação do resultado da dimensão estrutura e processo de trabalho da avaliação externa na composição da nota final de certificação do 3° ciclo do PMAQ AB nas regiões do Brasil

Variáveis	(%) Nota Final Certificação				Total		Análise bruta (probabilidade em <60%)				Análise ajustada (probabilidade em <60%)			
	<60%		>=60%											
	n	%	n	%	n	%	OR	IC95%		Valor p	OR	IC95%		Valor p
A-Dimensão Estrutura e Funcionamento da UBS														
<60%	6992	41,04	2418	12,09	9410	25,41	11,870	11,019	12,785	<,0001	5,306	4,888	5,759	<,0001
>=60% e <70%	4808	28,22	4533	22,67	9341	25,22	4,354	4,056	4,674	<,0001	2,770	2,563	2,994	<,0001
>=70% e <80%	3827	22,46	7255	36,28	11082	29,92	2,165	2,019	2,323	<,0001	1,629	1,509	1,758	<,0001
>=80%	1411	8,28	5792	28,96	7203	19,45	ref				ref			
B-Dimensão Acesso, Organização e Processo de trabalho das equipes														
<60%	2975	17,46	123	0,62	3098	8,36	74,874	62,347	89,918	<,0001	47,328	39,341	56,937	<,0001
>=60% e <70%	3808	22,35	759	3,8	4567	12,33	15,531	14,279	16,894	<,0001	11,011	10,098	12,006	<,0001
>=70% e <80%	5175	30,37	3390	16,95	8565	23,13	4,726	4,479	4,986	<,0001	3,782	3,576	3,999	<,0001
>=80%	5080	29,82	15726	78,64	20806	56,18	ref				ref			
Soma Dimensão A+B														
<60%	3369	19,77	107	0,54	3476	9,39	131,895	108,399	160,484	<,0001				
>=60% e <70%	4689	27,52	999	5	5688	15,36	19,663	18,184	21,263	<,0001				
>=70% e <80%	5700	33,45	5151	25,76	10851	29,3	4,636	4,394	4,891	<,0001				
>=80%	3280	19,25	13741	68,71	17021	45,96	ref							
Total	**17038**	**100**	**19998**	**100**	**37036**	**100**								

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme identificado a influência da dimensão Acesso, Organização e Processo de Trabalho do eixo avaliação externa para composição da nota final de certificação de desempenho, e no intuito de identificar as estratégias e intervenções realizadas pelas equipes de atenção básica que tiveram influência e sinalizaram um bom desempenho para o acesso e integralidade da assistência em saúde nesse âmbito de atenção, realizou-se uma análise das subdimensões do processo de trabalho.

As comparações entre os grupos foram feitas através da análise de variância (ANOVA), e também foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais.

Na avaliação da dimensão processo de trabalho em relação ao seu resultado comparado entre as regiões do Brasil, foi identificado que a região Norte e Sul tiveram a menor média, 73,46 e 77,06 respectivamente.

Tabela 191 - Comparação do resultado da dimensão processo de trabalho da avaliação externa nas regiões do Brasil

% Dimensão (ACESSO/PROCESSO TRABALHO)								
Região	**n**	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**1º Quartil**	**Mediana**	**3º Quartil**	**Máximo**
Centro-Oeste	2626	79,63	11,83	26,54	72,8	82,23	88,85	98,62
Nordeste	13733	81,61	11,2	11,89	76,03	84,25	89,75	100
Norte	2985	73,46	13,67	14,03	65,65	76,01	83,45	97,97
Sudeste	12247	79,02	12,85	20,27	71,45	81,84	88,46	100
Sul	5454	77,06	12,35	24,07	69,71	78,72	86,9	99,31

Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo Vieira-Meyer et al (2019), o PMAQ AB é uma ferramenta potencialmente útil para melhorar os sistemas de saúde, mas apoio adicional pode ser necessário em regiões que estão atrasadas em melhorias de qualidade.

Ao comparar os cenários entre as regiões quanto ao desempenho na dimensão processo de trabalho, foram encontrados os seguintes achados:

I. A região Nordeste apresentou melhor estimativa em relação todas as outras regiões, com significância estatística $p<0,0001$;

II. A região Norte apresentou a menor estimativa em relação todas as outras regiões, com significância estatística $p<0,0001$;

III. A região Centro-Oeste apresentou melhor estimativa em relação a região Norte e a região Sul, com significância estatística $p<0,0001$;

IV. A região Sudeste apresentou melhor estimativa em relação a região Norte e Sul, com significância estatística p<0,0001. E apresentou melhor estimativa em relação a região Centro-Oeste, mas sem significância estatística comparado com a região Centro-Oeste p=0,9329.

V. A região Sul apresentou melhor estimativa em relação a região Norte, com significância estatística p<0,0001.

Tabela 192 - Comparação do resultado da dimensão processo de trabalho da avaliação externa entre as regiões do Brasil

Comparações		Estimativa	IC 95%*		Valor p
Centro-Oeste	**Nordeste**	-0,1414	-0,1752	-0,1076	<,0001
Centro-Oeste	**Norte**	0,3822	0,3397	0,4247	<,0001
Centro-Oeste	**Sudeste**	-0,0015	-0,0356	0,0327	0,9329
Centro-Oeste	**Sul**	0,1632	0,1255	0,2009	<,0001
Nordeste	**Norte**	0,5236	0,4915	0,5557	<,0001
Nordeste	**Sudeste**	0,1399	0,1202	0,1597	<,0001
Nordeste	**Sul**	0,3046	0,2792	0,3300	<,0001
Norte	**Sudeste**	-0,3836	-0,4161	-0,3512	<,0001
Norte	**Sul**	-0,2190	-0,2552	-0,1828	<,0001
Sudeste	**Sul**	0,1647	0,1388	0,1905	<,0001

*transformação log-aditivada
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na avaliação a nota de certificação final de desempenho em relação ao seu resultado comparado entre as regiões do Brasil, foi identificado que as regiões Norte e Centro-Oeste tiveram a menor média, 53,27 e 57,83 respectivamente.

Tabela 193 - Comparação do resultado da certificação final de desempenho do PMAQ AB nas regiões do Brasil

(%) Nota Final Certificação								
Região	**n**	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**1º Quartil**	**Mediana**	**3º Quartil**	**Máximo**
Centro-Oeste	2626	57,83	11,46	24,26	49,41	58,31	65,99	93,42
Nordeste	13733	61,96	11,8	15,22	54,62	62,3	69,62	95,47
Norte	2985	53,27	11,53	13,07	45,05	53,43	61,65	91,62
Sudeste	12247	60,92	11,92	14,92	53,35	62,22	69,54	96,35
Sul	5454	60,21	11,33	21,53	52,3	60,98	68,51	89,04

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao comparar os cenários entre as regiões quanto ao desempenho da certificação final do PMAQ AB, foram encontrados os seguintes achados:

I. A região Nordeste apresentou melhor estimativa em relação todas as outras regiões, com significância estatística p<0,0001;

II. A região Norte apresentou a menor estimativa em relação todas as outras regiões, com significância estatística p<0,0001;

III. A região Centro-Oeste apresentou melhor estimativa em relação a região Norte, com significância estatística p<0,0001;

IV. A região Sudeste apresentou melhor estimativa em relação a região Norte, Centro-Oeste e Sul, com significância estatística p<0,0001.

V. A região Sul apresentou melhor estimativa em relação a região Norte e Centro-Oeste, com significância estatística p<0,0001.

Tabela 194 - Comparação do resultado da certificação final de desempenho do PMAQ AB entre as regiões do Brasil

Comparações		Estimativa	IC 95%*		Valor p
Centro-Oeste	**NORDESTE**	-0,1885	-0,2105	-0,1665	<,0001
Centro-Oeste	**NORTE**	0,1964	0,1688	0,2241	<,0001
Centro-Oeste	**SUDESTE**	-0,1354	-0,1576	-0,1132	<,0001
Centro-Oeste	**SUL**	-0,1028	-0,1273	-0,0783	<,0001
Nordeste	**NORTE**	0,3850	0,3641	0,4058	<,0001
Nordeste	**SUDESTE**	0,0531	0,0403	0,0659	<,0001
Nordeste	**SUL**	0,0857	0,0692	0,1022	<,0001
Norte	**SUDESTE**	-0,3319	-0,3529	-0,3108	<,0001
Norte	**SUL**	-0,2993	-0,3228	-0,2758	<,0001
Sudeste	**SUL**	0,0326	0,0158	0,0494	0,0001

*transformação log-aditivada
Fonte: Elaborado pelo autor.

Com o objetivo de identificar as subdimensões do eixo processo de trabalho que obtiveram influência na nota final de certificação de desempenho, foram selecionadas 30 variáveis diversas que poderiam representar a forma de organização do trabalho para o acesso e a integralidade da assistência em saúde na atenção básica (APÊNDICE 4).

Na análise univariada, utilizando o teste qui-quadrado, evidenciou-se que as 30 questões das subdimensões apresentaram significância estatística (P<0,01) quanto a relação, as intervenções, e estratégias realizadas pelas equipes com desempenho maior que 6 e as realizadas pelas equipes com desempenho menor que 6. Seguem alguns destaques das intervenções e estratégias para o acesso e integralidade da assistência realizadas pelas equipes de AB com maior desempenho (acima de 6) no PMAQ AB abaixo:

1. Praticamente todas as equipes (99,15%) informaram que recebem algum apoio matricial de outros profissionais;
2. Em relação a educação permanente, 94,6% das equipes relataram que possuem atividades oferecidas pela gestão municipal;
3. A utilização da ferramenta Telessaúde é maior nessas equipes (64,96%);
4. Apresentaram menor percentual de equipe com área descoberta (27,84%);
5. Apresentaram uma relação maior quanto ao tamanho do território informado, com 68,27% das equipes no Brasil com perfil acima de 3.500 pessoas;
6. Utilizaram o prontuário eletrônico como ferramenta de gestão do cuidado (47,03%);
7. Realizaram reunião de planejamento de ações e atividades ao menos a cada 15 dias (38,39%);
8. O paciente sai com a consulta agendada quando não necessita de atendimento no mesmo dia em 96,6% dos casos;
9. Realizaram análise e avaliação da demanda espontânea nos últimos 12 meses em 81,87% das equipes;
10. Responderam que possuem critérios e protocolos de atendimento à demanda espontânea em 91,49% das equipes;
11. Evidenciou-se que 69,75% responderam que realizam coleta de exames na UBS;
12. Evidenciou-se que 49,65% responderam que possuem fluxo de comunicação e realizam reuniões entre a AB e atenção especializada;
13. Maior percentual relativo (25,02%) quanto ao fluxo de comunicação com atenção especializada por meio do prontuário eletrônico;
14. Evidenciou-se que 81,59% comprovaram que possuem o registro de mulheres com exame citopatológico atrasado;
15. Evidenciou-se que 78,23% responderam que possuem o registro de mulheres com mamografia ou ultrassom de mama alterado;
16. Evidenciou-se que 90,57% relataram que possuem o registro das gestantes de alto risco na sua área de atuação;
17. Evidenciou-se que 84,06% informaram que realizam a aplicação de penicilina G benzatina na UBS;
18. Evidenciou-se que 97,08% responderam que possuem protocolos de atendimento para crianças de até dois anos de idade;

19. Evidenciou-se que 84,5% comprovaram que possuem o registro de pessoas hipertensas com maior risco/gravidade;

20. Evidenciou-se que 75,28% comprovaram que possuem o registro de pessoas hipertensas com maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção da rede;

21. Evidenciou-se que 84,62% comprovaram que possuem o registro de pessoas com diabetes que apresentam maior risco/gravidade;

22. Evidenciou-se que 74,93% comprovaram que possuem o registro de pessoas com diabetes que apresentam maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção da rede;

23. Evidenciou-se que 69,06% relataram que realizam ações ou atividades em grupos para pessoas com intenção de redução de peso ou que apresentam obesidade;

24. Evidenciou-se que 83,93% relataram que realizam notificação de casos de TB na própria UBS;

25. Evidenciou-se que 72,47% comprovaram que possuem ficha de notificação de hanseníase na UBS;

26. Apresentaram percentual superior de ACS que realizaram ação química para combate vetorial (23,13%);

27. Evidenciou-se que 77,19% relataram que possuem o mapeamento de áreas de maior risco de transmissão de arboviroses;

28. Evidenciou-se que 73,79% apresentaram que possuem o registro de pessoas com transtorno psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção da rede;

29. Evidenciou-se que 63,07% apresentaram que possuem o registro de pessoas com deficiência que estão sendo acompanhados em outro ponto de atenção da rede;

30. Apresentaram menor percentual (34,63%) de área que está descoberta de ACS;

Tabela 195 - Análise Univariada das subdimensões do processo de trabalho no Brasil

(continua)

Subdimensões	Nota Final Certificação		Total	Valor p
	< 60%	≥ 60%		
	n (%)	n (%)	n (%)	
REGIÃO				<0,01
CENTRO-OESTE	1452 (8,51%)	1174 (5,87%)	2626 (7,09%)	
NORDESTE	5709 (33,47%)	8024 (40,14%)	13733 (37,07%)	
NORTE	2112 (12,38%)	873 (4,37%)	2985 (8,06%)	
SUDESTE	5223 (30,62%)	7024 (35,14%)	12247 (33,06%)	
SUL	2560 (15,01%)	2894 (14,48%)	5454 (14,72%)	
1.APOIO MATRICIAL- AS EQUIPES RECEBEM APOIO DE OUTROS PROFISSIONAIS				<0,01
Sim	16435 (96,36%)	19819 (99,15%)	36254 (97,86%)	
Não	621 (3,64%)	170 (0,85%)	791 (2,14%)	
2.EDUCAÇÃO PERMANENTE- REALIZADA PELA GESTÃO MUNICIPAL				<0,01
Sim	14263 (83,62%)	18801 (94,06%)	33064 (89,25%)	
Não	2793 (16,38%)	1188 (5,94%)	3981 (10,75%)	
3. TELESSAÚDE- UTILIZAÇÃO PELAS EQUIPES				<0,01
Sim	7287 (42,72%)	12984 (64,96%)	20271 (54,72%)	
Não	9769 (57,28%)	7005 (35,04%)	16774 (45,28%)	
4. TERRITÓRIO I- ÁREA COM POPULAÇÃO DESCOBERTA				<0,01
Sim	7113 (41,7%)	5565 (27,84%)	12678 (34,22%)	
Não	9943 (58,3%)	14424 (72,16%)	24367 (65,78%)	
5. TERRITÓRIO II – POSSUI ACIMA DE 3500 PESSOAS SOB SUA RESPONSABILIDADE				<0,01
Sim	11445 (67,1%)	13846 (69,27%)	25291 (68,27%)	
Não	5611 (32,9%)	6143 (30,73%)	11754 (31,73%)	
6.PRONTUÁRIO – UTILIZA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO				<0,01
Sim	5008 (29,36%)	9400 (47,03%)	14408 (38,89%)	
Não	12048 (70,64%)	10589 (52,97%)	22637 (61,11%)	
7.PLANEJAMENTO – REALIZA PLANEJAMENTO NO MÍNIMO A CADA 15 DIAS				<0,01
Sim	6003 (35,2%)	7674 (38,39%)	13677 (36,92%)	
Não	11053 (64,8%)	12315 (61,61%)	23368 (63,08%)	
8.AGENDA I- ACESSO PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA				<0,01
Sim	15168 (88,93%)	19310 (96,6%)	34478 (93,07%)	
Não	1888 (11,07%)	679 (3,4%)	2567 (6,93%)	

Tabela 195 - Análise Univariada das subdimensões do processo de trabalho no Brasil

(continua)

Subdimensões	Nota Final Certificação		Total	Valor p
	< 60%	≥ 60%		
	n (%)	n (%)	n (%)	
9.AGENDA II- AVALIAÇÃO DEMANDA ESPONTÂNEA NOS ÚLTIMOS 12 MESES				<0,01
Sim	9894 (58,01%)	16364 (81,87%)	26258 (70,88%)	
Não	7162 (41,99%)	3625 (18,13%)	10787 (29,12%)	
10.ACOLHIMENTO- POSSUI PROTOCOLO/CRITÉRIOS NO ACOLHIMENTO				<0,01
Sim	10352 (60,69%)	18288 (91,49%)	28640 (77,31%)	
Não	6704 (39,31%)	1701 (8,51%)	8405 (22,69%)	
11.OFERTA COLETA EXAMES- COLETA EXAMES NA UNIDADE				<0,01
Sim	9230 (54,12%)	13943 (69,75%)	23173 (62,55%)	
Não	7826 (45,88%)	6046 (30,25%)	13872 (37,45%)	
12.REDE I- EXISTE FLUXO COMUNICAÇÃO COM ESPECIALISTAS				<0,01
Sim	5435 (31,87%)	9924 (49,65%)	15359 (41,46%)	
Não	11621 (68,13%)	10065 (50,35%)	21686 (58,54%)	
13.REDE II- FLUXO COMUNICAÇÃO COM A REDE VIA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO				<0,01
Sim	2147 (12,59%)	5002 (25,02%)	7149 (19,3%)	
Não	14909 (87,41%)	14987 (74,98%)	29896 (80,7%)	
14.RASTR. ÚTERO- REGISTRO DE MULHERES COM CITOPATOLÓGICO ATRASADO				<0,01
Sim	8122 (47,62%)	16309 (81,59%)	24431 (65,95%)	
Não	8934 (52,38%)	3680 (18,41%)	12614 (34,05%)	
15.RASTR. MAMA- REGISTRO DE MULHERES COM MAMOGRAFIA OU US MAMÁRIO ALTERADO				<0,01
Sim	7312 (42,87%)	15637 (78,23%)	22949 (61,95%)	
Não	9744 (57,13%)	4352 (21,77%)	14096 (38,05%)	
16. PRÉ-NATAL I- REGISTRO DE GESTANTES ALTO RISCO NO TERRITÓRIO				<0,01
Sim	11904 (69,79%)	18105 (90,57%)	30009 (81,01%)	
Não	5152 (30,21%)	1884 (9,43%)	7036 (18,99%)	
17. PRÉ-NATAL I- APLICAÇÃO PENICILINA G BENZATINA NA UBS				<0,01
Sim	11739 (68,83%)	16803 (84,06%)	28542 (77,05%)	
Não	5317 (31,17%)	3186 (15,94%)	8503 (22,95%)	
18.CRIANÇAS- POSSUI PROTOCOLO ATENÇÃO MENORES DE 2 ANOS				<0,01
Sim	14163 (83,04%)	19405 (97,08%)	33568 (90,61%)	
Não	2893 (16,96%)	584 (2,92%)	3477 (9,39%)	

Tabela 195 - Análise Univariada das subdimensões do processo de trabalho no Brasil

(continua)

Subdimensões	Nota Final Certificação		Total	Valor p
	< 60%	≥ 60%		
	n (%)	n (%)	n (%)	
19.HAS I- REGISTRO DE HIPERTENSOS COM MAIOR RISCO/GRAVIDADE				<0,01
Sim	8804 (51,62%)	16890 (84,5%)	25694 (69,36%)	
Não	8252 (48,38%)	3099 (15,5%)	11351 (30,64%)	
20.HAS II- REGISTRO DE HIPERTENSOS COM MAIOR RISCO/GRAVIDADE ENCAMINHADOS PARA REDE				<0,01
Sim	6870 (40,28%)	15048 (75,28%)	21918 (59,17%)	
Não	10186 (59,72%)	4941 (24,72%)	15127 (40,83%)	
21. DM I- REGISTRO DE DIABÉTICOS COM MAIOR RISCO/GRAVIDADE				<0,01
Sim	9074 (53,2%)	16914 (84,62%)	25988 (70,15%)	
Não	7982 (46,8%)	3075 (15,38%)	11057 (29,85%)	
22.DM II- REGISTRO DE DIABÉTICOS COM MAIOR RISCO/GRAVIDADE ENCAMINHADOS PARA REDE				<0,01
Sim	6939 (40,68%)	14978 (74,93%)	21917 (59,16%)	
Não	10117 (59,32%)	5011 (25,07%)	15128 (40,84%)	
23.OBESIDADE-OFERTA GRUPOS EDUCAÇÃO EM SAÚDE				<0,01
Sim	7825 (45,88%)	13804 (69,06%)	21629 (58,39%)	
Não	9231 (54,12%)	6185 (30,94%)	15416 (41,61%)	
24.TUBERCULOSE- REALIZA NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE TB NA UBS				<0,01
Sim	10432 (61,16%)	16777 (83,93%)	27209 (73,45%)	
Não	6624 (38,84%)	3212 (16,07%)	9836 (26,55%)	
25.HANSENIASE- POSSUI FICHA DE NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE NA UBS				<0,01
Sim	8987 (52,69%)	14486 (72,47%)	23473 (63,36%)	
Não	8069 (47,31%)	5503 (27,53%)	13572 (36,64%)	
26.AEDES I- O ACS REALIZA AÇÃO QUÍMICA PARA COMBATE AO VETOR				<0,01
Sim	3475 (20,37%)	4624 (23,13%)	8099 (21,86%)	
Não	13581 (79,63%)	15365 (76,87%)	28946 (78,14%)	
27.AEDES II- IDENTIFICA ÁREAS DE MAIOR RISCO DE TRANSMISSÃO				<0,01
Sim	6655 (39,02%)	15430 (77,19%)	22085 (59,62%)	
Não	10401 (60,98%)	4559 (22,81%)	14960 (40,38%)	
28.SAÚDE MENTAL-REGISTRO DE PESSOAS GRAVES/RISCO ENCAMINHADOS NA REDE				<0,01
Sim	6901 (40,46%)	14750 (73,79%)	21651 (58,45%)	
Não	10155 (59,54%)	5239 (26,21%)	15394 (41,55%)	

Tabela 195 - Análise Univariada das subdimensões do processo de trabalho no Brasil

(conclusão)

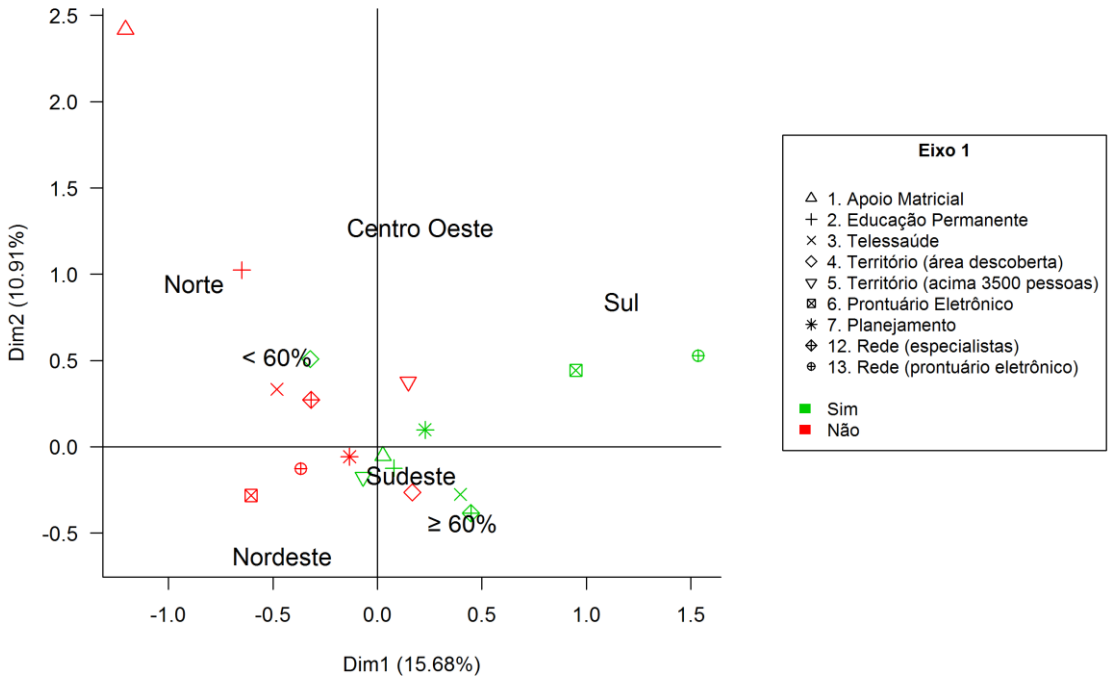
Subdimensões	Nota Final Certificação		Total	Valor p
	< 60%	≥ 60%		
	n (%)	n (%)	n (%)	
29.PESSOA COM DEFICIENCIA- REGISTRO DE PESSOAS ACOMPANHADAS NA REDE				<0,01
Sim	5270 (30,9%)	12732 (63,7%)	18002 (48,59%)	
Não	11786 (69,1%)	7257 (36,3%)	19043 (51,41%)	
30.VISITA DOMICILIAR- POPULAÇÃO DESCOBERTA DE ACS				<0,01
Sim	7901 (46,32%)	6923 (34,63%)	14824 (40,02%)	
Não	9155 (53,68%)	13066 (65,37%)	22221 (59,98%)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi realizado uma análise mais específica das 30 questões selecionadas da subdimensão processo de trabalho, com a divisão em 5 eixos em que se relacionam e possuem correspondência (APÊNDICE 5).

O eixo 1 denominado ações de gestão e planejamento do processo de trabalho concentrou nove questões relacionadas a este tópico. As evidências mostraram concentração de estratégias e intervenções quanto ao apoio matricial, educação permanente, utilização do telessaúde, território com população acima de 3.500 pessoas, reunião de planejamento de ações a cada 15 dias, no mínimo, e comunicação com serviço especializado, via reunião com especialistas nas equipes da AB da região Sudeste, com desempenho acima de 6. Essa região apresentou menor quantidade de equipes com área descoberta. A concentração de utilização de prontuário eletrônico e comunicação com a atenção especializada por meio de prontuário eletrônico foi mais evidente nas equipes com desempenho maior que 6 da região Sul, o que ocorre o inverso nas equipes com desempenho menor que 6 da região Nordeste. As equipes com menor desempenho (abaixo de 6) localizadas na região Norte apresentaram tendência de não realizar educação permanente oferecida pela gestão municipal, não utilizarem o telessaúde, não ter meio de comunicação com especialista na rede e apresentar área descoberta no território de atuação da equipe de AB.

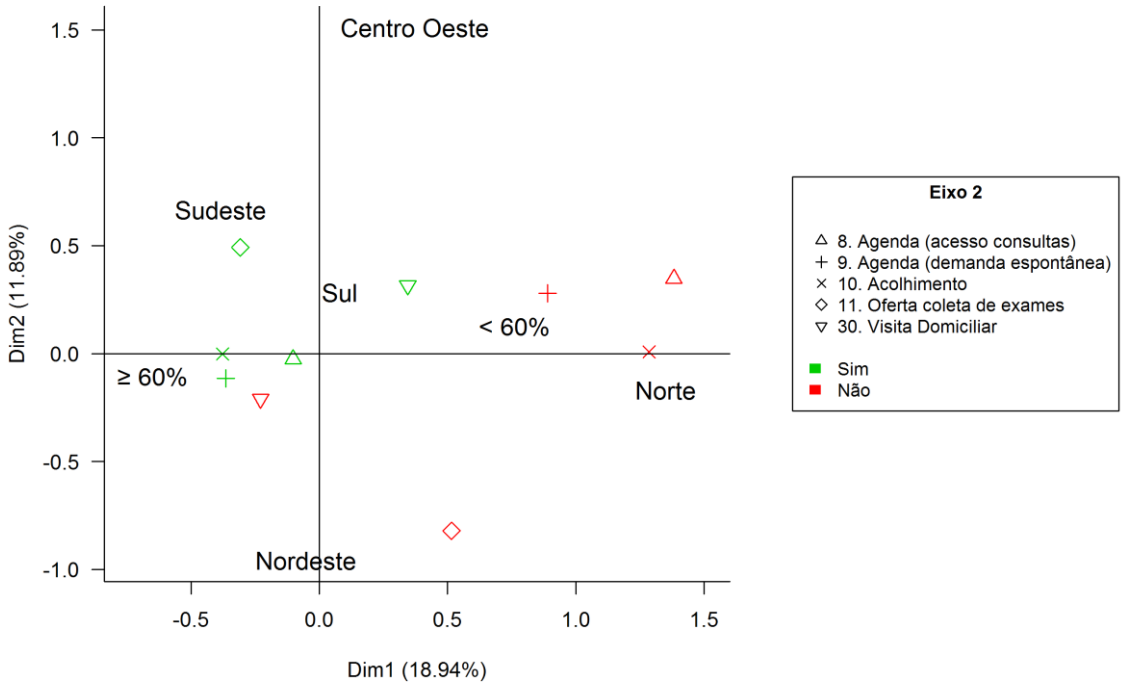
Gráfico 6 - Eixo 1 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

O eixo 2 denominado organização do processo de trabalho para o acesso concentrou cinco questões relacionadas a este tópico. As evidências mostraram que as equipes com menor desempenho (abaixo de 6) da região Norte apresentaram tendência de não realizarem estudo da demanda espontâneo nos últimos 12 meses, não possuir critérios e protocolos de acolhimento à demanda espontânea e não deixar agendado os pacientes que passaram no acolhimento e não tinham necessidade de atendimento no mesmo dia. A região Sudeste apresentou tendência de oferta de coleta de exames na UBS nas equipes com desempenho acima de 6, sendo que a menor tendência foi na região Nordeste. A região Sul apresentou tendência de área descoberta de ACS nas equipes de AB, conforme Gráfico 7:

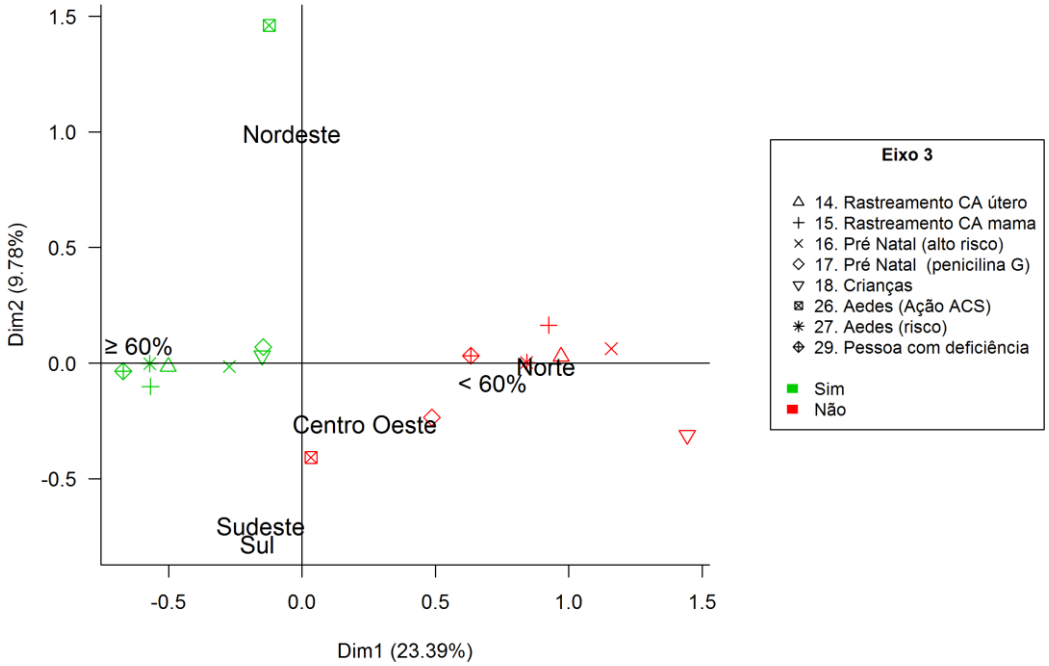
Gráfico 7 - Eixo 2 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

O eixo 3 denominado atividades preventivas e linhas de cuidado do processo de trabalho concentrou oito questões relacionadas a este tópico. As evidências mostram que as equipes com desempenho abaixo de 6 da região Norte apresentaram tendência de pouca coordenação do cuidado quanto o rastreamento de câncer de útero e mama, pré-natal, pessoa com deficiência e monitoramento de área de risco de transmissão vetorial. As equipes com menor desempenho da região Centro-Oeste apresentaram correspondência quanto a não realização da aplicação de penicilina G benzatina na UBS. A ação química para combate da dengue realizada pelos ACS teve correspondência nas equipes de AB com maior desempenho na região Nordeste, conforme Gráfico 8:

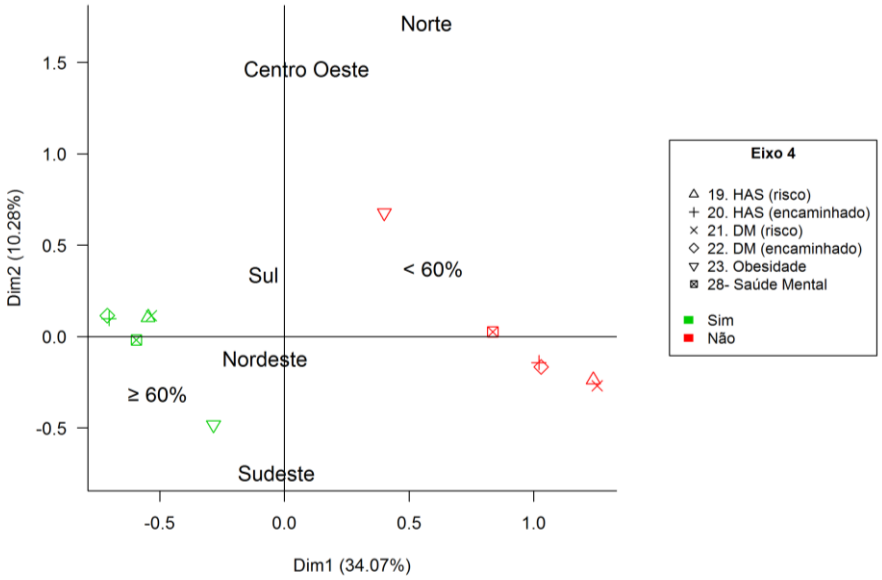
Gráfico 8 - Eixo 3 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

O eixo 4 denominado processo de trabalho para o cuidado de doenças crônicas concentrou seis questões relacionadas a este tópico. As evidências mostraram que as equipes com menor desempenho apresentaram pouca coordenação do cuidado quanto as doenças crônicas, com baixa identificação dos pacientes com maior risco/gravidade com hipertensão arterial e diabetes. As equipes com melhor desempenho das regiões Sul, Nordeste e Sudeste possuem correspondência com a realização de atividades em grupo educativas para pacientes com obesidade e o monitoramento de pacientes com problemas de saúde mental com maior risco/gravidade que estão sendo acompanhados por outros serviços da rede de atenção do cuidado, conforme apresentado no Gráfico 9 abaixo:

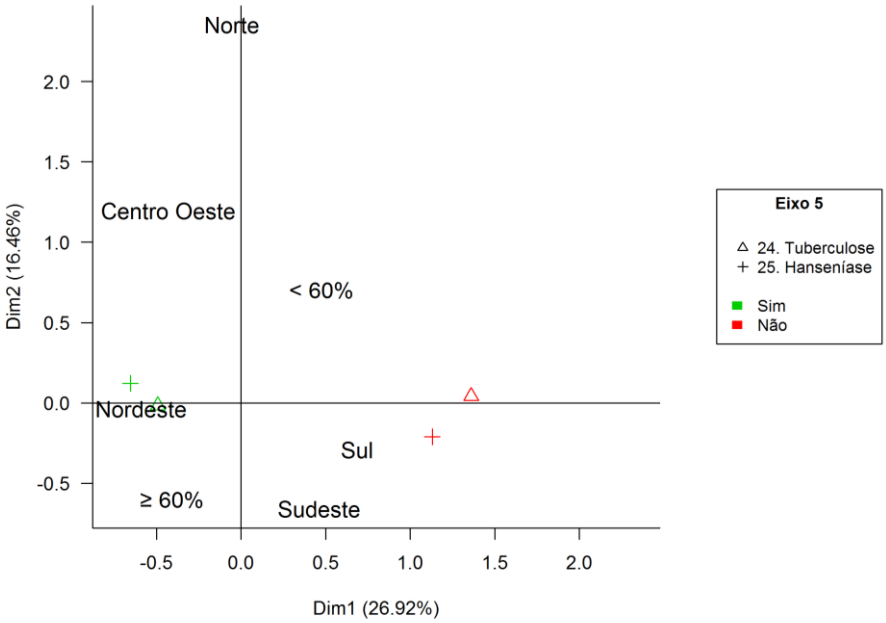
Gráfico 9 - Eixo 4 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

O eixo 5 denominado processo de trabalho para o cuidado de doenças infectocontagiosas concentrou duas questões relacionadas a este tópico. As equipes com menor desempenho das regiões Sul e Sudeste possuem menor atividade quanto a notificação de casos de TB e hanseníase na própria UBS, o que ocorre inversamente na região Nordeste, conforme Gráfico 10:

Gráfico 10 - Eixo 5 da análise de correspondência específica agrupada das subdimensões do processo de trabalho nas regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.6 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO 3° CICLO DO PMAQ AB NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO DO ESTADO DE SÃO PAULO

A segunda etapa dessa tese teve intuito de extrapolar a avaliação de dados secundários no âmbito nacional e buscar pressupostos a partir de pesquisa em campo com equipes participantes do 3° ciclo do PMAQ AB. Deste modo, para além dos achados no cenário das regiões do Brasil, foi possível identificar a organização das atribuições profissionais no processo de trabalho e as atividades realizadas no dia a dia que visam o acesso e o cuidado assistencial em saúde na atenção primária.

Para isso, selecionou-se o município de Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo, que teve 41 equipes de atenção básica participantes no 3° ciclo do PMAQ AB.

O município de Ribeirão Preto possui uma população estimada de 703.293 habitantes e a organização territorial da área da saúde é realizada em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde (IBGE, 2019).

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS). Cada Distrito de Saúde, conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, será a referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disto, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

Todas as Unidades de Saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatórios de especialidades também são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e ou conveniados.

O município possui 49 unidades básica de saúde (UBS), 12 no distrito Norte - Distrito do Simioni, 5 no distrito Sul - Distrito de Vila Virgínia, 7 no distrito Leste - Distrito de Castelo Branco, 20 no distrito Oeste - Distrito de Sumarezinho e 5 no Distrito Central - Distrito Central.

No período de adesão ao PMAQ AB até novembro do ano de 2015, o município fez adesão de 41 equipes de atenção básica. Atualmente, na competência novembro de 2019, o

município de Ribeirão Preto possui 50 equipes de atenção básica, sendo 44 no modelo de estratégia de saúde da família (ESF) e 6 no modelo equipe de atenção básica parametrizada (EAB), 292 agentes comunitários de saúde (ACS). Do total de ESF, 21 possuem equipes de saúde bucal e 1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) faz apoio para a rede básica municipal.

4.6.1 Desempenho nos eixos do PMAQ AB das equipes de AB de Ribeirão Preto-SP

Das 41 equipes de atenção básica do município de Ribeirão Preto que participaram da avaliação do PMAQ AB, 54% (22) realizaram a autoavaliação e 46% (19) não realizaram, e a média geral obtida foi de 5,37 ± 4,99 nesse eixo.

Tabela 196 - Média da nota da autoavaliação das equipes de AB de Ribeirão Preto

Município	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Ribeirão Preto	41	5,37	4,99	0,00	0,00	10,00	10,00	10,00

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

Em relação o desempenho final com a autoavaliação, 100% (8) das equipes com desempenho final Muito Bom realizaram a autoavaliação, 43% (6) com desempenho Bom realizaram a autoavaliação, 33%(4) com desempenho Bom realizaram a autoavaliação e 80% (4) com desempenho Ruim realizaram a autoavaliação.

Tabela 197 - Desempenho final das equipes que realizaram a autoavaliação das no município de Ribeirão Preto

Desempenho	Realizaram autoavaliação				Total
	Sim	%	Não	%	
Muito Bom	8	100%	0	0%	8
Bom	6	43%	8	57%	14
Regular	4	33%	8	67%	12
Ruim	4	80%	1	20%	5
Desclassificadas	0	0%	2	100%	2
Total	**22**	**54%**	**19**	**46%**	**41**

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

Quanto a avaliação de desempenho nos indicadores, a média foi de 3,83 ± 1,46, mínimo de 1,14 e máximo de 6,13. Essa pontuação possui classificação como desempenho Ruim. A mediana foi de 3,67.

Tabela 198 - Desempenho do eixo indicadores das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

Município	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Ribeirão Preto	41	3,83	1,46	1,14	2,79	3,67	5,00	6,13

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

Na avaliação da dimensão Estrutura e funcionamento da UBS (Estrutura), o desempenho foi classificado como Muito Bom, com a média percentual de desempenho da estrutura das unidades de saúde foi de 73,6 ±13,5, mínimo de 45,9 e máximo de 86,9. A mediana foi de 80,9, com 57,9 no 1° quartil e 83,8 no 3° quartil.

Na avaliação da dimensão Acesso, Organização e Processo de Trabalho (Processo), o desempenho foi classificado como Muito Bom, com a média percentual de desempenho das equipes de AB foi 74,4±9,0, mínimo de 58,6 e máximo de 91,2. A mediana foi de 74,8, com 67,1 no 1° quartil e 79,7 no 3° quartil.

Ao avaliar a soma da dimensão Estrutura e Processo, o desempenho foi classificado como Muito Bom, com a média percentual de desempenho das equipes de AB foi 74,1±7,9, mínimo de 60,2 e máximo de 88,9. A mediana foi de 71,8, com 68,3 no 1° quartil e 80,0 no 3° quartil.

Tabela 199 - Desempenho percentual da dimensão estrutura e processo de trabalho das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

Dimensão	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Estrutura (a)	39	73,6	13,5	45,9	57,9	80,9	83,8	86,9
Processo (b)	39	74,4	9,0	58,6	67,1	74,8	79,7	91,2
Soma a+b	39	74,1	7,9	60,2	68,3	71,8	80,0	88,9

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

Quanto a nota final do eixo avaliação externa, o desempenho foi classificado como Muito Bom, com a nota de desempenho das equipes de AB foi 7,60±0,59, mínimo de 6,60 e máximo de 8,76. A mediana foi de 7,63, com 7,18 no 1° quartil e 8,05 no 3° quartil.

Tabela 200 - Desempenho do eixo avaliação externa das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

Município	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Ribeirão Preto	39	7,60	0,59	6,60	7,18	7,63	8,05	8,76

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

Por fim, o desempenho da certificação final das equipes de AB no município alcançou a classificação Bom, com a nota de desempenho 6,27±0,73, mínimo de 4,89 e máximo de 7,78. A mediana foi de 6,25, com 5,72 no 1° quartil e 6,74 no 3° quartil.

Tabela 201 - Média de desempenho da certificação final das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

Município	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Ribeirão Preto	39	6,27	0,73	4,89	5,72	6,25	6,74	7,78

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

O município não obteve nenhuma equipe com desempenho Ótimo, 20% (8) tiveram desempenho Muito Bom, 34% (14) desempenho Bom, 29% (29%) desempenho Regular, 12% (5) desempenho Ruim e 5% (2) desclassificadas. Na estratificação de desempenho, 46% (19) ficaram com nota de desempenho acima de 6 e 54% (22) com desempenho com nota igual ou inferior a 6, conforme apresentado na Tabela 217 e 218 abaixo:

Tabela 202 - Desempenho da certificação final das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

Município	Ótimo ≥8	Muito Bom > 7 até 7,99	Bom > 6 até 7	Regular > 4 até 6	Ruim 0 até 4	Desclassificadas	Total
Ribeirão Preto	0	8	14	12	5	2	41
(%)	0%	20%	34%	29%	12%	5%	100%

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

Tabela 203 - Estratificação de desempenho da certificação final das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

Município	Menor ou igual a 6	Maior que 6	Total
Ribeirão Preto	19	22	41
(%)	46%	54%	100%

Fonte: Banco de dados do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

4.6.2 Aplicação do questionário de atribuições profissionais na atenção básica

A aplicação do questionário foi realizada a partir da estratificação da nota de desempenho na dimensão Acesso, Organização e Processo de Trabalho, ao qual as equipes de atenção básica foram divididas em dois grupos de 8 equipes cada, uma com percentual de desempenho igual ou maior que 70% e a outra com percentual de desempenho menor de 70%.

Tabela 204 - Estratificação de desempenho da dimensão processo de trabalho das equipes de AB avaliadas no município de Ribeirão Preto

Processo de Trabalho	
Equipe (n)	**Desempenho (%)**
Grupo A	Acima de 70%
1	76
2	86
3	73
4	80
5	78
6	81
7	91
8	81
Grupo B	Abaixo de 70%
9	61
10	68
11	62
12	67
13	64
14	64
15	66
16	64

Fonte: Elaborado pelo autor.

O questionário de atribuições comuns à todos profissionais da atenção básica, foi baseado na PNAB (2017), em seu artigo 4 da Portaria n° 2436, ao qual descreve que as atribuições dos profissionais das equipes que atuam na atenção básica deverão seguir normativas específicas do MS, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Deste modo, o questionário (Anexo) foi aplicado no médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde da equipe de atenção básica.

No questionário aplicado aos médicos, verificou-se que os profissionais médicos das equipes de atenção básica com desempenho acima de 70% responderam que participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, com significância estatística de $p<0,05$, quando comparado com os médicos de equipes de AB com desempenho menor que 70%. Deste modo, pressupõe que a participação do processo de territorialização pelo médico pode ser um fator que influência no desempenho para o acesso, organização e processo de trabalho na APS. Todas as outras questões não tiveram significância estatística, ou seja, diferença significativa entre os grupos.

No questionário aplicado aos enfermeiros, verificou-se que os profissionais enfermeiros das equipes de atenção básica com desempenho acima de 70% responderam que realizam ou mantem atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da AB, com significância estatística de $p<0,05$, quando comparado com os enfermeiros de equipes de AB com desempenho menor que 70%. Deste modo, pressupõe que o cadastramento e atualização de dados das famílias pelo enfermeiro pode ser um fator que influência no desempenho para o acesso, organização e processo de trabalho na APS. Todas as outras questões não tiveram significância estatística, ou seja, diferença significativa entre os grupos.

No questionário aplicado aos técnicos de enfermagem, verificou-se que estes profissionais das equipes de atenção básica com desempenho acima de 70% responderam que concorda que o serviço garante o atendimento da demanda espontânea, com significância estatística de $p<0,01$, que realizam consulta compartilhada com outros profissionais de nível superior, com significância estatística de $p<0,05$, e que acompanham o mapa de usuários com a condicionalidade saúde do Programa Bolsa Família (PBF) ou outros programas sociais, com significância estatística de $p<0,05$, quando comparado com os técnicos de enfermagem de equipes de AB com desempenho menor que 70%. Deste modo, pressupõe que à garantia do serviço de AB ao atendimento à demanda espontânea, a participação de consulta compartilhada com outros profissionais de nível superior e o acompanhamento de pessoas que participam de programas sociais na área de atuação da atenção básica pode ser um fator que influência no desempenho para o acesso, organização e processo de trabalho na APS. Todas as outras questões não tiveram significância estatística, ou seja, diferença significativa entre os grupos.

No questionário aplicado aos agentes comunitários de saúde (ACS), não foi encontrada diferença significativa entre os grupos com maior ou menor desempenho no processo de trabalho.

Ao analisar a soma das respostas dos profissionais da atenção básica, constatou-se que as equipes com desempenho acima de 70% responderam que participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (p<0,01), concordam que o serviço garante o atendimento da demanda espontânea (p<0,01), concordam que o serviço garante o atendimento da demanda programática (p<0,05), realizam visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, instituições de longa permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território (p<0,03), realizam consulta compartilhada com outros profissionais de nível superior, com significância estatística de p<0,03, participam e/ou realizam atividades ou trabalhos com grupos (p<0,01) e que acompanham o mapa de usuários com a condicionalidade saúde do Programa Bolsa Família (PBF) ou outros programas sociais (p<0,01), quando comparado com os profissionais de equipes de AB com desempenho menor que 70%.

Deste modo, pressupõe que a participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, a garantia da demanda espontânea, à garantia da demanda programática, a realização de visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, instituições de longa permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, a participação de consulta compartilhada com outros profissionais de nível superior, a realização de atividades ou trabalhos com grupos e o acompanhamento de pessoas que participam de programas sociais na área de atuação da equipe pode ser um fator que influência no desempenho para o acesso, organização e processo de trabalho na APS. Todas as outras questões não tiveram significância estatística, ou seja, diferença significativa entre os grupos.

Tabela 205 - Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado às equipes de AB do município de Ribeirão Preto

(continua)

Total	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q1-Participo do processo de territorialização				<0,01
Discordo totalmente	6 (19,35%)	0 (0%)	6 (9,52%)	
Discordo parcialmente	5 (16,13%)	1 (3,13%)	6 (9,52%)	
Indiferente	0 (0%)	6 (18,75%)	6 (9,52%)	
Concordo parcialmente	3 (9,68%)	6 (18,75%)	9 (14,29%)	
Concordo totalmente	17 (54,84%)	19 (59,38%)	36 (57,14%)	
Q2-Utilizo alguma escala de classificação de risco e vulnerabilidades				0,35
Discordo totalmente	3 (9,68%)	0 (0%)	3 (4,76%)	
Discordo parcialmente	3 (9,68%)	1 (3,13%)	4 (6,35%)	
Indiferente	1 (3,23%)	1 (3,13%)	2 (3,17%)	

Tabela 205 - Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado às equipes de AB do município de Ribeirão Preto

(continua)

Total	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	9 (28,13%)	17 (26,98%)	
Concordo totalmente	16 (51,61%)	21 (65,63%)	37 (58,73%)	
Q3-Realizo ou mantenho atualizado o cadastramento dos usuários				0,12
Discordo totalmente	6 (19,35%)	1 (3,13%)	7 (11,11%)	
Indiferente	1 (3,23%)	2 (6,25%)	3 (4,76%)	
Concordo parcialmente	10 (32,26%)	8 (25%)	18 (28,57%)	
Concordo totalmente	14 (45,16%)	21 (65,63%)	35 (55,56%)	
Q4- Realizo visita domiciliar				0,17
Discordo totalmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Concordo parcialmente	5 (16,13%)	2 (6,25%)	7 (11,11%)	
Concordo totalmente	25 (80,65%)	30 (93,75%)	55 (87,3%)	
Q5- Conheço os fluxos e protocolos e são de fácil utilização				0,41
Discordo parcialmente	4 (12,9%)	3 (9,38%)	7 (11,11%)	
Indiferente	2 (6,45%)	1 (3,13%)	3 (4,76%)	
Concordo parcialmente	9 (29,03%)	16 (50%)	25 (39,68%)	
Concordo totalmente	16 (51,61%)	12 (37,5%)	28 (44,44%)	
Q6- O serviço garante o atendimento da demanda espontânea				<0,01
Discordo totalmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Discordo parcialmente	7 (22,58%)	0 (0%)	7 (11,11%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	13 (40,63%)	21 (33,33%)	
Concordo totalmente	15 (48,39%)	19 (59,38%)	34 (53,97%)	
Q7- O serviço garante o atendimento da demanda programática				<0,05
Discordo parcialmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Concordo parcialmente	5 (16,13%)	13 (40,63%)	18 (28,57%)	
Concordo totalmente	25 (80,65%)	19 (59,38%)	44 (69,84%)	
Q8- Você participa do acolhimento dos usuários				0,80
Discordo totalmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Discordo parcialmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Indiferente	1 (3,23%)	1 (3,13%)	2 (3,17%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	7 (21,88%)	15 (23,81%)	
Concordo totalmente	20 (64,52%)	24 (75%)	44 (69,84%)	
Q9-O acolhimento possui classificação de risco				0,69
Indiferente	1 (3,23%)	3 (9,38%)	4 (6,35%)	
Concordo parcialmente	3 (9,68%)	3 (9,38%)	6 (9,52%)	
Concordo totalmente	27 (87,1%)	26 (81,25%)	53 (84,13%)	
Q10-Realizo o acompanhamento e monitoramento da população adscrita ao longo do tempo				0,45
Discordo parcialmente	3 (9,68%)	0 (0%)	3 (4,76%)	
Indiferente	1 (3,23%)	2 (6,25%)	3 (4,76%)	
Concordo parcialmente	5 (16,13%)	5 (15,63%)	10 (15,87%)	
Concordo totalmente	22 (70,97%)	25 (78,13%)	47 (74,6%)	
Q11-O serviço realiza cuidados preventivos para os usuários				0,38
Discordo parcialmente	0 (0%)	1 (3,13%)	1 (1,59%)	
Indiferente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Concordo parcialmente	9 (29,03%)	6 (18,75%)	15 (23,81%)	
Concordo totalmente	21 (67,74%)	25 (78,13%)	46 (73,02%)	

Tabela 205 - Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado às equipes de AB do município de Ribeirão Preto

(continua)

Total	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q12-As intervenções do cuidado realizadas influenciam nas mudanças em saúde das pessoas				0,80
Concordo parcialmente	13 (41,94%)	15 (46,88%)	28 (44,44%)	
Concordo totalmente	18 (58,06%)	17 (53,13%)	35 (55,56%)	
Q13-Coordeno o cuidado mesmo quando o usuário vai para outro ponto de atenção				0,74
Discordo totalmente	5 (16,13%)	3 (9,38%)	8 (12,7%)	
Discordo parcialmente	3 (9,68%)	1 (3,13%)	4 (6,35%)	
Indiferente	1 (3,23%)	2 (6,25%)	3 (4,76%)	
Concordo parcialmente	10 (32,26%)	12 (37,5%)	22 (34,92%)	
Concordo totalmente	12 (38,71%)	14 (43,75%)	26 (41,27%)	
Q14-Tenho facilidade na utilização do sistema de informação da atenção básica				0,42
Discordo totalmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	12 (37,5%)	20 (31,75%)	
Concordo totalmente	22 (70,97%)	20 (62,5%)	42 (66,67%)	
Q15-Participo do processo de ordenação dos fluxos assistenciais para outros serviços.				0,22
Discordo totalmente	11 (35,48%)	9 (28,13%)	20 (31,75%)	
Discordo parcialmente	4 (12,9%)	2 (6,25%)	6 (9,52%)	
Indiferente	0 (0%)	5 (15,63%)	5 (7,94%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	8 (25%)	16 (25,4%)	
Concordo totalmente	8 (25,81%)	8 (25%)	16 (25,4%)	
Q16-Faço gestão/ controle da fila de espera				0,27
Discordo totalmente	14 (45,16%)	10 (31,25%)	24 (38,1%)	
Discordo parcialmente	4 (12,9%)	1 (3,13%)	5 (7,94%)	
Indiferente	0 (0%)	2 (6,25%)	2 (3,17%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	11 (34,38%)	19 (30,16%)	
Concordo totalmente	5 (16,13%)	8 (25%)	13 (20,63%)	
Q17-Realizo busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória				0,14
Discordo totalmente	4 (12,9%)	0 (0%)	4 (6,35%)	
Discordo parcialmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Indiferente	1 (3,23%)	4 (12,5%)	5 (7,94%)	
Concordo parcialmente	8 (25,81%)	10 (31,25%)	18 (28,57%)	
Concordo totalmente	17 (54,84%)	18 (56,25%)	35 (55,56%)	
Q18-O serviço faz busca ativa de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.				0,32
Discordo totalmente	6 (19,35%)	2 (6,25%)	8 (12,7%)	
Discordo parcialmente	3 (9,68%)	1 (3,13%)	4 (6,35%)	
Indiferente	2 (6,45%)	2 (6,25%)	4 (6,35%)	
Concordo parcialmente	9 (29,03%)	16 (50%)	25 (39,68%)	
Concordo totalmente	11 (35,48%)	11 (34,38%)	22 (34,92%)	
Q19- Visitas domiciliares instituições, abrigos etc.				<0,03
Discordo totalmente	6 (19,35%)	5 (15,63%)	11 (17,46%)	
Discordo parcialmente	4 (12,9%)	0 (0%)	4 (6,35%)	
Indiferente	5 (16,13%)	15 (46,88%)	20 (31,75%)	
Concordo parcialmente	4 (12,9%)	5 (15,63%)	9 (14,29%)	
Concordo totalmente	12 (38,71%)	7 (21,88%)	19 (30,16%)	

Tabela 205 - Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado às equipes de AB do município de Ribeirão Preto

(conclusão)

Total	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q20-Realizo consulta compartilhada com outros profissionais de nível superior				<0,03
Discordo totalmente	1 (3,23%)	3 (9,38%)	4 (6,35%)	
Discordo parcialmente	4 (12,9%)	1 (3,13%)	5 (7,94%)	
Concordo parcialmente	10 (32,26%)	3 (9,38%)	13 (20,63%)	
Concordo totalmente	16 (51,61%)	25 (78,13%)	41 (65,08%)	
Q21-Participo da construção do Projeto Terapêutico Singular dos pacientes				0,43
Discordo totalmente	5 (16,13%)	3 (9,38%)	8 (12,7%)	
Discordo parcialmente	4 (12,9%)	2 (6,25%)	6 (9,52%)	
Indiferente	2 (6,45%)	1 (3,13%)	3 (4,76%)	
Concordo parcialmente	7 (22,58%)	14 (43,75%)	21 (33,33%)	
Concordo totalmente	13 (41,94%)	12 (37,5%)	25 (39,68%)	
Q22-Participo e/ou realizo atividades ou trabalhos com grupos				<0,01
Discordo totalmente	2 (6,45%)	0 (0%)	2 (3,17%)	
Discordo parcialmente	2 (6,45%)	0 (0%)	2 (3,17%)	
Indiferente	2 (6,45%)	0 (0%)	2 (3,17%)	
Concordo parcialmente	10 (32,26%)	5 (15,63%)	15 (23,81%)	
Concordo totalmente	15 (48,39%)	27 (84,38%)	42 (66,67%)	
Q23-Participo das reuniões de equipe				0,24
Discordo parcialmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Indiferente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	3 (9,38%)	3 (4,76%)	
Concordo totalmente	29 (93,55%)	29 (90,63%)	58 (92,06%)	
Q24-A gestão fornece atividades de educação permanente				0,06
Indiferente	3 (9,68%)	0 (0%)	3 (4,76%)	
Concordo parcialmente	9 (29,03%)	5 (15,63%)	14 (22,22%)	
Concordo totalmente	19 (61,29%)	27 (84,38%)	46 (73,02%)	
Q25-Participo de ações de educação em saúde para a população				0,09
Discordo totalmente	4 (12,9%)	0 (0%)	4 (6,35%)	
Discordo parcialmente	1 (3,23%)	0 (0%)	1 (1,59%)	
Concordo parcialmente	7 (22,58%)	6 (18,75%)	13 (20,63%)	
Concordo totalmente	19 (61,29%)	26 (81,25%)	45 (71,43%)	
Q26-Acompanho o mapa de usuários com a condicionalidade Saúde do Programa Bolsa Família				<0,01
Discordo totalmente	10 (32,26%)	0 (0%)	10 (15,87%)	
Discordo parcialmente	3 (9,68%)	1 (3,13%)	4 (6,35%)	
Indiferente	1 (3,23%)	5 (15,63%)	6 (9,52%)	
Concordo parcialmente	5 (16,13%)	8 (25%)	13 (20,63%)	
Concordo totalmente	12 (38,71%)	18 (56,25%)	30 (47,62%)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.6.3 Aplicação do questionário de habilidades do acesso na atenção básica

O questionário de habilidades do acesso atenção básica, foi baseado nos estudos de Starfield (2002) sobre os quatro atributos essenciais dos serviços, como o primeiro contato/porta de entrada, longitudinalidade, abrangência ou integralidade e coordenação do cuidado, e três atributos derivados que são orientação comunitária, orientação centrada na família e competência cultural, e os estudos de Levesque et al (2013), que identificou cinco dimensões do acesso definidas como: abordabilidade, aceitabilidade, acolhimento/ disponibilidade, acessibilidade e adequação/ apropriação; e cinco habilidades/ interações para gerar o acesso, sendo a capacidade de perceber, capacidade de procurar, capacidade de alcançar, capacidade de pagar e capacidade de se envolver.

Desta forma, criou-se um questionário com 10 questões para aplicação aos profissionais de saúde e usuários, a fim de identificar as habilidades do acesso na APS.

Deste modo, o questionário (APÊNDICE 6) foi aplicado em 16 gerentes ou profissionais de saúde responsáveis pelas equipes de atenção básica e 64 usuários, ou seja, quatro por equipe de AB. A idade média dos profissionais responsáveis pelas equipes foi de 38±6 anos, mínimo de 24 e máximo de 48 anos, sendo que 94% (15) são do sexo feminino. Quanto ao tempo de formado, 63% (10) possuem de 7 a 10 anos, 31% (5) de 11 a 20 anos e 6% (1) acima de 20 anos. Quanto ao tempo de atuação na equipe atual, 63% (10) estão nessa equipe de 1 a 3 anos e 38% (6) de 4 a 6 anos. Quanto ao vínculo empregatício, 75% (12) são servidores públicos municipal e 25% (4) são celetistas terceirizados. Na avaliação dos usuários entrevistados, 80% (51) foram do sexo feminino e 20% (13) do sexo masculino. A média de idade foi de 45±17 anos, mínimo de 18 e máximo de 77, sendo que 44% (28) se autodeclaram pardos, 39% (25) brancos, 16% (10) pretos e 2% (1) indígena. Quanto a escolaridade, 47% (30) relataram que possuem ensino fundamental incompleto, 23% (15) ensino médio completo, 13% (8) ensino fundamental completo, 13% (8) ensino médio incompleto, 3% (2) ensino superior incompleto e 2% (1) ensino superior completo.

Na comparação das respostas entre o profissional responsável e os usuários, o profissional responsável discorda que a distância ou acesso ao transporte público para acessibilidade na UBS seja adequada ($p<0,01$) e também discorda que os usuários são engajados e envolvidos no processo de cuidado em saúde ($p<0,01$). Todas as outras questões não tiveram significância estatística, ou seja, diferença significativa entre os grupos.

Tabela 206 - Questionário de habilidades do acesso aplicado ao profissional responsável e usuários das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

(continua)

Profissional vs Usuário	Respondente		Total	Valor p
	Profissional	Usuário		
	n (%)	n (%)	n (%)	
QUESTÃO 1				0,15
Discordo totalmente	0 (0%)	4 (6,25%)	4 (5%)	
Discordo parcialmente	0 (0%)	6 (9,38%)	6 (7,5%)	
Concordo parcialmente	4 (25%)	5 (7,81%)	9 (11,25%)	
Concordo totalmente	12 (75%)	49 (76,56%)	61 (76,25%)	
QUESTÃO 2				0,13
Discordo totalmente	0 (0%)	8 (12,5%)	8 (10%)	
Discordo parcialmente	1 (6,25%)	12 (18,75%)	13 (16,25%)	
Concordo parcialmente	6 (37,5%)	26 (40,63%)	32 (40%)	
Concordo totalmente	9 (56,25%)	18 (28,13%)	27 (33,75%)	
QUESTÃO 3,1				0,27
Não tem sido marcado	0 (0%)	2 (3,13%)	2 (2,5%)	
Demorado	13 (81,25%)	36 (56,25%)	49 (61,25%)	
Dentro do esperado	3 (18,75%)	16 (25%)	19 (23,75%)	
Rápido	0 (0%)	10 (15,63%)	10 (12,5%)	
QUESTÃO 3,2				0,76
Não tem sido marcado	0 (0%)	2 (3,13%)	2 (2,5%)	
Demorado	10 (62,5%)	35 (54,69%)	45 (56,25%)	
Dentro do esperado	5 (31,25%)	16 (25%)	21 (26,25%)	
Rápido	1 (6,25%)	11 (17,19%)	12 (15%)	
QUESTÃO 4				0,17
Pronto Socorro ou UPA	0 (0%)	8 (12,5%)	8 (10%)	
Outro posto de saúde	0 (0%)	6 (9,38%)	6 (7,5%)	
UBS do bairro	16 (100%)	50 (78,13%)	66 (82,5%)	
QUESTÃO 5				0,44
Discordo parcialmente	3 (18,75%)	6 (9,38%)	9 (11,25%)	
Concordo parcialmente	7 (43,75%)	25 (39,06%)	32 (40%)	
Concordo totalmente	6 (37,5%)	33 (51,56%)	39 (48,75%)	
QUESTÃO 6				0,08
Discordo totalmente	1 (6,25%)	10 (15,63%)	11 (13,75%)	
Discordo parcialmente	7 (43,75%)	9 (14,06%)	16 (20%)	
Concordo parcialmente	2 (12,5%)	17 (26,56%)	19 (23,75%)	
Concordo totalmente	6 (37,5%)	28 (43,75%)	34 (42,5%)	
QUESTÃO 7				<0,01
Discordo totalmente	1 (6,25%)	2 (3,13%)	3 (3,75%)	
Discordo parcialmente	4 (25%)	3 (4,69%)	7 (8,75%)	
Concordo parcialmente	3 (18,75%)	5 (7,81%)	8 (10%)	
Concordo totalmente	8 (50%)	54 (84,38%)	62 (77,5%)	

Tabela 206 - Questionário de habilidades do acesso aplicado ao profissional responsável e usuários das equipes de AB do município de Ribeirão Preto

(conclusão)

Profissional vs Usuário	Respondente		Total	Valor p
	Profissional	Usuário		
	n (%)	n (%)	n (%)	
QUESTÃO 8				0,08
Discordo totalmente	0 (0%)	2 (3,13%)	2 (2,5%)	
Discordo parcialmente	1 (6,25%)	6 (9,38%)	7 (8,75%)	
Concordo parcialmente	7 (43,75%)	9 (14,06%)	16 (20%)	
Concordo totalmente	8 (50%)	47 (73,44%)	55 (68,75%)	
QUESTÃO 9				0,26
Discordo totalmente	0 (0%)	2 (3,13%)	2 (2,5%)	
Discordo parcialmente	0 (0%)	1 (1,56%)	1 (1,25%)	
Concordo parcialmente	1 (6,25%)	17 (26,56%)	18 (22,5%)	
Concordo totalmente	15 (93,75%)	44 (68,75%)	59 (73,75%)	
QUESTÃO 10				<0,01
Discordo totalmente	0 (0%)	5 (7,81%)	5 (6,25%)	
Discordo parcialmente	10 (62,5%)	10 (15,63%)	20 (25%)	
Concordo parcialmente	4 (25%)	13 (20,31%)	17 (21,25%)	
Concordo totalmente	2 (12,5%)	36 (56,25%)	38 (47,5%)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.6.4 Análise qualitativa sobre o acesso na atenção básica

Realizou-se ao final de cada entrevista semiestruturada, uma pergunta aberta sobre os fatores limitantes e facilitadores para o acesso e integralidade da assistência em saúde no âmbito da atenção básica.

Após a pré-análise e a exploração da transcrição dos áudios, realizoi-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos. O objeto foi dividido em dois eixos, fatores limitantes e fatores facilitadores relatados pelos profissionais de saúde entrevistados, sendo que a resposta poderia ser mais de um fator por eixo. Para identificação das palavras chaves, utilizou-se a regra de frequência, com a identificação da frequência de aparição das respostas, sendo que todas as aparições possuem o mesmo peso, valor e importância. Em seguida, realizou-se a categorização semântica dos grupos de palavras chave, sendo encontrado cinco grupos em relação aos fatores limitantes e cinco grupos em relação aos fatores facilitadores, conforme quadros 2 e 3:

Quadro 2- Agrupamento dos fatores limitantes

(continua)

Categorias	**Palavras chave**
1- Demanda espontânea excessiva (frequência - 26)	Excesso de demanda espontânea Demanda muito grande Grande demanda de pacientes com uso de medicação controlada Tempo de espera elevado para consultas Muita procura por demanda espontânea Grande quantidade de pessoas que vem de outros estados para demanda espontânea Tempo de atendimento inadequado devido a demanda Dificuldade de acesso no acolhimento Grande demanda para atendimento espontâneo Muitas pessoas fora de área com procura de atendimento na hora População quer atendimento na hora
2- *Modus operandi* do usuário (frequência- 22)	Falta de interesse da população em participação dos grupos ou programas da UBS Resistência dos pacientes quanto a consulta de enfermagem Absenteísmo nas consultas e atendimentos Falta de adesão dos pacientes ao tratamento Pacientes faltam muito Paciente não absorve as orientações Agressividade dos pacientes População pouca participativa Dificuldade de entendimento da orientação pelo paciente A população entende que o desfecho do acolhimento é atendimento médico A população não entende o que é ESF Muitas pessoas ausentes na visita domiciliar
3- Falta de estrutura (frequência - 20)	Falta de estrutura Falta de estrutura para atividades em grupo Falta de recursos humanos Falta de vacina Falta de materiais Baixa qualidade dos insumos Estrutura física Recursos humanos limitado Infraestrutura de informática
4- Complexidades do território (frequência 13)	Tamanho da área de abrangência grande Aumento do número da população no território Muitas necessidades sociais no território Área de violência e tráfico Território com grande número de pessoas População vulnerável muito grande Número grande de famílias para acompanhar

Quadro 2- Agrupamento dos fatores limitantes

(conclusão)

Categorias	Palavras-chave
5- Questões do processo de trabalho (frequência - 10)	Falta de empatia do profissional Falta de comunicação Múltiplas funções Falta de acesso à informações no prontuário eletrônico Falta de explicação aos pacientes Necessidade de reunião de equipe diária Problemas pessoais entre os profissionais da equipe Demanda das pessoas do convênio na organização do processo de trabalho

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 3- Agrupamento dos fatores facilitadores

(continua)

Categorias	Palavras-chave
1- Estratégias para o acesso (frequência - 34)	Realizar os procedimentos na própria UBS Escuta qualificada Consulta compartilhada entre médico e enfermeiro Garantia de consulta no retorno programado Autorização temporária para receitas vencidas com consulta agendada Buscar resolutividade na própria UBS Descentralização do cuidado para outros profissionais Acesso a medicações na própria UBS Material de qualidade para curativos Uso de whatapp para comunicação com pacientes Controle do retorno de pacientes hipertensos e diabéticos Checagem de resultado de exames sem necessidade de consulta Matriciamento em saúde mental Acesso à anticoncepção Ninguém sai sem atendimento
2- Trabalho em equipe (frequência- 18)	Trabalho em equipe Trabalho em equipe com apoio do NASF Comunicação entre os profissionais da equipe Envolvimento dos profissionais de saúde Trabalho com equipe multiprofissional Trabalho em dupla de agentes em áreas de risco
3- Vínculo (frequência - 14)	Vínculo com usuário Vínculo com a equipe Visita domiciliar gera vínculo Vínculo com a população Vínculo com as famílias

Quadro 3- Agrupamento dos fatores facilitadores

(conclusão)

Categorias	Palavras-chave
4- Atividades em grupo (frequência - 6)	Atividades em grupo Atividades em grupo junto com NASF
5- Atividades de planejamento (frequência - 5)	Reunião de equipe Discussão de casos Supervisão de visitas domiciliares

4.6.4.1 Categorias dos fatores limitantes

Na análise do agrupamento dos fatores limitantes, as categorias encontradas foram demanda espontânea excessiva, *modus operandi* do usuário, falta de estrutura, complexidades do território e questões do processo de trabalho.

A categoria mais mencionada pelos profissionais de saúde foi “Demanda espontânea excessiva”. Essa categoria obteve 29% (26) das citações. Pode-se perceber no discurso dos profissionais de saúde, apresentado a seguir, que essa categoria apresenta um entendimento que o fator limitador para acesso e a assistência em saúde no âmbito da AB é a demanda espontânea excessiva, ou seja, a procura imediata dos pacientes nas UBS por consultas e atendimentos.

> Acho que o que limita muito é a demanda espontânea, isso atrapalha muito a gente fazer o atendimento programático, a gente tem uma alta demanda espontânea [...] teve dia de ficar até nove e meia, dez horas da manhã fazendo acolhimento, era pra termina às oito horas, mas ai atrapalhou atende os pacientes agendados [...] teve dia muito difícil devido essa demanda espontânea muito alta dos pacientes, o acolhimento demora não é algo tão rápido, é relativo [...] tem pouca agenda de demanda espontânea, tem 2 por dia, por médico. (Entrevistado 17)

Verifica-se na fala que o acolhimento à demanda espontânea possui horário pré-determinado, e é considerado um processo que prejudica a rotina e organização da equipe. O profissional também reconhece que a quantidade de vagas de demanda espontânea é pequena, e que arranjos locais como os “encaixes” no acolhimento são realizados para tentar aumentar essas vagas.

> Agendada são 10 por período, na verdade são 24 consultas, 10 de manhã e 2 acolhimentos e 12 à tarde, entre 22 e 24 consultas por dia e se falta gente, vamos encaixando também, mas tem dia que vem muita gente de manhã. (Entrevistado 17)

> A demanda é muito grande e não conseguimos acolher todo mundo. (Entrevistado 34)

> Eu acho assim, se a pessoa está surtada sem remédio ela vai para o acolhimento, então tem essa saída, você vai acolhe o paciente que está em crise, ele tem alguma doença, que seja psicológica, então ele vai para o acolhimento e vai tentar o encaixe [...] o acolhimento é isso você tem que ver caso a caso, uma pessoa com ideação suicida ela é vermelha, eu não estou conseguindo dormir e estou mau, ela é amarela, ela vai passa, nesses casos acolhimento. (Entrevistado 39).

Evidenciou-se também que algumas equipes possuem datas de abertura de agenda mensal, com distribuição de senhas com quantidades pré-determinadas de vagas de consultas. Esse processo de entrega de senhas e a abertura periódica e agendamento para todo o mês tem se mostrado ineficaz, e pode gerar absenteísmo e redução do acesso do cuidado em saúde. Outro processo evidenciado foi que, devido ao excesso de demanda, muitos por necessidade de renovação de receita, as equipes criaram um arranjo para renovação de receitas num dia específico.

> A dificuldade é porque a procura é muito maior do que a oferta na maioria das vezes [...] abre agenda de manhã e tem vez que a tarde acabou a vaga, então nós temos problemas com o número de vagas na agenda. [...] no período da manhã que é aonde que tem a maior procura, é a enfermeira que faz até as oito horas, aí no restante do dia as auxiliares fazem a coleta de dados, sinais vitais e passa para os médicos [...] também teve que criar uma agenda médica para renovação de receita de tão grande que é a procura. Um dia por semana, na nossa área é na sexta-feira, ele (paciente) vem deixa a receita na fila de pré consulta, deixa a receita ou não deixa por que perdeu [...] e vai ser agendado naquela semana mesmo, sempre na sexta-feira. Por exemplo, o paciente vem na segunda-feira e a gente pede pra ele busca a receita na tarde de sexta-feira. (Entrevistado 27)

> Eles (pacientes) reclamam muito que abre agenda de manhã e 2 horas depois não tem mais vagas, pelo menos na minha área. (Entrevistado 28)

Outro ponto é que devido a demanda excessiva, as equipes recorrem ao encaminhamento dos pacientes para unidades de pronto atendimento. Em uma das falas, é identificado que o profissional relata que atende os pacientes mais graves identificados no pronto atendimento, sendo orientado aos menos graves e que desejam atendimento no dia, irem ao pronto atendimento. Por outro lado, um profissional relata que o problema de demanda espontânea excessiva é que a área de atuação da equipe de AB é muito distante da unidade de pronto atendimento, então se torna o único serviço para acesso das pessoas que precisam naquele território.

> Eu acho que a demanda aqui da população da região é muito grande, tem a necessidade de mais consultas tanto agendadas, chega muita demanda espontânea, eventual e muitas vezes não conseguimos absorver tudo isso a gente faz a estratificação de risco e atende os pacientes mais graves e manda para o pronto socorro os casos de menos gravidade. Se tivesse mais médicos, mais uma equipe seria mais legal. (Entrevistado 28)

> A quantidade de demanda espontânea que a gente tem é muito grande, aqui por ser uma unidade muito afastada dos pronto atendimentos [...], uma referência de pronto atendimento está fechado a anos [...] a nossa unidade é uma população muito carente, eles não tem recurso pra ir de ônibus para o pronto atendimento, então eles vão procurar o que, a UBS, a gente tem uma população grande que cada dia foi aumentando mais, foram construídos novos condomínios, cada dia foi aumentando mais a população e a equipe é a mesma, agora temporariamente a gente tá assumindo aquele bairro novo [...] que aumentou muito nossa população na demanda espontânea. (Entrevistado 62)

O entendimento que a unidade de pronto atendimento é mais resolutiva também permeia a visão dos profissionais de saúde, e não é visto como um outro ponto de atenção que complementa a rede de atenção à saúde. Outro aspecto importante é que o profissional de saúde reconhece que a maioria da demanda possui classificação de risco verde, ou seja, a resolutividade do caso é própria da atenção básica, mas pouco urgente. É importante ressaltar que a classificação de risco de um serviço de pronto atendimento é diferente da classificação de risco da atenção básica, sendo este último, possuir a necessidade de incorporar outros critérios, para além do risco, questões como a vulnerabilidade e o tempo que não frequenta a unidade por exemplo.

> [...] as vezes os médicos conseguem atender toda a demanda do dia e as vezes não, às vezes é necessário encaminhar algum paciente para o pronto atendimento, as vezes é um caso mais grave [...] tirar um raio-X aqui a gente não tira ou algum paciente que dá pra marca no outro dia, o paciente não fica sem uma solução do caso, às vezes ele volta no outro dia e a gente marca consulta pra ele aqui [...] a gente trabalha com classificação de risco, a gente obedece os critérios de classificação de risco, se der vermelho vai ser atendido imediatamente, se der amarelo tem que ser atendido no mesmo dia, agora se é verde tem uma semana pra atender e muitas vezes a gente atende verde no mesmo dia, que a maioria de nossas queixas são verdes, que é uma coisa que a gente deveria levantar para pesquisar essa demanda. (Entrevistado 62)

Algumas estratégias como o acesso avançado também foram propostas por algumas equipes, mas os relatos mostram que o controle da demanda espontânea não é um processo fácil. As equipes também identificam que algumas demandas espontâneas que chegam no acolhimento, como renovação de receitas e checagem de resultados de exames, têm pressionado o processo de trabalho com dificuldade para realização da rotina programada como consultas

agendadas dentre outras. Outra questão importante é que o excesso de demanda espontânea pode prejudicar o cuidado em saúde, como apresentado na entrevista 27, que a equipe não consegue estabelecer uma rotina de verificação de exames que não foram buscados pelos pacientes, por exemplo.

> Quando a gente implantou o acesso avançado, a gente teve grande dificuldade em relação a isso, por que tinha paciente com muito tempo sem atendimento, nem sempre a gente consegue dar uma demanda espontânea com qualidade [...] além de trabalhar com acesso avançado trabalhamos também com consultas agendadas, então isso dificulta bastante o acesso. (Entrevistado 52)

> Agora se o paciente não vem buscar o exame, aí é um problema que a gente enfrenta, não tem uma rotina por que se ele vem no acolhimento, numa consulta comigo, eu vou ver e dizer que ele fez um exame e não veio buscar, mas se ele sumir e não aparecer na unidade não consigo identificar. (Entrevistado 27).

A segunda categoria mais menciona foi denominada "*Modus Operandi* do usuário". De acordo com dicionário Michaelis (2020), *modus operandi* é uma expressão latina que significa o modo pelo qual uma pessoa ou uma instituição atua ou opera e desenvolve suas atividades ou ações. Essa categoria obteve 24% (22) das citações. Pode-se perceber no discurso dos profissionais de saúde apresentado a seguir, essa categoria apresenta um entendimento que o fator limitador para acesso e a assistência em saúde no âmbito da AB é o entendimento do usuário, ou seja, a forma de responsabilizar-se sobre a situação de sua saúde, o compromisso com a equipe de AB e as relações entre profissionais e usuários da UBS.

O absenteísmo esteve presente nos relatos como fator limitante, colocado pelas equipes que realizam programações de atividades ou mesmo agendamentos de atendimentos e, em algumas vezes, o usuário falta e não comunica a equipe.

> [...] as faltas dos pacientes né, a gente se prepara para uma atividade em grupo ou alguma atividade para eles, e eles faltam [...] é bastante a falta dos pacientes. (Entrevistado 4)

> [...] o absenteísmo ainda é um problema, ele reduziu muito nesse um ano e pouquinho desse trabalho [...] a gerente passou a colocar até na própria unidade um banner com pedestal e tudo, demonstrando quantos agendamentos nós tivemos naquele mês e quantas faltas ocorreram [...] até para o próprio usuário ter noção mesmo [...] nem todo usuário tem essa consciência se vai faltar e está agendado, mas se for faltar liga, todos os cartões do paciente tem o telefone da unidade, tem o telefone na recepção [...] mas a gente tem uma taxa alta de faltas e isso prejudica por que mesmo tendo a porta aberta, a gente programa coisas em cima disso. (Entrevistado 19)

Outro aspecto encontrado, foram as colocações que os pacientes não entendem o processo de trabalho da estratégia de saúde da família, o que inclui as orientações e informações realizadas pelos profissionais e até mesmo a adesão aos tratamentos.

> Eu acho que o que limita a gente, é a população não entender que aqui é um núcleo de saúde da família, que o nosso maior potencial é trabalhar com a prevenção e eles não entendem muito isso! [...] a gente tenta passar e tal, eu acho que falta informação, tanto no meio da mídia, tipo tem gente que chega aqui e não sabe o que é um médico de saúde da família, não sabe o que ele faz, então acho que o fator limitante é a falta de informação por parte da população. (Entrevistado 47)

> [...] o paciente não tem a mesma responsabilidade do que nós, ele não vê a importância da orientação como a gente vê, você passa a informação, você passa tudo o melhor que você tem e ele não absorve [...] ele quer tudo imediato na maneira como ele quer, na hora. A maioria da população que procura aqui quer uma resolução imediatista na hora, não vê a prevenção, não pensa em se cuidar e não pega aquilo como responsabilidade para si, só aponta. (Entrevistado 18)

Os profissionais de saúde apresentaram nos relatos uma preocupação se os pacientes estão entendendo as orientações, e muitas vezes é reforçado a impressão que os usuários não estão compreendendo as informações dadas.

> Agora o ponto fraco é que às vezes a gente não tem tanta disponibilidade para acompanhar o paciente mais próximo, tem essa dificuldade, porque a gente orienta aqui e chega lá, eu não sei se a minha orientação foi entendida pelo paciente, nem sempre. (Entrevistado 46)

Apontou-se também sobre a falta de engajamento dos usuários na participação dos espações coletivos sociais na UBS, como o conselho local de saúde, mas um fato importante identificado foi que existem líderes na comunidade que não permitem a participação da população nesses espaços, o que apresenta fatores externos políticos influenciadores.

> [...] a população não se engaja tanto, não se preocupa tanto em participar, então não conseguimos ter um conselho de saúde, tem líder na comunidade que não aceita ter esse conselho [...] a gente até organiza, mas a população não participa ativamente com a opinião do que seria melhor pra ele ou o jeito que eles acham que seria melhor para ser atendido, então não tem. (Entrevistado 37).

Apresentou-se uma visão que o fator limitador é a adesão dos pacientes aos tratamentos, colocado que o usuário não adere as condutas ou programas fornecidos pelas equipes de AB, sendo relatado, em algumas situações, ocasiões de agressividade dos pacientes com os profissionais de saúde.

> A maior dificuldade para mim, é à adesão da população [...] tem algumas pessoas que têm dificuldade, necessita de utilização de medicamentos, mas elas têm uma dificuldade de uso ou não adere, essa é a maior dificuldade, adesão ao tratamento, a medicação [...] não tem interesse. (Entrevistado 54)

> [...] pouca paciência, uma agressividade cada vez maior em lidar com a gente e muitas vezes essa agressividade está vinculada ao fato do usuário não entender o que está sendo explicado, conversado [...] entender o funcionamento como que é, da estrutura em si da secretaria da saúde, então acaba a gente ficando como sendo responsável muitas das vezes por limitações que o próprio sistema oferece. (Entrevistado 35)

Outro fato é a expectativa do paciente ao buscar a UBS, sendo relatado que há um desconhecimento sobre a consulta de enfermagem e o entendimento e expectativa do usuário para o acesso à uma consulta médica.

> [...] eu vejo um desconhecimento em relação a consulta de enfermagem, às vezes eles vem com uma expectativa de uma consulta médica e eu preciso orientar as diferenças de uma consulta de outra. (Entrevistado 7)

Por fim, essa categoria apresenta uma característica da vida do mundo moderno, ou seja, o funcionamento das UBS em horário comercial coincide com o horário em que os indivíduos estão na escola, no trabalho dentre outros, dificultando principalmente a rotina do agente comunitário de saúde, que possui uma das suas atribuições principais a realização de visitas domiciliares periodicamente.

> [...] o horário de funcionamento poderia ser alterado, olhando para o trabalho das agentes comunitários, a maioria das visitas é ausente, a gente tem uma população idosa grande, mas ainda tem uma população que a gente não pega que são os que trabalham. (Entrevistado 17)

> Hoje mesmo de uma rua que eu fiz não encontrei ninguém, ai pulei pra outra rua e consegui falar com duas pacientes, que eu sei que estão em casa, porque assim, a gente consegue identificar quem está em casa e quem não está, a gente já sabe, então vamos supor [...] faz tempo que eu não vou aqui e eu sei que não vai ter ninguém, mas eu tenho que fazer a visita, entendeu [...] pra não dizer que você não foi, então eu fui pra provar que não tinha ninguém em casa, a gente deixa um papel informando que fomos e não tinha ninguém em casa. (Entrevistado 40)

> [...] a gente nunca sai pra fazer uma visita 7 ou 8 horas da manhã, porque se a gente bater em uma casa esse horário, dependendo você até apanha. Então nosso horário normalmente é 9 horas, esse horário as pessoas já saíram pra trabalhar, certo e normalmente elas voltam às 17, 18 horas, então a casa está sempre fechada. (Entrevistado 45)

A terceira categoria foi relacionado a “Falta de estrutura”, que envolve desde aspectos físicos, falta de recursos humanos, falta de insumos e falta de materiais para execução do trabalho na AB. Essa categoria obteve 22% (20) das citações. Pode-se perceber no discurso dos profissionais de saúde apresentado a seguir, que essa categoria apresenta o relato de aspectos que limitam a execução das atividades de atendimento da população.

Aspectos como a estrutura física e disposição de salas de atendimento, ou mesmo falta de insumos e materiais podem dificultar a integralidade da assistência em saúde e até limitar o acesso, sendo necessário recorrer a outros pontos de atenção. A rotatividade de profissionais também se apresentou como fator limitador do acesso.

> [...] limitante às vezes, assim, querendo ou não tem que falar da estrutura, então a unidade é uma casa improvisada com escada [...] isso limita entrada de paciente, não tem uma sala adequada, não tem uma sala de medicação adequada [...] chega uma criança aqui e é preciso fazer aerosol após avaliação, eu não tenho aerossol, eu não tenho algumas medicações que eu gostaria de ter para o paciente não ter que se deslocar [...] ficar com paciente aqui é até mais fácil que a gente tem um controle. (Entrevistado 6)

> Acho que a estrutura limita, porque para fazer os grupos, por exemplo, não tem uma sala adequada, o que dificulta para desenvolver as atividades [...] na minha unidade percebo que a rotatividade de profissionais é alta, quando estão pegando um vínculo, aí troca. (Entrevistado 42)

Em relação a estrutura, algumas questões como as atividades de formação na unidade se mostraram como fator limitante. A formação de profissionais no SUS para o SUS é muito importante, mas esse processo deve ser adequado tanto para a formação dos profissionais, quanto para a execução do trabalho profissional na AB. Esse processo, para além da sua função primária, que é formação, tem o intuito de promover acesso, e não deve ser fator limitante das ações da equipe.

> Uma das coisas que acho que limita é a estrutura física, como estamos recebendo os alunos, no meu consultório acabo cedendo para os alunos atenderem, então eu tenho a sensação que se eu tivesse esse consultório para mim, eu seria mais resolutiva, eu conseguiria atender mais [...] aí a gente acaba dividindo a sala com outro profissional, então a gente não consegue ser 100%. (Entrevistado 15)

> [...] por exemplo, o otoscópio a gente tá sem porque roubaram [...] outra limitação aqui da área é a violência, como eu falei, a gente está sem otoscópio porque roubaram todos [...] já fomos assaltados na rua [...] então assim às vezes você tá sozinho para fazer uma visita domiciliar, você não consegue ir dependendo do horário porque tá um pouco mais violento, a movimentação está um pouco maior ali na rua, você já fica meio de olho [...] polícia passando e o pessoal do tráfico meio que avisando [...] isso também é uma limitação

> para o nosso trabalho [...] às vezes a gente precisa entra em contato com a unidade numa visita, eu não saio com celular e o celular é uma ferramenta importante. (Entrevistado 6)

Evidenciou-se também nos relatos que a infraestrutura de internet deficitária prejudica o processo de trabalho, aumentando inclusive o tempo de atendimento. Outro fator apresentado é a limitação de profissionais na unidade.

> A tecnologia que eu falo é um fator limitante, aqui o problema é a internet [...] a internet funciona dia sim, dia não, então às vezes o paciente está aqui e se você quiser checar se ele foi na consulta do especialista, você não consegue [...] pela falta de computador, pela falta da internet mesmo, a gente vai preencher o prontuário eletrônico e está sem internet, não tá funcionando [...] aquela consulta que duraria 10 minutos, você faz 10 minutos de consulta e fica 20 minutos para preencher o sistema, para pedir exame, para fazer a receita. (Entrevistado 6)

> Aqui está complicado na verdade é a falta de funcionário, essa falta de funcionário nos limita em várias coisas [...] por exemplo, eu só fico no acolhimento, não consigo ter outra ação aqui dentro da unidade porque só tem eu, se eu sair fica descoberto o acolhimento, não tem outra pessoa, então acho que isso é um fator limitante, falta de recursos humanos. (Entrevistado 66)

A quarta categoria limitante foi denominada “Complexidades do Território”, que envolve aspectos sobre a área de abrangência, população vulnerável e áreas de violência e tráfico. Essa categoria obteve 14% (11) das citações.

O tamanho do território tem se mostrado um fator limitante para o acesso na AB, devido o pressuposto que uma área adscrita maior do que a capacidade operacional da equipe pode causar uma desorganização e barreiras de acesso dos indivíduos, sem contar a sobrecarga para equipe que está atuando neste cenário. A violência e o tráfico também se mostram como barreira para os cidadãos que vivem na comunidade, sendo necessário autorização para entrada da equipe de saúde para realizar atividades de acompanhamentos e atendimentos nos domicílios.

> Está limitante é a questão de uma desproporção da área de abrangência pela equipe, a gente já tem um diagnóstico que precisaria de mais uma equipe, tem hora que a gente trabalha sobrecarregado, é limitante a questão das áreas de abrangência de risco [...] tem uma comunidade aqui embaixo que a gente não tem acesso [...] eu tô aqui na área de invasão e aí existe toda uma questão de risco lá dentro [...] quem toma conta daquela área não deixa entrar, a gente não tem acesso sem autorização deles [...] acaba não tendo nem visita das agentes. (Entrevistado 16)

> Limita o aumento da população, o número grande do território, se ele fosse menor com certeza teríamos melhor acesso, mais tempo para oferecer aos pacientes. (Entrevistado 18)
>
> O que tem limitado bastante o desenvolvimento da equipe é o número de pacientes com relação à área, está muito saturado. (Entrevistado 26).

Discutir o tamanho do território é necessário, mas ao mesmo tempo, julgar que somente a definição de um número de pessoas por área possa resolver o problema de acesso seria simplista demais, sendo necessário a identificação do perfil de risco e vulnerabilidade das pessoas daquele território. Esse fator foi encontrado nos relatos dos profissionais de saúde, conforme explicitado abaixo:

> Uma coisa que limita é a quantidade de famílias que cada equipe acaba gerenciando no final, acho que nas áreas de maior risco, de vulnerabilidade, o ideal seria que você acompanhasse menos famílias, elas demandam muito mais atendimento, retornos e acompanhamentos, do que uma família que vive em uma área socialmente mais adequada. (Entrevistado 65)
>
> O que limita é que tem muita vulnerabilidade, porque tem muita migração de pessoas de outros estados [...] a área social também, no assentamento eles não vão lá escolher a pessoa, classe social, são para pessoas que precisam, que estão em áreas de risco e querem voltar pra terra, e muitas famílias estão nessa e chega aqui e às vezes ganha até outro rumo [...] mas aqui existe a vulnerabilidade assim como tem na cidade, violência doméstica, tem um série de coisas, tuberculose, sífilis [...] chega isso aqui pra nós. (Entrevistado 56)
>
> O que limita é muito a questão social, eu acho que está muito ligado com a saúde [...] aí a gente orienta a questão de estar conversando com a assistente social [...] então assim eu abro o caminho. (Entrevistado 20)

A quinta categoria limitante foi denominada “Questões do Processo de Trabalho”, que envolve aspectos sobre a comunicação interprofissional, relação entre os trabalhadores, relação com os usuários e as múltiplas atribuições. Essa categoria obteve 11% (10) das citações.

Alguns profissionais relataram a necessidade de diálogo entre os profissionais e os usuários, que de certa forma, parece não haver entendimento do profissional de saúde quanto a necessidade do paciente. Outro aspecto importante é o relato que as pessoas do território da equipe de AB não se enxergam como parte integrante do serviço, e que existe falta de empatia de ambas as partes, profissionais e usuários.

> Às vezes é uma coisinha de nada que a pessoa vem procurar sabe, e aí chega aqui é mal atendido, as vezes uma explicação resolveria o problema, aí vai agendar [...] aí tem as cobranças das pessoas depois com a gente lá fora

> também, a gente pede para procurar a unidade e chega aqui, não posso atender [...] tem que agendar. Eu acho que isso deveria melhorar. (Entrevistado 24)

> O que limita de uma certa forma para mim é falta de empatia [...] quando entrei na época a gente tinha uma parte que a gente era mais como um serviço social da saúde, a comunidade enxergava a gente dessa forma, como elo pra comunidade [...] e de uma certa forma hoje a gente tem um limite que a gente não pode defender a comunidade para unidade [...] hoje não consigo trazer determinadas situações dos pacientes para dentro da unidade, lá e cá, a falta de empatia [...] a comunidade não se sente parte da unidade. (Entrevistado 1)

Outra questão encontrada foram os problemas pessoais entre os trabalhadores que interferem no processo de trabalho e a multifunção relacionada às tarefas que não tem aspecto direto assistencial e sim gerencial.

> Limitante seria o processo de trabalho junto com a equipe em si, temos alguns membros da equipe que às vezes colocam dificuldades não reais, barreiras que dificultam nosso trabalho, às vezes por problemas pessoais [...] as vezes eu preciso de uma visita no período da tarde, e o colega não gosta de fazer visita à tarde, mas é necessário que vá lá no paciente, aí ele fala: Ah não posso e tal. (Entrevistado 51)

> Acredito que os limitantes sejam as multifunções entre atividades administrativas e assistenciais [...] é esperado que a gente operacionalize uma agenda de consulta [...] mas ao mesmo tempo ver se a caixa d'água está com problema. (Entrevistado 3)

4.6.4.2 Categorias dos fatores facilitadores

Na análise do agrupamento dos fatores facilitadores, as categorias encontradas foram estratégias para o acesso, trabalho em equipe, vínculo, atividades em grupo e atividades de planejamento.

A categoria mais mencionada pelos profissionais de saúde foi relacionada as intervenções exitosas para promoção do acesso, denominada "Estratégias para o acesso". Essa categoria obteve 44% (34) das citações. Pode-se perceber no discurso dos profissionais de saúde apresentado a seguir, essa categoria apresenta arranjos e estratégias que foram realizadas pelas equipes de AB para possibilitar o acesso dos usuários na UBS e balancear a oferta e demanda.

Os relatos dos profissionais de saúde apresentaram que o quanto mais opções de serviços no sentido da resolutividade na própria UBS, mais facilitado é o acesso dos usuários no território. Se o leque de serviços oferecidos é limitado, o paciente muitas vezes tem que se dirigir à outra unidade para realizar aplicação de medicações, realizar curativos, coleta de

sangue, aerossol dentre outros, fazendo com que o usuário não enxergue a UBS do bairro como resolutiva de acordo com as suas necessidades.

> A farmácia na unidade é muita facilidade, tudo o que é perto, você tem que pensar que você trabalha com população pobre, eles não têm dinheiro pra pega ônibus, então se ele tiver que ir em outro local buscar um remédio, ele não vai [...]todas as unidades de saúde, por menor que seja tem que ter tudo, tem que colher os exames, tem que liberar medicação. (Entrevistado 38)

> Um grupo que a gente começou essa semana, foi para checar resultado de exames que tem uma demanda muito grande, que estava comendo vagas de acolhimento, era vim pra checar exame, encaixa no dia só para chegar o exame e 90% das vezes estava normal (Entrevistado 67)

> Uma coisa que eu acho que dá super certo é a gente fazer a medicação na unidade, antes era encaminhado para o pronto socorro [...] então a pessoa chegava "ah, eu tô com dor" e a gente falava "não, então você vai ter que ir lá no pronto socorro para fazer a medicação" [...] agora por fazer aqui facilita tanto né [...] também facilita para a pessoa, ter que ir para outro serviço para fazer medicação, a gente faz aqui. (Entrevistado 4)

Os relatos apresentaram como fator facilitador a autorização temporária para receitas vencidas com consulta agendada. O município possui um protocolo para receitas de medicamentos de uso continuado, exceto medicamentos controlados, de forma que a farmácia da UBS libera uma quantidade parcial de medicamentos, conforme a data de agendamento da consulta médica no sistema de informação. Essa estratégia foi criada devido ao grande volume de pacientes que chegavam nas unidades básicas de saúde relatando que os medicamentos de uso controlado terminaram, e muitas vezes o serviço de AB estava sem vaga ou com incapacidade operacional para atendimento naquele dia. Esse processo visa garantir a assistência farmacêutica para a continuidade do cuidado daquele paciente, considerando que a interrupção do tratamento poderia acarretar danos à saúde do paciente. É importante frisar que a possibilidade de retirada de medicamentos de forma parcial é possível uma única vez, contudo, o paciente não pode faltar na consulta agendada. Os relatos abaixo apresentam arranjos baseados no protocolo e outros próprios de cada equipe, considerando a grande procura por renovação de receitas.

> Na nossa unidade esse processo está bem organizado, mas assim, esse processo depende do medicamento, porque hipertenso e diabético com a receita ele pode pegar com a receita vencida se a consulta está agendada, o problema são os medicamentos que o paciente pega só na farmácia popular, aí a receita vale por 4 meses [...] o que acaba passando na frente são os psicotrópicos, que eu tenho que atender no dia, dependendo da queixa não dá pra esperar [...] também possui uma organização, os pacientes que conhecem

> o serviço e estão em acompanhamento, ele vem na segunda, na sexta a tarde ele pode pegar. (Entrevistado 17)
>
> Nós não utilizamos renovação de receita, por exemplo, o paciente vem aqui deixa a receita e vem buscar depois, isso daí a gente não aderiu, isso já foi feito antigamente por outros profissionais, mas a gente acha que perde o contato e não sabe se realmente o paciente está fazendo o uso correto da medicação [...] vir na unidade só para pegar a receita pro paciente é muito cômodo, as vezes a gente perde realmente o seguimento [...] o paciente não vai coletar exame, a gente não vai ver como está essa adesão medicamentosa, como que está o estilo de vida desse paciente. (Entrevistado 15)
>
> A gente entende assim, o paciente está tomando o medicamento faz muito tempo, entendemos que ele não pode ficar sem esse medicamento, pressão, anticoagulante [...] então a gente acaba liberando quando a receita está vencida e com a marcação do retorno na consulta [...] na dispensação da receita vencida a gente deixa uma observação no sistema de que foi liberado e o paciente orientado a trazer um novo receituário. (Entrevistado 49)

É possível notar maneiras diferentes de enfrentar esse problema de busca constante por renovação de receitas, considerando que o processo não é uma simples renovação e sim o acompanhamento programático do cuidado do paciente. Ao mesmo tempo que as singularidades dos arranjos são importantes, de acordo com a subjetividade da comunidade e indivíduos que compõe o território, o protocolo de processo de trabalho é um norteador para que não haja muita discrepância na conduta definida de modo pessoal, no sentido de facilitar a organização interna do serviço, e não o acesso do usuário.

> Um dia por semana, na nossa área é na sexta-feira, ele vem deixa a receita na fila de pré consulta [...] ou não deixa porque ele perdeu [...]o paciente vem na segunda-feira e a gente pede pra ele buscar a receita na tarde de sexta-feira [...] tem dado resultado, eu não gosto muito, mas é necessário [...] eu vejo que o paciente não pode ficar sem o remédio, mas por outro lado eu vejo que eles ficaram um pouquinho mal acostumados, perde demais as receitas, eu acho que eles nem procuram as vezes, você pergunta se ele procurou e eles falam que a casa está uma bagunça [...] são os mesmo que perdem a receita sempre [...] teve vez do paciente vir uma semana seguida da outra, então eu não sei como responsabilizar ele um pouco mais com o cuidado dele. (Entrevistado 27)
>
> [...] os pacientes até estranham, tipo os enfermeiros antigamente a gente deixava a receita e buscava no outro dia e agora não, a gente tem que marcar consulta [...] a estratégia foi o seguinte, a recepção já tá bem treinada, ela consegue olhar as receitas e verifica se tem algum psicotrópico, ou então se tem dúvida sempre traz para mim ou para o outro enfermeiro [...] esse remédio aqui eu posso agendar uma consulta para que a farmácia mais próxima consiga dispensar o remédio até o retorno, então o paciente não fica sem a medicação [...] agora se for algum psicotrópico, aí a gente utiliza as vagas de acolhimento para aquela semana [...] a gente sempre tem que perguntar, você tem remédio até quando, tipo um antiepilético eu tenho até quarta, até quarta a gente vai

> arruma consulta para ele, a gente não vai deixar ele sem o remédio. (Entrevistado 15)

Os profissionais de saúde relataram sobre a busca de resolutividade e controle do cuidado em saúde como aspecto facilitador do acesso e integralidade da assistência em saúde. Apresentou-se uma preocupação com os encaminhamentos para as especialidades, com a busca de resolver grande parte dos problemas na própria UBS, com participação no processo todos profissionais da equipe. Outra questão importante, a partir do PMAQ AB, é que alguns profissionais começaram a criar rotinas de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas, conforme apresentado abaixo:

> Antes de pensar em encaminhar o paciente eu tento resolver o problema por aqui [...] eu sempre vejo o encaminhamento como um caso sem resolução, não deu [...] como médico de família eu tenho que resolver, se eu não dei conta, se eu estou patinando, aí encaminho pra especialidade, então tenho essa visão [...]em outros lugares que eu trabalhei, outros profissionais, muitas vezes eles tem aquela visão assim [...] o que eu não puder encaminhar melhor, mais quanto mais eu encaminhar, menos problema para mim![...] é bem diferente médico de família que tem essa visão do que médico que está trabalhando na saúde da família que não vem com essa visão. (Entrevistado 16)

> Foi criado uma ferramenta baseado no PMAQ para ter o controle da área e dos pacientes diabéticos e hipertensos [...] eu sempre tive o nome de todos, mas nunca tive o controle de exames, retornos, nada disso [...] com o tempo eu comecei a perceber que é importante e criei algumas planilhas e já virou rotina [...] conforme eu vou atendendo, eu preencho as planilhas e planejo as visitas, grupos, planejo as ações da unidade de acordo com o risco dos pacientes [...] eu sempre tenho o cadastro do número da família, a data que ele passou em consulta, eu tenho os últimos exames, o valor da última hemoglobina glicada, eu tenho que colocar o risco cardiovascular ou a taxa de filtração glomerular para ver a função renal, a programação de retorno e a data de realização de visita. (Entrevistado 48)

> Das pessoas que chegam aqui, ninguém sai sem o atendimento [...] a gente procura fazer uma parceria com o pessoal da enfermagem, nós não temos uma equipe completa [...] antes era só procura do médico, hoje eles querem conversar com a enfermeira, querem conversar com a auxiliar de enfermagem, querem conversar com o dentista, com a psicóloga que vem de quinta-feira. (Entrevistado 57)

Outro fato evidenciado foi a utilização de tecnologias da informação e comunicação em saúde (TICs), sendo apontada pelos profissionais de saúde o uso do celular e aplicativos para contatar os pacientes. Esse tipo de acesso para o contato tem sido cada vez mais necessário, considerando que as pessoas muitas vezes não estão em casa, ou mesmo não possuem mais

telefone fixo na residência. Por outro lado, a troca constante do número de celular pode ser um problema para o contato.

> As pacientes com WhatApp são as que eu tenho mais vínculo na verdade, às vezes é ao acaso, e como eu não encontro elas em casa, pelo Whatsapp fica mais fácil [...] às vezes a gente precisa mandar algum recado mais rápido, manda pelo Whatsapp, tem mais efeito que esperar o outro dia pra fazer uma visita e não vai dar tempo [...] às vezes é uma coisa que é pra ontem e com o Whatsapp a gente consegue falar [...] um problema é que depois eles abusam quando tem seu Whatsapp, mas aí a gente mesmo controla isso, a idéia é ter vínculo, não somos amigos, não temos intimidade e deixamos bem claro [...] seria ótimo ter um telefone da prefeitura para o trabalho, não o nosso [...] seria muito mais prático. (Entrevistado 62)

A segunda categoria mais relatada como facilitador para o acesso foi “Trabalho em equipe”. Essa categoria obteve 23% (18) das citações. Os profissionais relataram que o trabalho em equipe pode fortalecer o processo de trabalho, com a cooperação entre os profissionais, no sentido de fortalecer o acesso e a integralidade da assistência em saúde na AB.

> O trabalho em equipe é essencial, todo mundo fala a mesma língua [...] se chega alguma coisa lá na porta e o guarda já sabe que o paciente não chegou bem, já avisa um para o outro [...] uma vez a paciente veio para agendar consulta, o guarda viu que ela estava cheia de roxo nas costas, e já avisou a gente, meio que segurou a paciente e viu que ela estava sofrendo violência doméstica [...]o fato de todo mundo conversar, de agir em equipe, isso funciona muito bem. (Entrevistado 6)

> O trabalho em equipe é o que mais dá certo, depois são coisas secundárias, mas o básico é o trabalho em equipe [...] fazemos discussões de famílias, reuniões de equipe, reuniões do grupo gestor, cada um traz uma experiência diferente pra tentar resolver os problemas [...] aí você então tem uma idéia que você não tinha, outra pessoa tem e acaba colocando em prática para tentar melhorar os fatores que limitam essa melhor condução da saúde ligada a população. (Entrevistado 30)

A terceira categoria mais relatada como facilitador para o acesso foi “Vínculo”. Essa categoria obteve 18% (14) das citações. Os profissionais relataram que o vínculo proporciona adesão e confiança na equipe de saúde para o cuidado da saúde das pessoas do território, em alguns casos, são relatados que a visita domiciliar amplia o vínculo da comunidade com a UBS.

> O fator exitoso é a questão do vínculo mesmo, então conforme o tempo vai passando, a gente via criando uma maior intimidade, e a gente é considerado praticamente da família, eles se abrem, conversam, tem confiança. (Entrevistado 2)

> Os agentes comunitários daqui tem muito vínculo, se responsabilizam muito pelas situações, a gente discute, vão atrás e tentam resolver e se envolvem, o vínculo é uma questão muito importante, então sempre que a gente faz uma atividade, tem uma grande adesão até pelo vínculo que tem com o agente comunitário, com a equipe [...] eles têm uma boa aceitação do que a gente faz, então recebem muito bem a gente na visita. (Entrevistado 55)

A quarta categoria mais relatada como facilitador para o acesso foi "Atividades em grupo". Essa categoria obteve 8% (6) das citações. Os profissionais relataram que o as atividades em grupo são fatores facilitadores para o acesso e cuidado dos pacientes na UBS, da forma que, os grupos podem ter atividades de educação em saúde, atividades de monitoramento da situação da saúde ou mesmo checagem de exames ou renovação de receitas.

> [...] esse primeiro grupo veio umas 10 pessoas eu acho, esse grupo já existiu com o outro profissional e tinha dias que vinha 30, 35 pessoas pra checar resultado e isso é uma coisa que a gente fez. (Entrevistado 67)

> Os grupos né, tem um que chama grupo de habilidades de vida [...] com apoio do terapeuta e do psicólogo [...] aborda vários temas e o pessoal tem vindo [...] é um pessoal mais depressivo e tem paciente que está desde o início. (Entrevistado 10)

A quinta categoria mais relatada como facilitador para o acesso foi "Atividades de planejamento". Essa categoria obteve 6% (5) das citações. Os profissionais relataram que o planejamento de atividades com reunião de equipe, discussão de casos e supervisão de visitas auxiliam no processo de organização para o acesso na UBS.

> A reunião de equipe [...] é feita com os médicos, enfermeiros, agente comunitário, auxiliar, farmacêutico, técnicos, com todo mundo [..] se eu tenho algum problema com paciente, na reunião eu falo tudo [...] o médico fala: eu quero que você fique atenta com tal paciente, porque a pressão está subindo muito e ele está tomando tal remédio, então quero que você fique atenta na medicação, na alimentação [...] na reunião discutimos e organizamos tudo que precisa e vai ser feito. (Entrevistado 45)

> "Nas reuniões de equipe, a gente tem a facilidade de chegar e conversar com a enfermeira responsável [...] qualquer problema sempre na hora ela tenta resolver de alguma forma o que a gente trás, não deixa para depois. (Entrevistado 21)

5 CONCLUSÃO

Essa tese buscou identificar as estratégias e intervenções realizadas no âmbito da atenção básica que promovem o acesso e a integralidade da assistência em saúde, e para isso, realizou-se a avaliação do resultado de desempenho das ações executadas pelas equipes de saúde.

Os resultados reforçaram a dimensão do SUS e da atenção primária à saúde no Brasil, demonstrando a permeabilidade do sistema em todas as regiões desse país e na acessibilidade dos indivíduos em alcançar unidades básicas de saúde de referência mais próximas dos seus locais de moradia. É inegável os avanços na atenção básica, presente em praticamente todos municípios brasileiros, com a proposta de ser porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ordenador e coordenador do cuidado e acompanhar as pessoas ao longo da vida, considerando as subjetividades de cada território em que esteja presente.

Por outro lado, os desafios para consolidação da atenção básica como local de resolutividade de grande parte dos problemas de saúde, uma série de requisitos são necessários, como estrutura adequada, processo de trabalho de qualidade e resultados eficientes quanto o estado de saúde da população, além de questões como ampliação do financiamento, capacitação profissional, ordenamento político em defesa do SUS dentre outros.

Esta tese também aponta para a importância que o PMAQ AB obteve para o fortalecimento do SUS, nos seus mais de oito anos de existência, quanto programa de avaliação de desempenho e, de certa forma, acreditação dos serviços de atenção básica. A magnitude de alcance impressiona quando se verifica que praticamente 43 mil equipes passaram por esse processo de avaliação do acesso e da qualidade na AB. É visível os avanços e ajustes realizados no processo avaliativo do primeiro ao terceiro ciclo, com aumento do número de adesões de equipes e que também serviu de possibilidade de aumento dos repasses financeiros para as equipes conforme o seu desempenho. Por mais que existam algumas críticas quanto ao método e a forma do programa, movimentações para adequação de estruturas físicas ou reflexões para a reorganização do processo de trabalho permearam o dia a dia das gestões municipais/estaduais e dos trabalhadores em saúde.

Com base na avaliação do terceiro ciclo do PMAQ, a autoavaliação apresentou-se como um mecanismo de reflexão e organização do processo de trabalho da equipe, contudo, as equipes que realizaram a autovaliação obtiveram melhor desempenho na certificação final. Esse processo de reunião de equipe para planejamento, com a avaliação das ações realizadas e a demanda da população, pode ter impacto na qualidade dos serviços e consequentemente, na

ampliação do acesso dos usuários. Uma equipe crítica tem a possibilidade de mudar o paradigma instalado e superar os diversos desafios para compreensão das necessidades de saúde da população.

Nos últimos dez anos houve investimento para construção, ampliação e reformas de unidades básicas de saúde, sendo encontrado evolução na qualidade dessas estruturas, e por mais que a avaliação tenha obtido um bom desempenho, é necessário a continuidade de investimentos para manutenção e ampliação da qualidade. Para além da questão de estrutura física, outros aspectos como materiais e insumos sempre em disponibilidade ampliam a possibilidade de atuação da equipe e execução dos atendimentos aos usuários, sendo evidenciado discrepância nas regiões em relação aos insumos como testes rápidos, DIU, materiais de enfermagem dentre outros. Outro aspecto importante é a estrutura de tecnologia da informação e comunicação em saúde (TICs), sendo encontradas UBS ou salas de atendimento com poucos ou nenhum computador, sem acesso à internet ou acesso incipiente e sem telefone. Essa estrutura deficitária impede o uso do prontuário eletrônico do cidadão (PEC), sendo que essas ferramentas tecnológicas podem auxiliar na gestão do cuidado e, consequentemente, na ampliação do acesso. A capacidade instalada quanto ao eixo estrutura das equipes de AB foram discrepantes em cada região do país, encontrando-se menor desempenho nas regiões Norte e Nordeste.

Quanto ao processo de trabalho, a área de atuação da equipe se mostrou com um papel importante no contexto de demanda de cuidado, em virtude que praticamente dois terços das equipes relataram que atuam com número acima de 3.500 pessoas por equipe, ou seja, acima do recomendado pela PNAB. Outro aspecto importante é que um terço das equipes também relataram que existem áreas descobertas no entorno da UBS, ou seja, cidadãos que provavelmente procuram o serviço para atendimento na forma de demanda espontânea. Deste modo, a adequação da área adscrita e estratégias para o acolhimento da demanda espontânea se mostram eficientes para promoção do acesso do usuário, e alguns serviços utilizam arranjos como o cuidado compartilhado entre médicos e enfermeiros, atendimentos não presenciais utilizando TICs para agilidade de resposta (checagem de resultados de exames, renovação de receitas e orientações), protocolos de enfermagem (anticoncepção, pré-natal, puericultura, manejo de dengue), busca ativa, horárias alternativos dentre outros.

A proposta de resolutividade da AB tem por base a oferta de serviços conforme a demanda e necessidade da população, com isso, a equipe nesse nível de atenção deve buscar oferecer um leque de ações na própria UBS. É evidente que com a escassez de recursos, alguns gestores buscam trabalhar com a teoria de economia de escala, centralizando alguns serviços

em um único local, mas isso pode causar dificuldades no acesso e na coordenação do cuidado pela equipe. Esse local pode estar distante da residência do usuário, ou mesmo a dificuldade financeira para locomoção, encontrando-se diversas maneiras organizativas nas regiões do Brasil, para acesso à vacina, pequenos procedimentos, aplicação de injetáveis, medicações, coleta de exames, testes rápidos, eletrocardiograma etc. Neste contexto, a execução do máximo de atividades de atribuição da AB na própria UBS pode ser um mecanismo importante para o acesso, além de proporcionar vínculo e a sensação do usuário que a equipe do bairro é resolutiva.

A visita domiciliar é uma ferramenta que gera vínculo, considerando que o agente comunitário de saúde (ACS) possui em sua atribuição a visita periódica das famílias. Nos dados encontrados na pesquisa, os profissionais de saúde relataram que grande parte das visitas são ausentes, ou seja, o ACS vai na residência e não encontra ninguém. As rotinas de vida das pessoas mudaram nos últimos anos, mas o processo de trabalho contínua do mesmo modo, sendo estratégico buscar a adaptação a esse novo contexto para promoção do acesso, criação do vínculo e acompanhamento dos indivíduos da área de atuação da equipe. Algumas equipes apresentaram estratégias organizacionais que ampliaram o acesso como visitas em horários ou dias alternativos, realização de visitas em locais de trabalho ou escolas, comunicação com pacientes via TICs (celular, aplicativo WhatsAPP) e agendamento de visitas com horário marcado. Com isso, essa visita gera demanda, revertida em estratégias de atendimento em horários ou dias alternativos, com consulta agendada para grupo de trabalhadores, para grupo de mulheres com coleta de exames preventivos e atendimentos de rotinas gerais na própria UBS.

Por mais que a AB tenha que resolver grande parte dos problemas de saúde, é necessário a articulação com a rede de atenção à saúde. No caso da referência para atenção especializada, para realização de consultas ou exames de média complexidade por exemplo, evidenciou-se uma relação distante entre esses serviços. Mais de 90% das equipes de AB relataram que ainda utilizam ficha de papel para realizar o encaminhamento do paciente, sendo que parte destes casos, o próprio paciente se dirige ao serviço ou central de regulação de vagas. Esse processo pode prejudicar o acompanhamento do caso pela AB, com a dificuldade de identificar se o paciente levou o encaminhamento ou mesmo se já foi agendado ou está aguardando na fila de espera, sem contar que muitas vezes, não é enviado a contrarreferência pelo centro de especialidades para a equipe de AB. A utilização do prontuário eletrônico do cidadão com comunicação entre os serviços é uma estratégia potente para promoção da integralidade da

assistência em saúde, juntamente com a realização de matriciamento e reunião periódica com especialistas.

Algumas experiências exitosas quanto ao matriciamento foram evidenciadas no âmbito do cuidado em saúde mental, na qual a equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) realiza visitas semanais ou quinzenais para as equipes de AB, com discussão de casos, troca de conhecimentos e orientações de conduta compartilhada, sendo que muitas vezes existe um canal de contato aberto via telefone ou aplicativo de conversas. O matriciamento é uma ferramenta que auxilia no desempenho da equipe de AB na conduta dos casos para integralidade da assistência em saúde mental especificamente, mas também em outras linhas de cuidado.

Essa continuidade do cuidado é um grande desafio, principalmente no cenário de envelhecimento da população e a prevalência de DCNT, e algumas intervenções como o monitoramento de pacientes crônicos com hipertensão e diabetes mellitus, verificação da última solicitação de exames, da última consulta, período de vencimento da receita de medicamentos, visitas de controle pelo paciente dentre outros. Algumas equipes têm elaborado ferramentas ou mesmo uso do prontuário eletrônico para organizar a agenda de cuidado programático, processo este que necessita do envolvimento de todos profissionais da equipe. Este monitoramento em equipe tem proporcionado resultados importantes também em outras linhas de cuidado, por exemplo, no controle dos exames de rastreamento alterados ou atrasados para a atenção ao cuidado do câncer de colo de útero ou de mama. Essa estratégia de monitoramento e controle deve ser realizado a partir do perfil do território de atuação da equipe, e essa intervenção gera uma cadeia de possibilidades, como a realização de buscas ativas de gestantes, crianças menores de dois anos, pessoas com tuberculose e hanseníase, casos de sífilis dentre outros.

Esse processo incita a equipe a planejar estratégias para ações de visitas em escolas, forma de organização de visitas domiciliares, apoio às famílias com pessoas acamadas/domiciliadas, atividades em grupo e visita de recém-nascidos, sendo que esse planejamento sempre deve levar em conta a singularidade do território de atuação da equipe. As intervenções e estratégias, por mais que tenha o envolvimento de questões técnicas, devem fazer sentido para quem está recebendo o cuidado em saúde, e este deve fazer parte do processo. Quando o atendimento da equipe não faz sentido para o usuário, este não vai identificar aquela UBS como local de promoção de saúde. Os achados mostraram que os profissionais de saúde têm colocado que os usuários são pouco participativos e não compreendem o processo de trabalho na AB, ao mesmo tempo, foi evidenciado que praticamente dois terços das equipes não possuem conselho local de saúde. Este pode ser um dos vários aspectos em que os usuários tem

pouco se visto como parte daquela unidade de saúde e em alguns casos, fator gerador de uma certa relação conflituosa entre profissional e usuário.

As equipes com boa avaliação quanto a estrutura e o processo de trabalho, possuem grandes chances de obter um desempenho final satisfatório, e com isso, melhorar o acesso e a qualidade da assistência em saúde no âmbito da AB. Os achados deste estudo mostraram que persiste uma certa discrepância da capacidade instalada e da organização do processo de trabalho entre as regiões do Brasil, seja pela falta de alguma estrutura ou seja pela dificuldade de execução de alguma atividade, sendo necessário que as políticas de saúde considerem essas diferenças para determinação de alocação de recursos, capacitações, implantação de programas com olhar regional e do fortalecimento da regionalização da saúde a partir de identificação de necessidades e dos vazios existenciais. Nos últimos anos, parte da alocação de recursos tem deixado de lado os critérios técnicos e voltado aos interesses partidários, vide a forma de alocação de emendas parlamentares para a saúde com foco município individual imediatista, desconsiderando a necessidade regional.

A nova proposta de financiamento da AB instituída em dezembro de 2019, com seu eixo de avaliação de indicadores de desempenho, desconsidera o PMAQ e este deixa de ser a ferramenta de avaliação da melhoria do acesso e da qualidade utilizada pelo MS. A avaliação de desempenho passa a ser apenas por indicadores, ou seja, a avaliação externa que realizava uma “auditoria” da estrutura e organização do processo de trabalho na UBS deixa de ser realizada. Desta forma, perde-se o monitoramento periódico das condições estruturais da atenção básica no Brasil, que transparecia nessa ampla análise situacional.

Uma questão preocupante que esta pesquisa mostra, considerando a nova proposta de avaliação de desempenho, é que para avaliação dos indicadores, as equipes precisam ter uma estrutura mínima de tecnologia de informática e internet, sendo evidenciado que grande parte das equipes possuem uma estrutura deficitária de equipamentos, algumas não possuem internet ou esta é muito incipiente e outros não possuem prontuário eletrônico instalado. Neste sentido, por um lado o MS não terá em um período próximo os reais dados de desempenho dos indicadores, e por outro lado, as equipes não conseguirão enviar os dados por falta de estrutura e poderão perder recursos financeiros.

A tese demonstrou algumas estratégias e intervenções realizadas pelas equipes de AB nas regiões do Brasil, mas existe a necessidade da continuidade dos investimentos em saúde pública a partir das necessidades reais das equipes de atenção básica, para que se consiga garantir que o SUS continue sendo um sistema universal, com a atenção básica precursora do acesso e da integralidade do cuidado em saúde para os cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ABIIRO, G.A.; ALLEGRI, M. de. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. **BMC Int Health Hum Rights**, v.15, p.17, 2015. Disponível em: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-015-0056-9 >. Acesso em: 01 fev 2019.

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**., v.9, p.208-20, 1974. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/ >. Acesso em: 10 jan 2019.

AGUIAR, D.S. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** 1998. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4673>. Acesso em: 10 mar 2019.

AGUIAR, R.A.T. **A Construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 166f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (org.). **Marco práticas de avaliação em saúde no Brasil:** diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

AKERMAN, M. *et al*. Saúde e Desenvolvimento: que conexões?. In: CAMPOS, G.W. S.C. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012, p.109-135.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. especial, p.118-37, mar 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0118.pdf >. Acesso em: 13 fev 2019.

ALMEIDA. C.; MACINKO. J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2006.

ALMEIDA, M.J. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina; Rio de Janeiro: UEL; ABEM, 199, p.84-108

ALVES, K.C.G. *et al*. Evaluation of the primary care for chronic diseases in the high coverage context of the Family Health Strategy. **BMC Health Serv Res**. *"on line"*, v.19, n.913, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4737-2>. Acesso em: 13/12/2019

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav.**, *"on line"*,v.36, p.1-10, 1995. Disponível em: < https://www.jstor.org/stable/2137284?seq=1>. Acesso em: 03 nov 2019.

ANDRADE, E.O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. Elizabeth Nogueira de Andrade. **Rev Bioética**, *"on line"*, v.18, n.1, p.61-74, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/536 >. Acesso em: 10 set 2019.

ANDRADE, L.O.M. *et al*. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: Campos, G.W.S et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. 2. ed. Ver. Aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p.845-902.

ANYA, P.G.F. *et al*. Variation in primary health care services after implementation of quality improvement policy in Brazil. **Family Practice**, *"on line"*, v.1, p.12, 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/articleabstract/37/1/69/5552537?redirectedFrom=fulltext> . Acesso em: 21 set 2019

AYRES, J.R.C.M. *et al*. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, "on line" v.7, n.12, p.123-38, fev 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a08.pdf >. Acesso em: 23 set 2019.

AYRES, J.R.C.M. *et al*. Risco, Vulnerabilidades e Práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.399-442.

AYRES, J.R.C.M. *et al*. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, on-line, v.96, n.6, jun 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/ >. Acesso em 15 jul 2019.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA Jr, I.; CALAZANS, G.J. O Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafio. In: In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Promoção de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p.117-139.

ÁVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, on-line,16(1):349-36, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a37.pdf>. Acesso em: 02 ago 2019.

ATUN, R.A. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Europe, 2004. Disponível em: < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf>. Acesso em: 10 dez 2019.

BANCO MUNDIAL. **Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial**. Washington: Banco Mundial, 1993. Disponível em: < http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 10 fev 2019.

BARBOSA, A.C.Q. *et al*. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista**

Panamericana de Salud Pública, *"on line"*, v.42, e185, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e185/ >. Acesso em: 02 mar 2019

BARBOSA, S.P. **Acesso na Atenção Primária à Saúde de uma região de saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: UFMG, 2013.

BASTOS, F.I.P.M. *et al*. (org.). **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BELLUCCI Jr., J.A.; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento da classificação de risco. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.65, n.5, p.751-7, set-out 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>. Acesso em: 22 fev 2019.

BENZAKEN, A.S. *et al*. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cad. Saúde Pública**,*"on line"*, v.36, n.1, e00057219, 2020. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/16784464-csp-36-01-e00057219.pdf>. Acesso em: 29 jan 2020.

BERGESON, S.C.; DEAN, J.D. A systems approach to patient-centered care. **JAMA**, "on line", v.20, n.296, p.2848-51, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.296.23.2848>. Acesso em: 16 mar 2019.

BERTOLOZZI, M.R. *et al*. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm.**, São Paulo, v.43, n.esp.2, p.1326-30, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a31v43s2.pdf>. Acesso em: 29 ago 2019

BOERMA, T. et al. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. **PLoS medicine**, Local, v.11, n.9, p., 2014. Disponível em: < https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001731 >. Acesso em: 10 jul 2019.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving primary care:** strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books; McGraw-Hill, 2007.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**: novas tendências e questões emergentes. Campinas: Editora da Unicamp, 2011, p.39-60.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1.990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 set 1990. Brasília – DF: Presidência da República,1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 fev 2019.

BRASIL. **Lei nº. 8.142 de 28 de Dezembro de 1.990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 dez 1990. Brasília – DF: Presidência da República,1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 fev 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília – DF: Presidência da República, 1993. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 10 fev 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23 out 2013. Brasília – DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm>. Acesso em: 10 fev 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília – DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília – DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html> Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Brasília – DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília – DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 02 jul 2019.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília – DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 874, de 10 de Maio de 2019**. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília- DF: Diário Oficial da União, 20 mai 2019, p.60. Disponível em: < http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-874-de-10-de-maio-de-2019-108883717>. Acesso em: 01 jul 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 1101/GM, 12 de junho de 2002**. Dispõe sobre os Parâmetros Assistenciais no SUS. Brasília – DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 12 ago 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.517, de 24 de julho de 2013**. Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1517_24_07_2013.html>. Acesso em: 09 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília – DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 12 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília – DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html> . Acesso em: 12 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017. Brasília – DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 01 dez 2017.

BRASIL. **Portaria nº. 3.925 de 13 de Novembro de 1.998**. Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília - DF: Diário Oficial da União, 17 nov 1998. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html> Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília - DF: Diário Oficial da União, 9 jul 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 10 ago 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária - Seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília - DF: CONASS, 2004. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf >. Acesso em: 10 ago 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília - DF: CONASS, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20anos_saude_brasil.pdf >. Acesso em: 10 ago 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf >. Acesso em: 15 ago 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/1992/portaria-234-7-fevereiro-1992-491343-publicacaooriginal-1-ms-snas.html acessado em 02/07/2019. Acesso em: 15 ago 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: https://documents.tips/documents/resolucao-no-258-de-07-de-janeiro-de-1991.html Acesso em: 02 jul 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Norma Operacional Básica/SUS no 01/91. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolução 258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 02 jul 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica**. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf >. Acesso em: 15 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília - DF, 1997b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf >. Acesso em: 15 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377 de 13 de junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html>. Acesso em: 03 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631/GM de 01 de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>. Acesso em: 15 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.834 de 27 de agosto de 2013**. Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1834_27_08_2013.html>. Acesso em: 01 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília-DF, v.134, n.216, nov 1996. Seção1,1996, p. 22932-22940. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 01 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 1 de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre a metodologia de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33254466>. Acesso em: 01 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Número de consultas médicas por habitantes F.1.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=F.1&lang=pt&version=ed4>. Acesso em: 12 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura de Saúde da Família no Brasil**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 20 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1.ed., v.28, n.1, p.23-39, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 8 nov 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool pcatool. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf >. Acesso em: 10 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf >. Acesso em: 10 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. A cesso em: 12 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>. Acesso em: 15 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas:** Análise de impacto orçamentário: Manual para o sistema de saúde do Brasil. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/10/Diretrizes-metodologicas-manual-de-analise-de-impacto-orcamentario-cienciasus.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetro para programação das ações básicas de saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/ceinfo-cefor/indicadores-de-oferta-e-desempenho-nos-servicos-de-saude/Parametros%20MS%202001.pdf>. Acesso em: 12 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018:** Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 14 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018:** uma análise e situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: Desafios e perspectivas. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf>. Acesso em: 01 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde** : 2011-2015 : resultados e perspectivas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf>. Acesso em: 01 nov 2019.

CACCIA-BAVA, M.C.G.G. *et al*. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.44, n.4, p.347-54, 2011. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446 >. Acesso em: 10 fev 2019.

CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, Inglaterra, v.51, n.11, p.1611-25, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA Jr, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, “on line”, v.21, n.9, p.2655-63, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

CAMPOS, R.T.O. *et al*. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de janeiro, v.38, n. especial,

p.252-64, out 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

CAPILHEIRA, M.F.; SANTOS, I.S. Individual factors associated with medical consultations by adults. **Rev Saúde Pública**, "on line", v.40, p.436-43, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/11.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. IPEA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Vol. 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p.19-38.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.121-142.

CARVALHO, A.P.V.; SILVA, V.; GRANDE, A.J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn Tratamento**. "on line", v.18, n.1, p.38-44, 2018. Disponível em: < http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3444.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

CARVALHO, I.P.A.; CARVALHO, C.G.X.; LOPES, J.M.C. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, "on line", v.10, n.34, p.1-7, 2015. Disponível em: < https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/957 >. Acesso em: 01 fev 2019.

CASSADY, C.E. *et al*. Measuring consumer experiences with Primary Care. ***Pediatrics***, *"on line"*, v.105, n.4, p.998-1003, 2000. Disponível em: < https://pediatrics.aappublications.org/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=10742362 >. Acesso em: 11 nov 2019.

CASTANHEIRA, E.R.L. *et al*. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, Local, v.18, n. supl. 2, p.84-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/14.pdf>. Acesso em: 10 out 2019.

CASTANHEIRA, E.R.L. *et al*. Quali AB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc**, *"on line"*, v.20, n.4, p. 935-47, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>. Acesso em: 22 ago 2019.

CASTRO, M.C. *et al*. **Brazil's unified health system:** the first 30 years and prospects for the future. *"on line"* **The Lancet**, 2019. Disponível em:< https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext> Acesso em: 11 nov 2019.

CECCIM, R.B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. da. **Por**

uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.131-154.

CECCIM, R.B. Equipe de Saúde: as perspectivas e entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004, p.259-278

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, "on line", v.20, n.5, p.1400-10, 2004a. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf >. Acesso em: 11 nov 2019.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, "on line", v.14, n.1, p.41-65, 2004b. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: **Avaliação:** Conceitos e Métodos. BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). Trad. Michel Colin. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2011.

CHAU, P H *et al*. Social Vulnerability Index for the Older People—Hong Kong and New York City as Examples. **Journal of Urban Health:** Bulletin of the New York Academy of Medicine, "on line", v.91, n.6, 2014. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4242856/pdf/11524_2014_Article_9901.pdf >. Acesso em: 11 fev 2019.

CLEGG, A. *et al*. Frailty in Older People. **Lancet**, Local, v.381. n.9868, p.752-62, mar 2013. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098658/pdf/emss-59306.pdf >. Acesso em: 11 fev 2019.

COLIN-THOME, D. The new primary care is managed care. In: COCHRANE, D. (ed.). **Managed care and modernization**: a practitioner´s guide. Buckingham: Open University Press, 2001.

COLLAR, J.M.; ALMEIDA NETO, J.B.; FERLA, A.A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Revista Saúde em Redes**, "on line", v.1, n.2, p.43-56 2015. Disponível em: < http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/591 >. Acesso em: 11 fev 2019.

COMES, Y. *et al*. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, "on line", v.21, n.9, p.2729-38, 2016.

CONILL, E. M. A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde:** novas tendências e questões emergentes. Campinas: Unicamp, 2011. p.157-182.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no

Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. Sup 1, p.7-27, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf >. Acesso em: 01 mar 2019.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M.C.R. **Analisis de la problemática de la integración de la APS em el contexto actual:** causas que inciden em la fragmentación de servicios y sus efectos em al cohesion social [documento técnico]. Intercambio III. 2.-1-2007. Proyecto Eurosocial Salud. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, 2007. Disponível em: < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). **Demografia Médica no Brasil:** dados gerais e descrições de desigualdades. Vol.1. São Paulo: CFM; CREMESP, 2011.

CORREIA, L.C. Instituto de Higiene (1918-1929) no estado de São Paulo - a atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza e Mário da Costa Galvão. **Cad. Hist. Ciênc**., "on line" v.7, n.1, p.71-85, 2011. Disponível em: < https://bibliotecadigital.butantan.gov.br/arquivos/32/PDF/v7n1a04.pdf >. Acesso em: 01 jul 2019.

CYRINO, E. *et al*. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança?. **Escola Anna Nery**, "on line", v.19, n.1, p.5-10, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0005.pdf>. Acesso em: 11 set 2019.

DEGANI, N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser [Internet]. 2013 September;13(7):1– 48. Disponível em: <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-advanced-accessscheduling.pdf>. Acesso em: 11 set 2019.

DELOR. F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of `vulnerability'. **Social Science & Medicine**, "on line", v.50, n.2000, p.1557-70, ano. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699004657?via%3Dihub>. Acesso em: 01 set 2019.

DOMBROWSKI, J.G.; PONTES, J.A.; ASSIS, A.L.M. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Rev Bras Enferm**, Local, v.66, n.6, p.827-32, 2013.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, Estados Unidos da América, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed?. **JAMA**, “on line”, v.260, n.12, p.1743-8, 1988. Disponível em: < https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139> Acesso em: 01 fev 2019.

DONIEC, K.; DALL’ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **Lancet**, “on line”, v.388, n.10047p.867-8, 2016.

ESCOREL, S. *et al*. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: 12 ago 2017.

FACCHINI, L.A. *et al*. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Primária em Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva**, “on line”, v.11, n.3, p.669-81, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf >. Acesso em: 03 set 2019.

FACCHINI, L.A. *et al*. Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions. **Cad. Saúde Pública**. “on line”, v.24, n. supl 1, p.159-72, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/20.pdf >. Acesso em: 03 set 2019.

FARIA, E.T.; PENEDO, R.M. O Processo de Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, A.C. *et al* (org.). **Gestão Pública em Saúde.** Fundamentos e Práticas. Água de São Pedro: Livronovo, 2015.

FAUSTO, M.C. *et al*. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? **J Ambul Care Manage**. Local, v.40, n. supl 2 The Brazilian National Program, p.60-70, 2017. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338884/pdf/jamcm-40-s60.pdf>. Acesso em: 11 fev 2019.

FAUSTO, M.C.R.; RIZZOTO, M.L.F. GIOVANELLA, L. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.esp. 1, p.12-7, set 2018.

FERNANDES, C.L.C. Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. 2013. 70f. Dissertação (Mestrado em Epidemilogia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da UFRGS. Porto Alegre: UFRGS. 2013.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2006.

FONTES, L.F.C.; CONCEIÇÃO, O.C.; JACINTO, P.D.A. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health Economics**, “on line”, v.27, p.1284-99, 2018.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, Local, v.59, n.4, p.532-7, jul-ago 2006.

FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C. **Fundamentos de Epidemiologia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2011.

FREITAS, C.H.S.M. *et al.* Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Rev Saude Publica**, Local, v.53, p.76, 2019.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Pública de México**, "on line", v.27, n.3, p.438-53, 1985.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K.L. *et al.* (ed.). **Health services research:** an anthology. Washington: Pan American Health Organization, 1992, p.858-64.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al*. **A saúde no Brasil em 2030:** diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: < https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf >. Acesso em: 01 mar 2019.

FURTADO, J.P.; LAPERRIÈRE, H. A Avaliação da avaliação. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde:** novas tendências e questões emergentes. Campinas: Unicamp, 2011, p.17-38.

GILSON, L.; DOHERTY, J.; LOEWENSON, R. **Challenging inequity through Health Systems:** Final report of the Knowledge Network on Health Systems. "on line", 2007. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf>. Acesso em: 03 nov 2019.

GERHARDT, T.E. *et al*. **Itinerários terapêuticos:** integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ ; ABRASCO, 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2012. p.493-545.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTO, M.L.F. 'Saúde em Debate' especial '30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação' Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p.6-11, set 2018.

GIOVANELLA, L. *et al*. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Local, v.21, n.9, p.2697-708, 2016.

GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface**, Botucatu, v.14, n.33, abr-jun 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a06v14n33.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

GONÇALVES, M.R. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **RBMFC**, "on line", v.8, n.29, p.235-43, 2013.

GOULART, F.A.A. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso. 2002. 386f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4338 >. Acesso em: 01 fev 2019.

GUEDES, J. da S.; SANTOS, R.M.B. dos; LORENZO, R.A.V. Di. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.875-83, 2011.

GULLIFORD, M. et al. What does 'access to health care' mean? **J Health Serv Res Policy**. "on line", v.7, p.186-188, 2002. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/135581902760082517>. Acesso em: 11 nov 2019.

HACKER, J.S. **Health care for America:** a proposal for guaranteed, affordable health care for all Americans building on Medicare and employment-based insurance. Washington DC: Economic Policy Institute, 2007.

HAGGERTY, J.L. Ordering the haos for patients with mutimorbidity. **BMJ**, "on line", v.345, n.e5, p.915, 2012.

HANSEN, J. Living in a country with a Strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. **Health Affairs**, "on line", v.34, n.9, p.1.531-7, 2015. Disponível em: < https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2015.0582?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed >. Acesso em: 15 set 2019.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA da SILVA, L.M. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ, 2005.

HARZHEIM, E. *et al.* Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-59, 2006.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. **European primary care**. The Hague, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.

HEALTH EVIDENCE NETWORK. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**. Copenhagen: World Health Organization, 2004.

HEALTH SYSTEM AND POLICY DIVISION. **O sistema de cuidados de saúde do Canadá**. Ottawa: Health System and Policy Division, 1999.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (ed.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions** . Version 5.0.2. "on line". The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/>. Acesso em: 10 fev 2017.

HONE, T. *et al*. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS medicine**, "on line", v.14, n.5, e1002306, 2017.

HUDON, C. *et al*. Case management in primary care for frequente users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and Family experience. **Annals of Family Medicine**, "on line", v.13, n.6), p.523-8, 2015. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4639377/ >. Acesso em: 01 fev 2019.

IBAÑEZ, N. *et al*. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Cien Saúde Colet**, Local, v.11, n.3, p.683-704, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf >. Acesso em: 14 jul 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Access to health care in America**. Washington: The National Academies Press, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Community oriented primary care:** a practical assessment. Vol. I. The Committee Report. Washington: National Academy Press, 1984. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217633/>. Acesso em: 12 set 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining primary care:** an interim report. Washington: National Academy Press, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Primary care:** America´s health in a new area. Washington: IOM, 1996;

INSTITUTE OF MEDICINE. Primary care in medicine: a definition. In: INSTITUTE OF MEDICINE. **A manpower policy for primary health care:** report of a study. Washington: National Academy Press, 1978. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/9932/chapter/1>. Acesso em: 01 set 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access:** getting to now. Washington: The National Academies Press, 2015.

KHANASSOV, V et al. Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. **International Journal for Equity in Health**, "on line", v.15, p.168, 2016. Disponível em: < https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0459-9>. Acesso em: 02 nov 2018.

KOIFMAN, L.; GOMES, L.N. A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade? **Revista Brasileira de Educação Médica**, "on line", v.32, n.4, p.417-8, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a01.pdf>. Acesso em: 02 fev 2019.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de. **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011, p.111-130.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of canadians:** a working document. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, 1974. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2130.pdf>. Acesso em: 23 out 2019.

LAURANT, M. *et al.* Substitution of doctors by nurses in primary care. **The Cochrane database of systematic reviews**, n.2, Cd001271, 2005.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, "on line", v.20, n.4, p.867-74, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 02 jul 2019.

LEE, L.; HECKMAN, G.; MOLNAR, F.J. Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. **Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien**, "on line", v.61, mar mai 2015. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369632/pdf/0610227.pdf >. Acesso em: 02 fev 2019.

LEVESQUE, J.F; HARRIS, M.F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, "on line", v.12, p.18, 2013. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610159/pdf/1475-9276-12-18.pdf >. Acesso em: 01 jul 2018.

LIMA, S.A.V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.635-56, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf >. Acesso em: 02 fev 2019.

LIMA, L.D.; QUEIROZ, L. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C.E.A. **Políticas de saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.229-51.

LIMA, L.D. *et al*. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1903-14, 2012.

LOFEGO, J.; PINHEIRO, R. Itinerário terapêutico no controle do câncer de colo uterino: uma análise sob perspectiva da integralidade em saúde e do direito à comunicação. In: GERHARDT, T.E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos:** integralidade no cuidado,

avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ABRASCO, 2016, p.307-326.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, “on line”, v.18, n.2, p.304-11, 2009.

MACHADO, I. *et al.* Primeiros resultados da experiência de implantação do Recurso de ECG Digital em Belo Horizonte. **Latin Am J Telehealth**, Belo Horizonte, v.2, n.3, p. 318-29, 2010.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil’s Family Health Strategy. Delivering Community Based Primary Care in a Universal Health System. **NEJM**, “on line”, v.372, n.23. jun 2015.

MACINKO, J.; HARRIS, M.J.; ROCHA, M.G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambul Care Manage**. “on line”, v.40, n.2. p.4-11, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/314199810_Brazil's_National_Program_for_Improving_Primary_Care_Access_and_Quality_PMAQ_Fulfilling_the_Potential_of_the_World's_Largest_Payment_for_Performance_System_in_Primary_Care>. Acesso em: 01 jan 2019.

MACINKO, J,; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família: um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p.18-37, set 2018.

MACINKO, J. *et al*. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, “on line”, v.60, p.13-19, 2006.

MACINKO, J. *et al*. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research**, “on line”, v.38, p.819-53, 2003.

MACINKO, J. *et al*. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int. J. Health Plann. Mgmt**., “on line”, v.19, p.303-17, 2004.

MASSUDA, A. *et al*. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**, “on line”, v.3, n.4, e000829, 2018.

McDONALD, K.M. *et al*. **Care coordination measures atlas**. Rockville: Agency for Heatlh care Reserch and Quality, 2014.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília-DF: CONASS, 2019. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 01 dez 2019.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M**. Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. 3. Reimpressão, 2006.

MATTOS, E.; MAZETTO, D. **Assessing the impact of More Doctors program on health care indicators**. São Paulo: FGV - School of Economics, 2018.

MELO, E.A. *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p.38-51, set 2018.

MENDES E.V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde (OPAS), 2011.

MENDES, E.V. **O acesso à atenção primária à saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2016.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento da atenção básica e da Estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, "on line", v.38, n.103, p.900-16, 2014.

MENDES. A.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciênc Saúde Coletiva**, "on line", v.3, p.841–50, 2009.

MENDONÇA, M.H.M. *et al*. (org.). **Atenção Primária em Saúde no Brasil:** conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde: In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* (org.). **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p.55-124.

MONTEIRO, P.J.C.; CASTILLO, C.H.M. Acceso a cuidados de salud: discursos bioéticos del Norte y del Sur. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. especial 5, p.104-12, dez 2019.

MOONEY, G. Equidade nos cuidados de saúde: enfrentando a confusão. **Eff Health Care**, "on line", v.1, p.179-85, 1983.

MOTA. A.; SCHRAIBER, L.B. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde Soc**., São Paulo, v.20, n.4, p.837-52, 2011.

MOURÃO, J.J. *et al*. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, on line", v.42, 2018

MUÑOZ-SÁNCHES, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento científico em Saúde Coletiva?. **Ciênc Saúde Coletiva**, on line", v.12, n.2, p.319-24, 2007.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Redefining open access to primary care. **Manag Care Q.**, on line", v.7, p.45-55, 1999.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same day appointments: exploding access paradigma. **Farm Pract Manag**., on line", v.7, p.45-50, 2000.

NAKATA, P.T. *et al*. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, on line", v.21, n.5, 07 telas, set-out 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf>. Acesso em: 15 mar 2019.

NEVES, R.G. *et al*. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, "on line", v.34, n.4, e00072317, 29 mar 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072317>. Acesso em: 01 set 2019.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.365-394.

OAKES, A.R.; DI-GIOIA, I. Obamacare and the language of the "states' rights": uncooperative federalism or "dinosaur" constitutionalism. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v.4, n.3, set-dez 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rinc/v4n3/2359-5639-rinc-04-03-0119.pdf >. Acesso em: 15 set 2019.

OCDE. Health Care Quality Indicators (HCQI). **Definitions for Health Care Quality Indicators 2016-2017**. HCQI Data Collection. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Indicators.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

OLIVEIRA, J.P.A.; SANCHEZ, M.N.; SANTOS, L.M.P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, "on line", v.21, n.9, p.2719-27, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A ONU e a população mundial**. 2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/populacao-mundial/>. Acesso em: 08 nov 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **The Millennium Development Goals Report 2015**. New York: ONU, 2015. Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>. Acesso em: 03 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. URSS: Alma-Ata, 6-12 de Setembro, 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 08 nov 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. EUA: OMS, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 08 nov 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008**. Atenção primária em saúde. Agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>. Acesso em: 12 set 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa "Mais Médicos" em Curitiba**. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília - DF: OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS, 2010.

ORLANDIN, E.A.S. *et al*. Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, on-line, v.21, n.61, p.349-61, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160103.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019..

PACHECO, S.L.M. *et al*. The end of Brazil's More Doctors programme?. **BMJ**, "on line", v.363, k5247, 2018.

PAIM, J.S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

PAIM, J. S. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ. Méd. Salud**, "on line", v.25, n.1, p.48-57, 1991.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: ABRASCO. **Estudos de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO,1986. p.11-25

PAIM, J. S. **Saúde, crises, reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, "on line", v.9, p.143-146, 2001.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 1999, p.473-87.

PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, "on line", v.X, n.X, p.XX, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 05 set 2019.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W.J. O conceito de acesso: definição e relacionamento com a satisfação do consumidor. **Med Care**, "on line", v.19, p.127-40, 1981. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>. Acesso em: 01 jul 2019.

PEREIRA, A.C. *et al*. **Gestão Pública em Saúde:** fundamentos e práticas. Águas de São Pedro: Livronovo, 2015.

PESSOA, Fernando. **Obras Completas**. São Paulo: Nova Aguilar, 2004.

PINEAULT, R. Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); OPAS; MS. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Vol. 2. Brasília – DF: Biblioteca e Arquivos nacionais do Quebec, nov. 2016. p.172. Disponível em: < http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/LEIASS-2.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: PINEAULT, R.; DAVELUY, C. (ed.). **La planification de la santé:** concepts, méthodes et stratégies. Montréal: Agence d'Arc, 1986, p.191-202.

PINHEIRO, R.; ENGEL, T.; ASENSI, F.D. **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado:** pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ABRASCO, 2017.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004, p.21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2007, p.9-36.

PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A.G. da. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A.G. da; MATTOS, R.A. de. (org.). **Atenção básica e integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008, p.17-42.

PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A.G. da; MATTOS, R.A. de. (org.). **Atenção básica e integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; ABRASCO, 2008.

PINTO, H.; SOUSA, A.; FERLA, A.A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, "on line", v.51, p.43-57, out 2014.

PIOLA, S.F.; FRANÇA, J.R.M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constituicional 29 na alocação regional de gastos públicos no Sistema Único de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, "on line", v.21, n.2, p.411-22, 2016.

POLUS, S. *et al*. Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. **Reprod Health**, "on line", v.12, p.27, 2015.

PORTER, M.E; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRATES, M.L. *et al*. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, "on line", v.22, n.6, p.1881-93, 2017.

LONDRES, ENGLAND. The Development of the London Hospital System, 1823 – 2015. Regions and Districts. In: Geoffrey Rivett. **National Health System History**. Disponível em: <http://www.nhshistory.net/regions_&_districts.htm> Acesso em: 11 nov 2019.

RAMOS, V.; CARRAPIÇO, E. Pessoas que consultam frequentemente. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.141-151.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, "on line", v.10, p.380, 2010.

RICHARD, L. *et al*. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. **International Journal for Equity in Health**, "on line", v.15, n.64, 2016. Disponível em: < https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0351-7 >. Acesso em: 10 out 2019.

ROBINSON, R.; STEINER, A. Managed health care. Buckingham: Open University Press, 1998.

ROCHA, J.S.Y.; CACCIA BAVA, M.C.G.G. A atenção básica na construção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Local, v.14, n. Supl. 1, p.1336-45, 2009.

ROSE, K.D.; ROSS, J.S.; HORWITZ, L.I. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Arch Intern Med**., "on line", v.171, n.13, p.1150-9. 11 jul 2011. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154021/pdf/nihms308204.pdf>. Acesso em: 01 set 2019.

SADDI, F.C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. What Does It Mean for Research and Policy?. **J Ambulatory Care Manage**, "on line", v.00, n.00, p.1–9, 2017.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V.S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A.G. da (org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010, p.191-206.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de (org.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2011. p.205-228.

SALTMAN, R.B.; FIGUERAS, J. **European health care reform:** analysis of current strategies. Copenhagen: Regional Office for Europe; World Health Organization, 1997.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Local, v.15, n.3, mai-jun 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf >. Acesso em: 01 jul 2018.

SANTOS, J.S. et al. **Protocolo para Acolhimento com Avaliação de Risco, Necessidades e Vulnerabilidades**. "on line". Elsevier Editora Ltda, 2012, p.23-48. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/274718506_Protocolo_para_Acolhimento_com_Avaliacao_de_Risco_Necessidades_e_Vulnerabilidades>. Acesso em: 01 jul 2018.

SANTOS, L.M.P. *et al*. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Organ**, Local, v.95, p.103-12, 2017.

SANTOS, P. *et al*. Motivos para requisitar um eletrocardiograma nos Cuidados de Saúde Primário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, mai 2015.

SÃO PAULO. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).
SUS e COSEMS/SP: da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011 - 25 anos. s.d. 116f. Monografia - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Escola Municipal de Saúde-Acervo, Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo: COSEMS-SP, 2013. Disponível em: < http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2017/11/25-Anos-1.pdf >. Acesso em: 01 fev 2019.

SARTI, T.D. *et* al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.537-48, mar 2012.

SCHIMDT, M.I. *et al*. Chronic non comunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Health in Brazil. **The Lancet**, Local, v.377, n.9.781, p.1949-61, 2011.

SECURA, G.M. *et* al. The contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **Am J Obstet Gynecol**, "on line", v.203, n.2, p.1-12, 2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **J Fam Pract**, Local, v.50, n.2, p.161-75, 2001.

SILVA Jr., A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA, B.P. da. *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, "on line", v.21, n.9, p.2899-906, 2016.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, "on line", v.42, n.1, p.48-56, 2008.

SILVA, T.M.R.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Evaluation of the vulnerability of families assisted in Primary Care in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.5, p.935-43, set-out 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500016>. Acesso em: 01 jul 2019.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health:** discussion paper for the Comission on the Social Determinants of Health. "on line", 2007. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf>. Acesso em: 03 nov 2019.

SOUSA, M.F. *et al*. Por que Mais Médicos no Brasil? Da política à formação. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.9, n.4, p.159-74, 2015.

SOUZA, M.F.S. *et al*. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Rev Saude Publica**, "on line", v.51, p.87, 2017.

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

STARFIELD, B. **Primary care:** balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B. **Primary care:** concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v.105, n.4, p.998-1003, apr 2000.

STARFIELD, B. et al. The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care. **American Journal of Public Health**, "on line", v.71, p.117-23,1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619620/pdf/amjph00662-0017.pdf >. Acesso em: 01 jul 2019.

STARFIELD, B., SHIM, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quartely**, v.83, p.457-502, 2005.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v.50, n.2, p.161-175, 2001.

TARRANT, C. *et al*. 'Faling through gaps': primary care patients accounts of breakdowns in experienced continuity of care. **Family Practice**, "on line", v.32, n.1, p.82-7, 2015.

TASCA, R. Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014, Brasília, DF. **Anais [Caminhos da Saúde no Brasil, CONASS – Debate]**. Brasília – DF: CONASS, 2014. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS%20Debate%20N2.pdf >. Acesso em: 12 jul 2019.

TASCA, R. *et al.* Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: Organização Pan-Americana da Saude (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. 2018, p.103-16. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/04.pdf>. Acesso em: 01 nov 2019.

TAYLOR, M.M. *et al*. Estimating Benzathine Penicillin Need for the Treatment of Pregnant Women Diagnosed with Syphilis during Antenatal Care in High- Morbidity Countries. **PLOS ONE**, " on line", 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951037/pdf/pone.0159483.pdf> Acessado em: 19 jul 2016.

TEMPORÃO, J.G. A tensão entre o ideário reformista e a proposta real em construção de uma política de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.7, n.1, p.9-13, jan-mar 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000100001 >. Acesso em: 01 fev 2019.

TERRAZA, N.R.; VARGAS LORENZO I.; VASQUEZ NAVARRETE, M.L. Coordination among healthcare levels: systematization of tools and measures. **Gaceta Sanitaria**, Local, v.20, n.6, p.485-95, 2006.

TESTA, M. **Pensar em salud**. Buenos Aires, OPS; OMS, 1989.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes médicas; ABRASCO, 1992.TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.75-94, fev 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar 2019.

TRICO, A.C. *et al*. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta analysis. **CMAJ**, "on line", v.186, n.15, p.568-78, 2014.

UNGER, J.P.; KILLINSWORTH, J. Selective primary health care: a crystal view of methods and results. **Sci. Medicine**, v.22, p.1001-13, 1986.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em Perspectiva. In: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 968 p

VERNASQUE, J.R.S. Determinantes sociais da saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24032011-142954/publico/JulianaRibeiroSilvaVernasque.pdf>. Acesso em: 02 out 2019.

VIACAVA, F. (coord.) *et al.* PROADESS - Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento : Relatório final. Rio de Janeiro: Laboratório de Informações em Saúde (LIS); Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia (ICICT); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), out 2011. Disponível em: < https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf>. Acesso em: 02 fev 2019.

VIACAVA, F. *et al*. Uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, on-line, v.9, n.3, p.711-24, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>. Acesso em: Acesso em: 02 fev 2019.

VIACAVA, F. *et al*. Avaliação de desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo para análise. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 921-34, 2012.

VIACAVA, F. *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-24, 2004.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (suplemento), p.225-264, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300011>. Acesso em: 02 fev 2019.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2317-26, 2010.

VIANA, A.L.D. *et al*. Modelos de Atenção Básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Cien Saude Colet**, on-line, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.577-606, jul-set 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>. Acesso em: 02 fev 2019.

VUORI, H. The role of the schools of public health in the development primary health care. **Health Policy**, v.4, p.221-230, 1985.

WAGNER, E.H. et al. Improving care coordination in primary care. **Medical Care**, v.52, n.11, supl. 4, p.33-8, 2014.

WHITE, K.L., WILLIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v.265, p.885-93, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health estimates 2016**: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>. Acesso em 20 dez. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Astana. **Global Conference on Primary Health Care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 25 and 26 October 2018**. Astana - Cazaquistão: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care**: now more than ever. Genebra: The World Health Report, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primary health care. **Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 september 1978**. Genebra: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary Health Care 21:** “Everybody´s Business”. Genebra; Copenhagen: WHO; WHO Regional Office for Europe, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations:** optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: <https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/healthcare/docs/dec_panel2012_en.pdf>. Acesso em: 01 fev 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Task shifting and health system design.** Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). “on line”, Publications Office of the European Union, 2019. Disponível em: < https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/023_taskshifting_en.pdf>. Acesso em: 11 nov 2019.

WEISS, L.J.; BLUSTEIN, J. Faithful patients: The effects of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. **Am J Public Health**, “on line”, v.86, p.1699-700, 1996.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO: Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport; Institutet för Framtidsstudier, 2007, p.14.

ZOBOLI, E.L.C.P. *et* al. Pacientes difíceis na Atenção Primária à Saúde: entre o cuidado e o ordenamento. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu 20(59):893-903, 2016.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização de pesquisa comissão Ribeirão Preto-SP (CAPP)

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OF. 0310/19- CAPP
CSV/2019

Ribeirão Preto, 12 de fevereiro de 2019.

Senhor Orientador,

Informamos que os gerentes das Unidades de Saúde : USF DR GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO (NUCLEO DA SAUDE DA FAMÍLIA 6), USF CESAR AUGUSTO ARITA (USF PAULO GOMES ROMEO), UBS MARIO RIBEIRO DE ARAUJO (UBS VALENTINA FIGUEIREDO), SF PROF DR DOMINGOS A LOMONACO (USF EUGENIO MENDES LOPES), USF DR ALVARO PANAZZOLO (USF VILA ALBERTINA)., USF DR ALBERTO RAUL MARTINEZ (USF ESTACAO DO ALTO), UBS DR ALVARO DE OLIVEIRA PAIVA (UBS JARDIM PAIVA), USF DR LUIZ GONZAGA OLIVERIO (USF HEITOR RIGON), USF ERNESTO CHE GUEVARA (USF MARIA CASA GRANDE), UBS DR RUBENS LISANDRO NICOLETTI (UBS JOSE SAMPAIO), UBS JOSE RIBEIRO FERREIRA (UBS SÃO JOSE), UBS PROF DR JACOB RENATO WOISKI (UBS JOAO ROSSI), USF PROF DR BRENO J GUANAIS SIMOES (NUCLEO SAÚDE DA FAMÍLIA 1), USF PROFA DRA CELIA DE ALMEIDA FERREIRA (NUCLEO SAÚDE DA FAMÍLIA 3), UBS HERBERT DE SOUSA BETINHO (USF RIBEIRAO VERDE), UBS HELIO LOURENCO DE OLIVEIRA (SANTA CRUZ), UBS DR SERGIO BOTELHO DA COSTA MORA PRESIDENTE (UBS DUTRA) e os responsáveis pelos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, manifestaram a concordância com a realização da pesquisa nestas Unidades.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES PARA O ACESSO E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"** sob a responsabilidade da Prof. Dr. **AMAURY LELIS DAL FABBRO** e do pesquisador **DIEGO ROBERTO MELONI** na Secretaria Municipal da Saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

ANEXO II

PARECER DO CEP

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias organizacionais de planejamento das ações para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde.

Pesquisador: DIEGO MELONI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07949419.0.0000.5414

Instituição Proponente: Departamento de Medicina Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.241.396

Apresentação do Projeto:

Apresentação de nova versão em resposta ao parecer emitido em 03/04/2019.

Recomendação foi satisfatoriamente atendida.

Objetivo da Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer anterior. Pendencias foram adequadamente atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências foram atendidas. Recomendo aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado "ad referendum" do colegiado.

ANEXO III

Protocolo de solicitação do serviço de informação ao cidadão pela Lei de Acesso à Informação (LAI)

Protocolo	25820004276201952
Solicitante	DIEGO ROBERTO MELONI [Ver Dados]
Data de Abertura	30/05/2019 17:10
Orgão Superior	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado	
Prazo de Atendimento	01/07/2019
Situação	Respondido
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo da Solicitação	Solicitação das notas do resultado do 3º ciclo do PMAQ por dimensão das equipes do município de Ribeirão Preto-SP.
Detalhamento da Solicitação	Solicito as notas do resultado do 3º ciclo do PMAQ discriminada pela pontuação da autoavaliação, indicadores de desempenho divididos por grupos (Acesso e continuidade do cuidado, Resolutividade e Abrangência da oferta de serviços) e da avaliação externa por dimensões das equipes de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. A solicitação é devido ser parte da pesquisa de doutorado intitulada "Estratégias organizacionais de planejamento das ações para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde", do pesquisador Ms. Diego Roberto Meloni e Dr. Amaury Lelis Dal
Anexos	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3241396.pdf

Pedido

Protocolo	25820007655201902
Solicitante	013884
Data de Abertura	23/09/2019 15:10
Orgão Superior	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado	
Prazo de Atendimento	14/10/2019
Situação	Respondido
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo da Solicitação	Solicitação das notas do resultado do 3º ciclo do PMAQ por resultado da autoavaliação, resultado das notas de indicado
Detalhamento da Solicitação	Solicito as notas do resultado do 3º ciclo do PMAQ discriminada pela pontuação da autoavaliação, indicadores de desempenho divididos por grupos (Acesso e continuidade do cuidado, Resolutividade e Abrangência da oferta de serviços) e da avaliação externa por dimensões das equipes de atenção básica no Brasil. Solicito os dados abaixo: IBGE, UF, Município, CNES, INE, Endereço, Latitude e Longitude, nota autoavaliação, nota de indicadores, nota de avaliação externa por subdimensão (I a VII), nota final e valor de repasse.
Anexos	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3241396.pdf

ANEXO IV

Indicadores do PMAQ AB e faixas de produção

Indicadores de desempenho para as equipes participantes do PMAQ AB

Grupo	Indicador de Desempenho	
Acesso e continuidade do cuidado	I.	Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	II.	Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	III.	Percentual de atendimentos de consulta agendada
	IV.	Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	V.	Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	VI.	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Resolutividade	VII.	Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	VIII.	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	IX.	Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	X.	Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ AB – 3° ciclo.

1- Faixa de Produção do Indicador Média de Atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 0,45	0 (zero) a 9,99
Maior que ou igual a 0,45 até menor que ou igual a 0,66	Nota: 10
Maior que 0,66 até menor que 0,86	9,99 a 0
Maior que ou igual a 0,86	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

2- Faixa de Produção do Indicador Atendimentos de consultas por demanda espontânea

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 30%	0 (zero)
Maior que ou igual a 30% até menor que ou igual a 60%	10
Maior que 60% até menor que ou igual a 80%	9,99 até 5
Maior que 80%	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

3- Faixa de Produção do Indicador Atendimentos de consultas agendadas

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 15%	0 (zero)
Maior que ou igual a 15% até menor que 25%	5 a 9,99
Maior que ou igual a 25% até menor que ou igual a 35%	10
Maior que 35% até menor que ou igual a 45%	9,99 a 5
Maior que 45%	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

4- Faixa de Produção do Indicador Atendimentos por condição de saúde avaliada

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 0,35	0 (zero)
Maior que ou igual a 0,35 até menor que 0,63	5 a 9,99
Maior que ou igual a 0,63 até menor que ou igual a 1,17	10
Maior que 1,17 até menor que ou igual a 1,35	9,99 a 5
Maior que 1,45	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

5- Faixa de Produção da Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 0,075	0 (zero) a 9,99
Maior que ou igual a 0,075 até menor que 0,136	10
Maior que 0,136	9,99 a 0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

6- Faixa de Produção da Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 2,5%	0 (zero)
Maior que ou igual a 2,5% até menor que 3,75%	5 a 9,99
Maior que ou igual a 3,75 até menor que ou igual a 8,75	10
Maior que 8,75 até menor que ou igual a 10	9,99 a 5
Maior que 0,136	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

7- Faixa de Produção do Percentual de encaminhamentos para serviço especializado

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 2%	0 (zero)
Maior que ou igual a 2% até menor que ou igual a 5%	5 a 9,99
Maior que ou igual a 5% até menor que ou igual a 20%	10
Maior que 20% até menor que 23%	9,99 a 5
Maior que ou igual a 23%	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

8- Faixa de Produção da Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 0,5	0 (zero)
Maior que ou igual a 0,5 até menor que ou igual a 1,2	10
Maior que 1,2	0 (zero)

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

9- Faixa de Produção do Percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 48,3 (até 14 serviços)	0 (zero)
Maior que ou igual a 48,3 até menor que 65,5 (entre 15 e 19 serviços)	5,6,7,8 ou 9
Maior que ou igual a 65,5 (igual ou mais que 20 serviços)	10

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB – 3° ciclo.

9.1- Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de AB

Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica
Administração de medicamentos endovenoso
Administração de medicamentos via intramuscular
Administração de medicamentos via oral
Administração de Penicilina para tratamento de sífilis
Aferição de pressão arterial
Atendimento de urgência em atenção básica
Atendimento individual em domicílio
Atividade coletiva - Educação em saúde
Atividade coletiva - Atendimento em grupo
Atividade coletiva - Avaliação/ Procedimento coletivo
Avaliação antropométrica
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino
Coleta de material p/ exame laboratorial
Consulta médica em atenção básica
Curativo especial
Curativo simples
Drenagem de abscesso
Exame do Pé Diabético
Glicemia capilar
Nebulização/inalação
Retirada de Cerume
Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal
Retirada de corpo estranho subcutâneo
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)
Sutura simples
Tamponamento nasal anterior e/ou posterior
Terapia de Reidratação Oral
Teste do Pezinho
Triagem oftalmológica

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB - 3° ciclo.

10- Faixa de Produção do Percentual de serviços ofertados pela equipe de Atenção Básica

Faixa de Produção	Valor da Nota
Menor que 68 (até 17 serviços)	0 (zero)
Maior que ou igual a 68 (igual ou mais que 17 serviços)	10

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB - 3° ciclo.

10.1- Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de saúde bucal na AB

Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
Ação coletiva de escovação dental supervisionada
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica
Acesso à polpa dentaria e medicação (por dente)
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional.
Atendimento a gestante
Atendimento de urgência
Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal
Consulta agendada
Consulta de conclusão do tratamento em odontologia
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
Exodontia de dente decíduo
Exodontia de dente permanente
Orientação de higiene bucal
Primeira consulta odontológica programática
Profilaxia/ remoção de placa bacteriana
Pulpotomia dentária
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
Restauração de dente decíduo
Restauração de dente permanente anterior
Restauração de dente permanente posterior
Selamento provisório de cavidade dentária
Tratamento de alveolite
Ulotomia/ulectomia

Fonte: Manual Nota Metodológica do PMAQ AB - 3° ciclo.

ANEXO IV

Dimensões e peso das questões da avaliação externa das equipes de AB e AB/SB

1- Dimensões da avaliação externa das equipes de atenção básica

Dimensões	Percentual	Soma das relevâncias das questões	Peso de cada questão
DI - Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica	8	27	0,2963
DII - Estrutura e condições de funcionamento da UBS	20	281	0,0712
DIII - Valorização do trabalhador	8	24	0,3333
DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho	54	148	0,3649
DV - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário	10	123	0,0813

Fonte: Manual de Nota Metodológica do 3° ciclo do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

2- Dimensões da avaliação externa das equipes de atenção básica com saúde bucal

Dimensões	Percentual	Soma das relevâncias das questões	Peso de cada questão
DI - Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica	6	27	0,2222
DII - Estrutura e condições de funcionamento da UBS	10	281	0,0356
DIII - Valorização do trabalhador	6	24	0,25
DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho	40	148	0,2703
DV - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário	10	123	0,0813
DVI - Estrutura e condições de funcionamento da UBS (saúde bucal)	10	293	0,0341
DVII - Acesso e qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho e Gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica (saúde bucal)	18	85	0,2118

Fonte: Manual de Nota Metodológica do 3° ciclo do PMAQ AB. Ministério da Saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde.**
Nome do (a) Pesquisador (a): Diego Roberto Meloni
Nome do (a) Orientador (a): Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

1. **Natureza da pesquisa**: o(a) sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar as estratégias organizacionais para promoção do acesso e integralidade da assistência em Atenção Primária à Saúde.
2. **Participantes da pesquisa**: profissionais de saúde e usuários das unidades básicas de saúde.
3. **Envolvimento na pesquisa**: ao participar deste estudo o(a) sr.(a) permitirá que o (a) pesquisador Diego Roberto Meloni tenha acesso aos dados e prontuários dos pacientes e fichas de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde. O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a) (.....). O (a) senhor (a) poderá interromper sua participação a qualquer momento que desejar e não terá qualquer prejuízo ao seu atendimento habitual. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas**: As entrevistas serão realizadas em local reservado na unidade básica de saúde e serão gravadas.
5. **Riscos e desconforto**: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas (a unidade de saúde pesquisada terá sua identificação com letra ou número de forma que os resultados não sejam identificados e sigam os critérios da impessoalidade). Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Haverá riscos leves, caso ocorra extravasamento das informações dos participantes ou ainda pelo desconforto que pode ocorrer durante a etapa das entrevistas, para evitar os riscos e no caso de constrangimento do participante, medidas serão tomadas no sentido de que os pesquisadores serão os únicos com acesso aos dados e tomarão as providências necessárias para o sigilo, com a garantia de uma via do termo de consentimento livre e esclarecido ao participante.
6. **Confidencialidade**: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios**: ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre o acesso as unidades de saúde e a forma da integralidade da assistência do cuidado em saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa melhorar o atendimento na atenção primária, onde o pesquisador se compromete a divulgar os

resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. **Pagamento**: o(a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
9. **Indenizações**: Possíveis indenizações estão previstas na legislação brasileira por danos ou prejuízos da participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Normas legais: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com "munus público", que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS 466/2012). A CEP responsável por esta pesquisa localiza-se na Rua Teresina, 690, Bairro Sumarezinho, Ribeirão Preto-SP, fone: (16) 3315-0009, email: csecuiaba@fmrp.usp.br

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

_____

Nome do Participante da Pesquisa — Assinatura do Participante da Pesquisa

_____ — _____

Assinatura do Pesquisador — Assinatura do Orientador

Pesquisador(a): Diego Roberto Meloni (16) 98133 9093; diegomeloni@usp.br;

Orientador(a): Amaury Lelis Dal Fabbro (16) 99796-0299; adfabbro@fmrp.usp.br;

Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa: _____

Vice-Coordenador(a): _____

Telefone do Comitê: (16) 3315-0009 E-mail : csecuiaba@fmrp.usp.br

APÊNDICE II

Questionário sobre as atribuições COMUNS da atenção básica

Para aplicação aos profissionais de saúde da unidade básica de saúde**:**

Nome: _____

UBS: _____

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1. Participo do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe.	1	2	3	4	5
2. Utilizo e/ou realizo alguma ferramenta ou escala de classificação de risco e vulnerabilidades.	1	2	3	4	5
3. Realizo ou mantenho atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica.	1	2	3	4	5
4. Realizo, quando necessário, visita ou cuidado integral no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).	1	2	3	4	5
5. Os fluxos e protocolos definidos na minha unidade de saúde tem sido resolutivo e de fácil utilização.	1	2	3	4	5
6. O serviço garante o atendimento da demanda espontânea.-	1	2	3	4	5
7. O serviço garante o atendimento da demanda programática.	1	2	3	4	5
8. Você participa do acolhimento dos usuários.	1	2	3	4	5
9. O acolhimento possui classificação de risco.	1	2	3	4	5
10. Realizo o acompanhamento e monitoramento da população adscrita ao longo do tempo.	1	2	3	4	5
11. O serviço realiza cuidados preventivos para os usuários.	1	2	3	4	5
12. As intervenções do cuidado realizadas influenciam nas mudanças em saúde das pessoas/ comunidade. –	1	2	3	4	5
13. Coordeno o cuidado mesmo quando o usuário vai para outro ponto de atenção do sistema de saúde.	1	2	3	4	5
14. Tenho facilidade na utilização do sistema de informação da atenção básica.	1	2	3	4	5

15. Participo e contribuo para o processo de definição/ ordenação dos fluxos assistenciais para outros serviços.	1	2	3	4	5
16. Faço gestão/ controle da fila de espera para exames, consultas com especialistas, reabilitação, cirurgias dentre outros periodicamente.	1	2	3	4	5
17. Realizo busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória	1	2	3	4	5
18. O serviço faz busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica.	1	2	3	4	5
19. Realizo visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território.	1	2	3	4	5
20. Realizo consulta compartilhada com outros profissionais de nível superior.	1	2	3	4	5
21. Participo da construção do Projeto Terapêutico Singular dos pacientes.	1	2	3	4	5
22. Participo e/ou realizo atividades ou trabalhos com grupos.	1	2	3	4	5
23. Participo das reuniões de equipe	1	2	3	4	5
24. A gestão fornece atividades de educação permanente e educação continuada.	1	2	3	4	5
25. Participo de ações de educação em saúde para a população (campanhas, palestras dentre outros).	1	2	3	4	5
26. Participo e acompanho o mapa de usuários com a condicionalidade Saúde do Programa Bolsa Família ou outros programas sociais.	1	2	3	4	5

Questão aberta:

Para você, quais os **fatores limitantes** (barreiras) e os **fatores facilitadores** (potentes) do processo de trabalho que promovem o acesso dos usuários na UBS?

APÊNDICE III

Questionário Habilidades do Acesso na Atenção Básica

Para aplicação ao **Usuário** da unidade básica de saúde**:**

Nome:_____

UBS:_____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Idade (anos completos): _____
Cor ou raça: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Amarelo ( ) Indígena
( ) Ignorada

Até que série o (a) senhor (a) estudou?
( ) Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
( ) É alfabetizado (sabe ler e escrever)
( ) Ensino fundamental incompleto
( ) Ensino fundamental completo
( ) Ensino médio incompleto
( ) Ensino médio completo
( ) Ensino superior incompleto
( ) Ensino superior completo
( ) Pós graduação
( ) Não sabe/ não respondeu/ não lembra

1. O (a) senhor (a) identifica a unidade básica de saúde do seu bairro como local de **primeiro contato** para o seu atendimento e/ou cuidado de saúde?
(Acessibilidade - Capacidade de perceber -primeiro contato)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

2. Na sua opinião, o (a) senhor (a) conhece **a oferta de serviços** que a unidade de saúde do seu bairro oferece?
(Acessibilidade – acesso - capacidade de perceber)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

3. Quando os profissionais da unidade de saúde do seu bairro precisaram **encaminhar** o (a) senhor (a) para outros serviços (Especialistas, exames), como foi marcado/e ou agendado?
(Acessibilidade - Capacidade de perceber e Integralidade/coordenação)

3.1 Na opinião do (a) senhor (a), o agendamento de consultas, tem sido:
(Marcar apenas 1 item como principal ou mais relevante para questão)

a)- ( ) **Rápido** o agendamento para consultas de especialidades.
b)- ( ) O agendamento tem sido **dentro do tempo esperado**.
c)- ( ) **Demorado** o agendamento para consultas de especialidades.
d)- ( ) Não tem sido marcado a consulta.
e)- ( ) Não sabe/ Não respondeu

3.2 Na opinião do (a) senhor (a), o agendamento de exames tem sido:
(Marcar apenas 1 item como principal ou mais relevante para questão)

a)- ( ) **Rápido** o agendamento para exames de especialidades.
b)- ( ) O agendamento tem sido **dentro do tempo esperado**.
c)- ( ) **Demorado** o agendamento para exames de especialidades.
d)- ( ) Não tem sido marcado a exame.
e)- ( ) Não sabe/ Não respondeu

4. Quando o (a) senhor (a) está com **um problema de saúde,** qual o primeiro serviço que você costuma procurar quando precisa de atendimento e/ou cuidado de saúde?
(Aceitabilidade- orientação comunitária)

(Marcar apenas 1 item como principal ou relevante para questão)
( ) Unidade do bairro
( ) Outro posto de saúde ou unidade
( ) Pronto Socorro ou UPA
( ) Hospital
( ) Não possui referência

5. O (a) senhor (a) considera que a **estrutura** da unidade básica de saúde do seu bairro é **adequada** para as suas necessidades da sua família?
(Disponibilidade - capacidade de alcançar)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

6. O (a) senhor (a) considera que o **horário de funcionamento** da unidade de saúde do seu bairro é adequado para as necessidades de saúde da sua família?
(Disponibilidade - capacidade de alcançar- acesso)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

7. O (a) senhor (a) considera que a **distância** entre sua casa e a unidade de saúde do seu bairro é adequada para as necessidades de saúde da sua família?
(Disponibilidade - capacidade de alcançar - acesso)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

8. Na sua opinião, o (a) senhor (a) considera que os serviços prestados na unidade de saúde são **adequados e organizados** as suas necessidades e de sua família?
(Adequação - capacidade de se envolver)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

9. O (a) senhor (a) considera que os serviços prestados para você e sua família na unidade básica de saúde do seu bairro são **de qualidade**?
(Adequação - capacidade de se envolver)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

10-Na sua opinião, o (a) senhor (a) **é participativo, engajado e envolvido** no processo de cuidado da sua saúde?
(Adequação - capacidade de se envolver)

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo Parcialmente ( ) Não sei/Indiferente
( ) Discordo parcialmente ( ) Discordo totalmente

Fonte: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE IV

Tópicos e questões selecionadas para avaliação da dimensão processo de trabalho

(continua)

Dimensão Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho		
Subdimensão	**Tópico**	**Questão**
Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica e Apoio Institucional	1. Apoio Matricial	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?
	2. Educação Permanente	No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?
	3. Telessaúde	A sua equipe utiliza o Telessaúde?
	4. Território (área descoberta)	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?
	5. Território (acima 3500 pessoas)	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?
	6. Prontuário Eletrônico	As informações de saúde são registradas via prontuário eletrônico?
	7. Planejamento	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações no mínimo a cada 15 dias?
Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	8. Agenda (acesso consultas)	O usuário sai da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja preciso atender no mesmo dia?
	9. Agenda (demanda espontânea)	A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?
Acolhimento à Demanda Espontânea	10. Acolhimento	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?
Oferta de Serviços	11. Oferta coleta de exames	A equipe coleta exames na unidade?
Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	12. Rede (especialistas)	Existe fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada via reuniões técnicas com especialistas da rede?
	13. Rede (prontuário eletrônico)	Existe fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada via prontuário eletrônico?

Tópicos e questões selecionadas para avaliação da dimensão processo de trabalho

(continua)

Dimensão Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho		
Subdimensão	**Tópico**	**Questão**
Saúde da Mulher	14. Rastreamento CA útero	A equipe possui comprovação do registro do número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
	15. Rastreamento CA mama	A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?
	16. Pré Natal (alto risco)	A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?
	17. Pré Natal (penicilina G)	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?
Saúde da Criança	18. Crianças	A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?
Condições Crônicas	19. HAS (risco)	A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?
	20. HAS (encaminhado)	A equipe possui comprovação do registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?
	21. DM (risco)	A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?
	22. DM (encaminhado)	A equipe possui comprovação do registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?
	23. Obesidade	A equipe oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso?
Condições Crônicas (Infectocontagiosas)	24. Tuberculose	A equipe possui comprovação que realiza a notificação de casos de tuberculose na unidade?
	25. Hanseníase	A equipe possui comprovação da existência de ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?

Tópicos e questões selecionadas para avaliação da dimensão processo de trabalho

(conclusão)

Dimensão Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho		
Subdimensão	**Tópico**	**Questão**
Ações de combate e de Atenção às doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti	26. Aedes (Ação ACS)	O ACS realiza ação química para o combate ao vetor?
	27. Aedes (risco)	A equipe identifica as áreas de maior risco de transmissão vetorial no território?
Atenção à pessoa em sofrimento psíquico	28- Saúde Mental	A equipe possui o registro dos usuários em sofrimento psíquico de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	29. Pessoa com deficiência	A equipe possui comprovação do registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços?
	30. Visita Domiciliar	Existe população descoberta de ACS?

Fonte: Elaborado pelo autor.

APÊNDICE V

Análise de correspondência multivariada

1- Análise de correspondência multivariada do eixo 1 nas regiões do Brasil

Coordenandas do centróide			
Eixo 1- Ações de gestão e planejamento do processo de trabalho			
Variável	**Rótulo**	**Dim1**	**Dim2**
Região	**Centro-Oeste**	0,2059	1,2702
Região	**Nordeste**	-0,4559	-0,6341
Região	**Norte**	-0,8782	0,9441
Região	**Sudeste**	0,161	-0,1656
Região	**Sul**	1,1678	0,8401
1.Apoio Matricial	**Sim**	0,0263	-0,0528
1.Apoio Matricial	**Não**	-1,2052	2,4184
2.Educação Permanente	**Sim**	0,0782	-0,1232
2.Educação Permanente	**Não**	-0,6492	1,0236
3.Telessaúde	**Sim**	0,3972	-0,2758
3.Telessaúde	**Não**	-0,4799	0,3333
4.Território (área descoberta)	**Sim**	-0,3207	0,508
4.Território (área descoberta)	**Não**	0,1668	-0,2643
5.Território (acima de 3.500 pessoas)	**Sim**	-0,0685	-0,1747
5.Território (acima de 3.500 pessoas)	**Não**	0,1475	0,376
6.Prontuário eletrônico	**Sim**	0,9506	0,4433
6.Prontuário eletrônico	**Não**	-0,605	-0,2822
7. Planejamento	**Sim**	0,2286	0,0982
7. Planejamento	**Não**	-0,1338	-0,0575
12.Rede (especialistas)	**Sim**	0,4472	-0,3845
12.Rede (especialistas)	**Não**	-0,3168	0,2723
13.Rede (prontuário eletrônico)	**Sim**	1,5347	0,5284
13.Rede (prontuário eletrônico)	**Não**	-0,367	-0,1264
Nota	**< 60%**	-0,4797	0,5206
Nota	**≥ 60%**	0,4093	-0,4442
Inércia		15,68%	10,91%

2- Análise de correspondência multivariada do eixo 2 nas regiões do Brasil

Coordenandas do centróide			
Eixo 2- Organização do processo de trabalho para o acesso em saúde			
Variável	**Rótulo**	**Dim1**	**Dim2**
Região	**Centro-Oeste**	0,3719	1,5119
Região	**Nordeste**	-0,0532	-0,9588
Região	**Norte**	1,3512	-0,1698
Região	**Sudeste**	-0,3847	0,6661
Região	**Sul**	0,0791	0,2836
8.Agenda (acesso consultas)	**Sim**	-0,1029	-0,0259
8.Agenda (acesso consultas)	**Não**	1,3827	0,3483
9Agenda (demanda espontânea)	**Sim**	-0,3656	-0,1148
9.Agenda (demanda espontânea)	**Não**	0,8899	0,2796
10.Acolhimento	**Sim**	-0,3776	-0,0023
10.Acolhimento	**Não**	1,2868	0,0078
11.Oferta Coleta Exames	**Sim**	-0,3086	0,4919
11.Oferta Coleta Exames	**Não**	0,5155	-0,8216
30.Visita Domiciliar	**Sim**	0,3447	0,3157
30.Visita Domiciliar	**Não**	-0,2299	-0,2106
Nota	**< 60%**	0,7613	0,1249
Nota	**≥ 60%**	-0,6496	-0,1066
Inércia		18,94%	11,89%

3- Análise de correspondência multivariada do eixo 3 nas regiões do Brasil

Coordenandas do centróide			
Eixo 3- Atividades preventivas e linhas de cuidado do processo de trabalho			
Variável	**Rótulo**	**Dim1**	**Dim2**
Região	**Centro-Oeste**	0,2353	-0,2625
Região	**Nordeste**	-0,0389	0,9916
Região	**Norte**	0,9147	-0,0144
Região	**Sudeste**	-0,1548	-0,7031
Região	**Sul**	-0,1683	-0,7836
14.Rastreamento CA útero	**Sim**	-0,5013	-0,0152
14.Rastreamento CA útero	**Não**	0,9708	0,0294
15.Rastreamento CA mama	**Sim**	-0,5677	-0,1009
15.Rastreamento CA mama	**Não**	0,9242	0,1642
16.Pré-natal (alto risco)	**Sim**	-0,2717	-0,0146
16.Pré-natal (alto risco)	**Não**	1,159	0,0622
17.Pré-natal (penicilina G)	**Sim**	-0,1452	0,0699
17.Pré-natal (penicilina G)	**Não**	0,4873	-0,2346
18.Crianças	**Sim**	-0,1495	0,0322
18.Crianças	**Não**	1,4436	-0,3111
26.Aedes- ação ACS	**Sim**	-0,1225	1,4603
26.Aedes- ação ACS	**Não**	0,0343	-0,4086
27.Aedes- risco	**Sim**	-0,5703	-0,0019
27.Aedes- risco	**Não**	0,842	0,0028
29.Pessoa com deficiência	**Sim**	-0,6698	-0,0346
29.Pessoa com deficiência	**Não**	0,6332	0,0327
Nota	**< 60%**	0,7147	-0,0875
Nota	**≥ 60%**	-0,6099	0,0747
Inércia		23,39%	9,78%

4- Análise de correspondência multivariada do eixo 4 nas regiões do Brasil

Coordenandas do centróide			
Eixo 4- Processo de trabalho para cuidado de doenças crônicas			
Variável	**Rótulo**	**Dim1**	**Dim2**
Região	**Centro-Oeste**	0,0891	1,4661
Região	**Nordeste**	-0,079	-0,121
Região	**Norte**	0,5703	1,7154
Região	**Sudeste**	-0,0321	-0,7472
Região	**Sul**	-0,0842	0,3378
19. HAS- risco	**Sim**	-0,5477	0,1051
19. HAS- risco	**Não**	1,2398	-0,2379
20. HAS- encaminhado	**Sim**	-0,7048	0,0983
20. HAS- encaminhado	**Não**	1,0212	-0,1425
21. DM- risco	**Sim**	-0,534	0,1147
21. DM- risco	**Não**	1,2551	-0,2697
22. DM- encaminhado	**Sim**	-0,7113	0,1146
22. DM- encaminhado	**Não**	1,0305	-0,166
23.Obesidade	**Sim**	-0,2854	-0,4832
23.Obesidade	**Não**	0,4004	0,6779
28.Saúde Mental	**Sim**	-0,5946	-0,0182
28.Saúde Mental	**Não**	0,8362	0,0256
Nota	**< 60%**	0,597	0,3706
Nota	**≥ 60%**	-0,5094	-0,3162
Inércia		34,07%	10,28%

5- Análise de correspondência multivariada do eixo 5 nas regiões do Brasil

Coordenandas do centróide			
Eixo 5- Processo de trabalho para cuidado de doenças infectocontagiosas			
Variável	**Rótulo**	**Dim1**	**Dim2**
Região	**Centro-Oeste**	-0,4296	1,1977
Região	**Nordeste**	-0,5903	-0,0374
Região	**Norte**	-0,0541	2,3525
Região	**Sudeste**	0,462	-0,659
Região	**Sul**	0,6854	-0,2903
24.Tuberculose	**Sim**	-0,4918	-0,015
24.Tuberculose	**Não**	1,3605	0,0416
25.Hanseniase	**Sim**	-0,6538	0,1219
25.Hanseniase	**Não**	1,1308	-0,2107
Nota	**< 60%**	0,4766	0,7029
Nota	**≥ 60%**	-0,4067	-0,5998
Inércia		26,92%	16,46%

APÊNDICE VI

Resultados da aplicação do questionário de atribuições comuns na AB por categoria profissional

1- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais médicos no município de Ribeirão Preto

(continua)

Médico	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.1				< 0,05
Discordo totalmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25%)	
Indiferente	0 (0%)	5 (62,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	2 (25%)	5 (31,25%)	
Q3.2				0,33
Discordo totalmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Indiferente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	6 (75%)	8 (50%)	
Q3.3				0,55
Discordo totalmente	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	4 (50%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	2 (25%)	5 (31,25%)	
Q3.4				0,99
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	7 (87,5%)	13 (81,25%)	
Q3.5				0,78
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Indiferente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Q3.6				0,62
Concordo parcialmente	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (50%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (50%)	

1- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais médicos no município de Ribeirão Preto

(continua)

Médico	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.7				0,99
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	6 (75%)	12 (75%)	
Q3.8				0,78
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (50%)	
Q3.9				0,71
Indiferente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	5 (62,5%)	12 (75%)	
Q3.10				0,99
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.11				0,31
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (50%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	5 (62,5%)	7 (43,75%)	
Q3.12				0,99
Concordo parcialmente	4 (50%)	5 (62,5%)	9 (56,25%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	3 (37,5%)	7 (43,75%)	
Q3.13				0,99
Discordo totalmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	6 (75%)	12 (75%)	
Q3.14				0,99
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	5 (62,5%)	10 (62,5%)	
Q3.15				0,67
Discordo totalmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	

1- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais médicos no município de Ribeirão Preto

(continua)

Médico	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.16				0,18
Discordo totalmente	5 (62,5%)	1 (12,5%)	6 (37,5%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Q3.17				0,23
Discordo totalmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	4 (50%)	3 (37,5%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (25%)	
Q3.18				0,43
Discordo totalmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	4 (50%)	5 (31,25%)	
Q3.19				0,89
Discordo totalmente	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25%)	
Indiferente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	2 (25%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	4 (50%)	6 (37,5%)	
Q3.20				0,06
Discordo totalmente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	0 (0%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	6 (75%)	10 (62,5%)	
Q3.21				0,40
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Indiferente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	2 (25%)	6 (37,5%)	

1- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais médicos no município de Ribeirão Preto

(conclusão)

Médico	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.22				0,33
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	6 (75%)	9 (56,25%)	
Q3.23				0,99
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	8 (100%)	15 (93,75%)	
Q3.24				0,15
Indiferente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	7 (87,5%)	10 (62,5%)	
Q3.25				0,25
Discordo totalmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	5 (62,5%)	7 (43,75%)	
Q3.26				0,09
Discordo totalmente	3 (37,5%)	0 (0%)	3 (18,75%)	
Discordo parcialmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Indiferente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	4 (50%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	

2- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais enfermeiros no município de Ribeirão Preto

(continua)

Enfermeiro	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.1				0,99
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.2				0,78
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (50%)	
Q3.3				0,05
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	4 (50%)	1 (12,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	7 (87,5%)	9 (56,25%)	
Q3.4				0,99
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	8 (100%)	7 (87,5%)	15 (93,75%)	
Q3.5				0,99
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	4 (50%)	8 (50%)	
Q3.6				0,35
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	7 (87,5%)	11 (68,75%)	
Q3.7				0,99
Concordo parcialmente	2 (25%)	2 (25%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	6 (75%)	12 (75%)	
Q3.8				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.9				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.10				0,61
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	2 (25%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	6 (75%)	10 (62,5%)	

2- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais enfermeiros no município de Ribeirão Preto

(continua)

Enfermeiro	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.11				0,57
Discordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	5 (62,5%)	12 (75%)	
Q3.12				0,99
Concordo parcialmente	4 (50%)	5 (62,5%)	9 (56,25%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	3 (37,5%)	7 (43,75%)	
Q3.13				0,78
Discordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (50%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Q3.14				0,99
Concordo parcialmente	4 (50%)	3 (37,5%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	5 (62,5%)	9 (56,25%)	
Q3.15				0,72
Discordo totalmente	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25%)	
Discordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	2 (25%)	5 (31,25%)	
Q3.16				0,81
Discordo totalmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Discordo parcialmente	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Q3.17				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.18				0,51
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	5 (62,5%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	2 (25%)	6 (37,5%)	
Q3.19				0,34
Discordo totalmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	2 (25%)	5 (62,5%)	7 (43,75%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	1 (12,5%)	5 (31,25%)	

2- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos profissionais enfermeiros no município de Ribeirão Preto

(conclusão)

Enfermeiro	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.20				0,20
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	0 (0%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	4 (50%)	7 (87,5%)	11 (68,75%)	
Q3.21				0,78
Discordo totalmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (43,75%)	
Q3.22				0,57
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	7 (87,5%)	12 (75%)	
Q3.23				0,99
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	8 (100%)	15 (93,75%)	
Q3.24				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.25				0,99
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	6 (75%)	12 (75%)	
Q3.26				0,24
Discordo totalmente	3 (37,5%)	0 (0%)	3 (18,75%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	6 (75%)	9 (56,25%)	

3- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos técnicos de enfermagem no município de Ribeirão Preto

(continua)

Técnico de enfermagem	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.1				0,10
Discordo totalmente	3 (37,5%)	0 (0%)	3 (18,75%)	
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	5 (62,5%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Q3.2				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	6 (75%)	13 (81,25%)	
Q3.3				0,62
Discordo totalmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (43,75%)	
Q3.4				0,20
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	0 (0%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	8 (100%)	13 (81,25%)	
Q3.5				0,07
Discordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	5 (62,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	2 (25%)	8 (50%)	
Q3.6				0,01
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	4 (50%)	0 (0%)	4 (25%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	5 (62,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)	
Q3.7				0,12
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	5 (62,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	3 (37,5%)	10 (62,5%)	
Q3.8				0,47
Concordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	6 (75%)	8 (100%)	14 (87,5%)	
Q3.9				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	8 (100%)	15 (93,75%)	

3- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos técnicos de enfermagem no município de Ribeirão Preto

(continua)

Técnico de enfermagem	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.10				0,37
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Indiferente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	4 (50%)	9 (56,25%)	
Q3.11				0,99
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)	
Q3.12				0,99
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	8 (100%)	7 (87,5%)	15 (93,75%)	
Q3.13				0,08
Discordo totalmente	4 (50%)	1 (12,5%)	5 (31,25%)	
Discordo parcialmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	5 (62,5%)	6 (37,5%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Q3.14				0,99
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo totalmente	8 (100%)	7 (87,5%)	15 (93,75%)	
Q3.15				0,56
Discordo totalmente	4 (50%)	2 (25%)	6 (37,5%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	2 (25%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	2 (25%)	3 (18,75%)	
Q3.16				0,08
Discordo totalmente	6 (75%)	1 (12,5%)	7 (43,75%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (25%)	
Q3.17				0,37
Discordo totalmente	2 (25%)	0 (0%)	2 (12,5%)	
Indiferente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	3 (37,5%)	2 (25%)	5 (31,25%)	

3- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos técnicos de enfermagem no município de Ribeirão Preto

(conclusão)

Técnico de enfermagem	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.18				0,19
Discordo totalmente	4 (50%)	1 (12,5%)	5 (31,25%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	4 (50%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	2 (25%)	4 (25%)	
Q3.19				0,08
Discordo totalmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Indiferente	1 (12,5%)	5 (62,5%)	6 (37,5%)	
Concordo parcialmente	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	1 (12,5%)	6 (37,5%)	
Q3.20				0,05
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	4 (50%)	1 (12,5%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	7 (87,5%)	9 (56,25%)	
Q3.21				0,99
Discordo totalmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Discordo parcialmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	3 (37,5%)	5 (31,25%)	
Q3.22				0,13
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	5 (62,5%)	2 (25%)	7 (43,75%)	
Concordo totalmente	2 (25%)	6 (75%)	8 (50%)	
Q3.23				0,47
Concordo parcialmente	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)	
Concordo totalmente	8 (100%)	6 (75%)	14 (87,5%)	
Q3.24				0,99
Indiferente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	2 (25%)	4 (25%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	6 (75%)	11 (68,75%)	
Q3.25				0,57
Discordo totalmente	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)	
Concordo parcialmente	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (18,75%)	
Concordo totalmente	5 (62,5%)	7 (87,5%)	12 (75%)	
Q3.26				0,05
Discordo totalmente	4 (50%)	0 (0%)	4 (25%)	
Indiferente	0 (0%)	3 (37,5%)	3 (18,75%)	
Concordo parcialmente	3 (37,5%)	2 (25%)	5 (31,25%)	
Concordo totalmente	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (25%)	

4- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos agentes comunitários de saúde no município de Ribeirão Preto

(continua)

ACS	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.1				0,47
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	8 (100%)	14 (93,33%)	
Q3.2				0,99
Concordo parcialmente	3 (42,86%)	4 (50%)	7 (46,67%)	
Concordo totalmente	4 (57,14%)	4 (50%)	8 (53,33%)	
Q3.3				0,47
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	8 (100%)	14 (93,33%)	
Q3.4				0,47
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	8 (100%)	14 (93,33%)	
Q3.5				0,99
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	2 (25%)	3 (20%)	
Concordo parcialmente	2 (28,57%)	3 (37,5%)	5 (33,33%)	
Concordo totalmente	4 (57,14%)	3 (37,5%)	7 (46,67%)	
Q3.6				0,28
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	4 (50%)	5 (33,33%)	
Concordo totalmente	5 (71,43%)	4 (50%)	9 (60%)	
Q3.7				0,28
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	4 (50%)	5 (33,33%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	4 (50%)	10 (66,67%)	
Q3.8				0,99
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	2 (28,57%)	3 (37,5%)	5 (33,33%)	
Concordo totalmente	4 (57,14%)	4 (50%)	8 (53,33%)	
Q3.9				0,47
Indiferente	0 (0%)	2 (25%)	2 (13,33%)	
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	6 (75%)	12 (80%)	
Q3.10				0,47
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	8 (100%)	14 (93,33%)	
Q3.11				0,20
Concordo parcialmente	2 (28,57%)	0 (0%)	2 (13,33%)	
Concordo totalmente	5 (71,43%)	8 (100%)	13 (86,67%)	

4- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos agentes comunitários de saúde no município de Ribeirão Preto

(continua)

ACS	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.12				0,61
Concordo parcialmente	5 (71,43%)	4 (50%)	9 (60%)	
Concordo totalmente	2 (28,57%)	4 (50%)	6 (40%)	
Q3.13				0,81
Discordo totalmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Indiferente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	3 (42,86%)	3 (37,5%)	6 (40%)	
Concordo totalmente	2 (28,57%)	4 (50%)	6 (40%)	
Q3.14				0,31
Concordo parcialmente	2 (28,57%)	5 (62,5%)	7 (46,67%)	
Concordo totalmente	5 (71,43%)	3 (37,5%)	8 (53,33%)	
Q3.15				0,50
Discordo totalmente	1 (14,29%)	3 (37,5%)	4 (26,67%)	
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	1 (12,5%)	2 (13,33%)	
Indiferente	0 (0%)	2 (25%)	2 (13,33%)	
Concordo parcialmente	3 (42,86%)	1 (12,5%)	4 (26,67%)	
Concordo totalmente	2 (28,57%)	1 (12,5%)	3 (20%)	
Q3.16				0,20
Discordo totalmente	1 (14,29%)	5 (62,5%)	6 (40%)	
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	4 (57,14%)	2 (25%)	6 (40%)	
Concordo totalmente	1 (14,29%)	1 (12,5%)	2 (13,33%)	
Q3.17				0,47
Indiferente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	2 (25%)	2 (13,33%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	6 (75%)	12 (80%)	
Q3.18				0,99
Indiferente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	3 (42,86%)	4 (50%)	7 (46,67%)	
Concordo totalmente	4 (57,14%)	3 (37,5%)	7 (46,67%)	
Q3.19				0,26
Discordo totalmente	2 (28,57%)	2 (25%)	4 (26,67%)	
Discordo parcialmente	3 (42,86%)	0 (0%)	3 (20%)	
Indiferente	1 (14,29%)	4 (50%)	5 (33,33%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	1 (14,29%)	1 (12,5%)	2 (13,33%)	

4- Questionário de atribuições comuns da atenção básica aplicado aos agentes comunitários de saúde no município de Ribeirão Preto

(conclusão)

ACS	Desempenho processo trabalho acima de 70%		Total	Valor p
	NÃO	SIM		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Q3.20				0,47
Discordo totalmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	0 (0%)	2 (25%)	2 (13,33%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	5 (62,5%)	11 (73,33%)	
Q3.21				0,61
Discordo totalmente	1 (14,29%)	1 (12,5%)	2 (13,33%)	
Discordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	4 (50%)	5 (33,33%)	
Concordo totalmente	4 (57,14%)	3 (37,5%)	7 (46,67%)	
Q3.22				0,20
Concordo parcialmente	2 (28,57%)	0 (0%)	2 (13,33%)	
Concordo totalmente	5 (71,43%)	8 (100%)	13 (86,67%)	
Q3.23				0,99
Concordo parcialmente	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	7 (100%)	7 (87,5%)	14 (93,33%)	
Q3.24				0,28
Concordo parcialmente	3 (42,86%)	1 (12,5%)	4 (26,67%)	
Concordo totalmente	4 (57,14%)	7 (87,5%)	11 (73,33%)	
Q3.25				0,47
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	8 (100%)	14 (93,33%)	
Q3.26				0,47
Concordo parcialmente	1 (14,29%)	0 (0%)	1 (6,67%)	
Concordo totalmente	6 (85,71%)	8 (100%)	14 (93,33%)	