**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

MARAIZA ALVES FREITAS

**Arranjos organizativos da atenção primária nas regiões de
saúde de um Departamento Regional de Saúde**

RIBEIRÃO PRETO

2017

MARAIZA ALVES FREITAS

**Arranjos organizativos da atenção primária nas regiões de
saúde de um Departamento Regional de 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))

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria do Carmo Gullaci
Guimarães Caccia Bava

RIBEIRÃO PRETO

2017

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.

Catálogo na Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Freitas, Maraiza Alves

Arranjos organizativos da atenção primária nas regiões de saúde de um Departamento Regional de Saúde. Ribeirão Preto, 2017.
435 f. :il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade.

Orientadora: Caccia-Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães.

Versão Corrigida

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Arranjos organizativos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FREITAS, Maraiza Alves

Título: Arranjos organizativos da atenção primária nas regiões de saúde de um Departamento Regional de Saúde.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade. **Orientadora:** Prof. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Mariza e Joaquim, pelos ensinamentos mais importantes de toda a minha vida, por me apoiarem sempre, dando-me liberdade para seguir o meu caminho e por terem sido meus melhores modelos de resiliência e determinação.

Às minhas irmã, Iara e Janine, que sempre me apoiaram e me levantaram nos momentos difíceis, me encorajando em todo o processo de pesquisa.

Ao meu pequeno afilhado e sobrinho, Joaquim, por demonstrar diariamente a forma mais pura e verdadeira de amor, por ser alegria e entusiasmo em nossas vidas.

Aos profissionais de saúde que atuam na assistência, na gestão e na docência no âmbito da Atenção Primária à Saúde e que juntos lutam pela consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS universal, capaz de atender a população brasileira de forma integral e intersetorial, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por me guiar, proteger, abençoar e fortalecer a cada dia desta caminhada. Por ter me revestido de fé e amor para entrar, permanecer e finalizar o mestrado.

A minha família: meus pais, pela dedicação e paciência inabaláveis, aliadas às lições de virtuosidade e honestidade, essenciais em meu processo de formação pessoal; minhas irmãs, pelas inquietantes opiniões, companheirismo e sinceridade, ao meu sobrinho e afilhado por não permitir o desânimo e por ser naturalmente fonte de inspiração.

A Profa. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava muito mais que orientadora, apoiadora e incansável defensora do SUS e do fortalecimento de todo o sistema de saúde. Obrigada pelas valiosas contribuições, atenção e por cada minuto do seu tão valioso tempo, sobretudo, por sua competência e comprometimento na condução, no desenvolvimento e na materialização deste trabalho. Agradeço ainda por acreditar em mim, por respeitar meus limites e incentivar o meu desenvolvimento acadêmico, pelas orientações precisas e ensinamentos imprescindíveis, por está presente para orientações rotineiras e tão agradáveis que nem víamos o tempo passar, meus sinceros agradecimentos Carmo.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto pela disponibilidade e apoio, pelo incentivo e ensinamentos, por me ouvir e me acalmar não somente com relação ao desenvolvimento da pesquisa, mas também sobre minha vida. Agradeço pela oportunidade de receber os seus direcionamento e pelos bons conselhos dados ao longo destes anos.

Agradeço aos estimados professores que participaram da banca examinadora da qualificação, Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez, Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira e a Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, pelas sugestões oportunas e que se reverberam no produto final desta dissertação.

Sou grata ao Programa de Pós - Graduação em Saúde na Comunidade, a todos os servidores que, por diversas vezes, me auxiliaram com gentileza; aos docentes do Programa que tanto acrescentaram a minha formação e, pelas orientações no decorrer do meu estudo, pela delicadeza na abordagem e discussão, de modo especial ao coordenador do Programa Prof. Dr. Fernando Bellíssimo Rodrigues pelo respeito e atenção dispensada aos pós-graduandos.

Agradeço ao Prof. Dr. Augustus Tadeu Relo de Mattos, a pós-graduanda de Doutorado Lucila Brandão Hirooka, ambos atuantes em serviços de Atenção Primária à Saúde, por contribuírem com a seleção das variáveis deste estudo.

A pós-doutoranda Daiane Roza pelas orientações perspicazes no que se refere ao método do estudo e aspectos da estatística espacial, e por sua atenção e paciência diante de minhas dúvidas.

As amigas e companheiras de turma, Nayara, Bruna, Haline, Samara e todos os colegas, pela oportunidade de tê-los conhecido e pelos agradáveis momentos compartilhados durante as aulas, e principalmente o apoio e incentivo ao longo destes anos e claro pelos nossos preciosos momentos de descontração.

Sou grata a Profa. Dra. Sônia Mara Neves Ferri que em 2012 convidou-me para trabalhar junto a equipes de atenção primária à saúde e com isso tive a experiência e primeiro contato com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

A Profa. Dra. Julieta Ueta pela amizade, pela oportunidade de convívio em diferentes contextos, por compartilhar sua sabedoria de vida a cada encontro e por incentivar seus alunos a atuarem de forma integral e interdisciplinar.

Agradeço aos docentes da disciplina Gestão da Atenção Básica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, que ao menos duas vezes ao ano estimulam o desenvolvimento de minhas habilidades docentes ao me convidar para compartilhar experiências sobre a Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar, junto a estudantes do quarto ano da graduação em Enfermagem.

Aos gestores da CASSI da unidade São Paulo e a equipe da CliniCASSI Ribeirão Preto, em especial a Mário Jorge, Paulo Rogério, Sandra que desde o início identificaram no mestrado uma excelente oportunidade para aprofundar conhecimentos e colocá-los em prática a fim de fortalecer a Atenção Primária à Saúde no contexto da CliniCASSI. Agradeço de modo especial a Fábria Padovezi, embora não esteja mais na equipe, sempre valorizou a busca pelo conhecimento e o compartilhamento de saberes.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me acompanharam nessa conquista pessoal e profissional, deixo o meu eterno agradecimento.

“Os enigmas do universo só lentamente se revelam à nossa investigação. Existem questões às quais o homem, atualmente, não pode nos dar respostas, mas, o trabalho científico constitui o único caminho que pode nos levar a um verdadeiro conhecimento da realidade externa a nós.

Não posso imaginar que uma vida sem trabalho seja capaz de trazer qualquer espécie de conforto. A imaginação criadora e o trabalho para mim andam de mãos dadas; não retiro prazer de nenhuma outra coisa.”

Sigmund Freud.

RESUMO

FREITAS, M. A. Arranjos organizativos da atenção primária nas regiões de saúde de um Departamento Regional de Saúde. 2017. 435 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia fundamental para a mudança do modelo assistencial, bem como para a estruturação de redes de atenção que garantam a integralidade e o acesso às ações e serviços de saúde. Considerando a extensão territorial do Brasil e as distintas configurações dos serviços de atenção primária quanto a estrutura, serviços disponíveis e processo de trabalho, este estudo pretende identificar sob a perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) as diferentes organizações dos serviços de APS. Objetivo: Analisar os arranjos organizativos da atenção primária à saúde. Materiais e Método: Trata-se de estudo ecológico exploratório, as unidades de análise foram vinte e dois municípios do Departamento Regional de Saúde XIII, inscritos no segundo ciclo do PMAQ-AB. Os municípios foram analisados por região de saúde: Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras e arranjos organizativos. Foram analisados os resultados da avaliação externa de 110 unidades de APS, sendo que 36 destas contavam com consultório de Saúde Bucal, 93 equipes de APS, 40 equipes de Saúde Bucal e 375 usuários. Resultados: Foram identificados oito tipos de arranjos organizativos: UBS-ESF, UBS-ESB, UBS-ESF-ESB, Posto-ESF, Posto-ESB, Policlínica-ESB, Outros-ESF e Outros-ESB. Na região Horizonte Verde identificam-se quatro tipos de arranjos, na região Aquífero Guarani seis tipos, e cinco arranjos distintos na região Vale das Cachoeiras. Verifica-se que em sua maioria as equipes se organizam sob a perspectiva do modelo da Estratégia de Saúde da Família nas três regiões de saúde analisadas. A disponibilidade de materiais, equipamentos, a estrutura da unidade de atenção primária e aspectos do processo de trabalho diferenciam-se discretamente entre os arranjos. Cada região de saúde parece exercer influência na organização dos seus serviços, determinando similaridades entre os diferentes arranjos quando as unidades de saúde são de uma mesma região. A organização dos serviços de atenção primária quanto a estrutura e processo de trabalho deve ser norteadas pelas necessidades da população assistida, portanto é relevante investimentos em estrutura física, materiais, equipamentos e formação de profissionais para atuarem na APS, sob a premissa do fortalecimento de todo sistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde. Arranjos organizativos.

ABSTRACT

FREITAS, M. A. **Organizational arrangements of primary care in health regions of a Regional Health Department.** 2017. 435 f. Dissertation (Master in Community Health) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The strengthening of Primary Health Care (PHC) is a fundamental strategy for changing the care model, as well as structuring care networks that guarantee integrity and access to health services and actions. Considering the territorial extension of Brazil and the different configurations of the primary care services regarding structure, available services and work process, this study intends to identify from the perspective of the “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ-AB) different organizations of the PHC services. Objective: To analyze the organizational arrangements of primary health care. Materials and Methods: This is an exploratory ecological study, the units of analysis were twenty-two municipalities of the Regional Health Department XIII, enrolled in the second cycle of PMAQ-AB. The municipalities were analyzed by health region: Horizonte Verde, Aquífero Guarano and Vale das Cachoeiras and organizational arrangements. The results of the external evaluation of 110 units of PHC were analyzed, of which 36 had a Oral Health clinic, 93 PHC teams, 40 Oral Health teams and 375 users. Results: Eight types of organizational arrangements were identified: UBS-ESF, UBS-ESB, UBS-ESF-ESB, Posto-ESF, Posto-ESB, Polyclinic-ESB, Other-ESF and Other-ESB. In the Horizonte Verde region four types of arrangements are identified, in the region of Aquífero Guarani six types, and five distinct arrangements in the Vale das Cachoeiras region. It is verified that the majority of the teams are organized under the perspective of the Family Health Strategy model in the three health regions analyzed. The availability of materials, equipment, the structure of the primary care unit and aspects of the work process differ discretely between the arrangements. Each health region seems to exert influence in the organization of its services, determining similarities between the different arrangements when the health units are from the same region. The organization of primary care services regarding the structure and work process should be guided by the needs of the assisted population, so it is important to invest in physical structure, materials, equipment and training of professionals to work in PHC, under the premise of strengthening all health system.

Keywords: Primary Health Care. Evaluation of health services. Organizational arrangements.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 –	Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde, 2012	124
Mapa 2 –	Municípios por Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde XIII, 2017	125
Mapa 3 –	Estratificação dos Municípios do Departamento Regional de Saúde XIII, segundo PMAQ-AB, 2015	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Municípios do DRS XIII inscritos no Ciclo II do PMAQ-AB por Região de Saúde, – Outubro 2013, com as respectivas populações residentes e estimadas dos municípios, IBGE 2010 e 2016	127
Quadro 2 –	Municípios do DRS XIII que aderiram ao PMAQ-AB ciclo II, por região de saúde e indicadores de estratificação, 2008 e 2010	131
Quadro 3 –	Estratos e critérios de estratificação de municípios que aderiram ao PMAQ Ciclo II, 2013	132
Quadro 4 –	Composição do instrumento PMAQ-AB Ciclo II, por módulo, número de padrões de qualidade existentes e selecionados	135
Quadro 5 –	Subdimensões, quantidades de variáveis selecionadas e componentes definidos para a análise dos dados do PMAQ-AB Ciclo II	136
Quadro 6 –	Número de equipes de atenção primária por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	144
Quadro 7 –	Frequência de equipes de atenção primária por modalidade, nos três arranjos com maior concentração de equipes	145
Quadro 8 –	Quantidade de equipes de saúde bucal por modalidade e arranjo organizativo da APS	148
Quadro 9 –	Número de equipes de saúde da família em que atua cada equipe de saúde bucal, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	187
Quadro 10 –	Quantidade de impressoras em condições de uso e unidades avaliadas por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	280

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Modalidade das equipes de atenção básica no Departamento Regional de Saúde XIII, 2014	147
Gráfico 2 –	Turnos de atendimento das unidades de atenção primária à saúde por região de saúde, DRS XIII, 2014	150
Gráfico 3 –	Sistema de informação utilizado pelas equipes de atenção básica, por região de saúde, DRS XIII, 2014	188
Gráfico 4 –	Percentual de usuários que passaram por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal	244
Gráfico 5 –	Percentual de usuários acolhidos em demanda espontânea para atendimento odontológico em unidades de atenção básica por região de saúde	245
Gráfico 6 –	Percentual de unidades de atenção primária que recebem estudantes, professores e/ou pesquisadores	258
Gráfico 7 –	Percentual de unidades de atenção básica que realizam a dispensação de medicamentos por região de saúde do DRS XIII, 2014	290

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Percentual de unidades de atenção primária em funcionamento no horário das 12h às 14h, por região de saúde e arranjo organizativo	152
Tabela 2 -	Percentual de unidades de atenção primária que oferecem os serviços de consulta odontológica, vacinação, dispensação de medicamentos e outros, por região de saúde e arranjo organizativo	153
Tabela 3 –	Frequência do retorno da avaliação realizada pelos especialistas a usuários encaminhados pelas equipes de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	159
Tabela 4 –	Frequência do com que as equipes de saúde bucal entram em contato com especialista, por tipo de arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	161
Tabela 5 –	Fluxo institucional de comunicação da equipe de saúde bucal com especialistas , por região de saúde do DRS XIII, 2014	162
Tabela 6 –	Formação e qualificação do profissional de saúde bucal entrevistado por região de saúde do DRS XIII, 2014	168
Tabela 7 –	Formação e qualificação do profissional de atenção primária entrevistado por região de saúde do DRS XIII, 2014	169
Tabela 8 –	Tipo de formação e qualificação do profissional de saúde bucal entrevistado por região de saúde do DRS XIII, 2014	170
Tabela 9 –	Agente contratante dos profissionais entrevistados nas unidades de atenção básica por região de saúde do DRS XIII, 2014	172
Tabela 10 –	Tipo de vínculo empregatício dos profissionais entrevistados nas unidades de atenção primária por tipo de arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	174
Tabela 11 –	Apoio recebido para planejamento e organização do processo de trabalho, por arranjos organizativos da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	180
Tabela 12 –	Caracterização do planejamento e organização do processo de trabalho de equipes, por arranjos organizativos da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	181
Tabela 13 –	Características da territorialização para atuação de equipes de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	183

Tabela 14 – Realização do último mapeamento da área de abrangência da equipe de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	185
Tabela 15 – Frequência que a equipe atende pessoas fora da sua área de abrangência, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	186
Tabela 16 – Sistema de informação utilizado pela equipe de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	189
Tabela 17 – Caracterização da organização dos prontuários em unidades de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	190
Tabela 18 – Organização do prontuário odontológico em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	192
Tabela 19 – Sistema de informação utilizado pela equipe de saúde bucal em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	193
Tabela 20 – Caracterização do acolhimento em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	195
Tabela 21 – Local de realização do acolhimento em unidades de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	196
Tabela 22 – Tempo que o usuário espera desde a chegada à unidade de atenção primária até a primeira escuta/ acolhimento, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	198
Tabela 23 – Avaliação de risco e capacitação da equipe para realizar o acolhimento, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	199
Tabela 24 – Características quanto ao agendamento de consultas em serviços de atenção primária, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	201
Tabela 25 – Realização do agendamento de consultas em serviços de atenção primária, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	202
Tabela 26 – Características da organização da agenda em unidades de atenção básica à saúde, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	204

Tabela 27 – Renovação de receitas pela equipe de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	206
Tabela 28 – Organização da agenda da equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014	207
Tabela 29 – Características do agendamento com a equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014	208
Tabela 30 – Agendamento de consulta com a equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014	209
Tabela 31 – Profissionais que realizam o exame citopatológico em unidades atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	213
Tabela 32 – Caracterização das ações realizadas pela equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014	214
Tabela 33 – Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014	216
Tabela 34 – Atividades de promoção incentivadas e desenvolvidas pelas equipes, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	219
Tabela 35 – Registro e acompanhamento das famílias cadastradas no programa Bolsa-Família, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	221
Tabela 36 – Organização de visitas domiciliares e cuidados realizados no domicílio, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	223
Tabela 37 – Visita domiciliar realizada pelas equipes de saúde bucal, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	224
Tabela 38 – Ações desenvolvidas em visita domiciliar pela equipe de saúde bucal, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	225
Tabela 39 – Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e interação com equipes de atenção primária, por arranjo	226

organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Tabela 40 –	Caracterização da atuação do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	227
Tabela 41 –	Interação da equipe do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família com as equipes de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	228
Tabela 42 –	Notas atribuídas a equipe NASF, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	229
Tabela 43 –	Equipes que realizam reunião, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	230
Tabela 44 –	Participação das equipes de saúde bucal em reuniões da equipe de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	231
Tabela 45 –	Apoio matricial à equipe de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	233
Tabela 46 –	Acesso dos usuários para comunicação (reclamações ou sugestões) nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	241
Tabela 47 –	Conhecimento dos usuários quanto a existência de telefone da ouvidoria do município, do Estado ou do Ministério da Saúde nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	242
Tabela 48 –	Espaço de participação popular nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	243
Tabela 49 –	Tempo médio de espera para atendimento de saúde bucal quando o usuário não está agendado nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	246
Tabela 50 –	Realização de contato pelo profissional de saúde quando o usuário interrompe o tratamento ou falta em consulta odontológica nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	247
Tabela 51 –	Caracterização do apoio institucional recebidos pelas equipes de atenção primária, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	250
Tabela 52 –	Frequência de equipe de saúde bucal que recebe apoio institucional, por tipo de arranjo organizativo em regiões de	251

saúde do DRS XIII, 2014

Tabela 53 – Atividades realizadas pelo apoiador institucional junto a equipes de saúde bucal, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	252
Tabela 54 – Contemplação das demandas e necessidades da equipe a partir de educação permanente, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	257
Tabela 55 – Frequência com que unidades de APS recebem estudantes e professores, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	260
Tabela 56 – Monitoramento de indicadores e apoio da gestão a equipes de atenção primária e saúde bucal, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	264
Tabela 57 – Frequência de equipes que participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB e incorporação de resultados no processo de trabalho, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	266
Tabela 58 – Frequência de equipes que realizaram a autoavaliação e instrumento utilizado, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	268
Tabela 59 – Acessibilidade nas unidades de saúde, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	271
Tabela 60 – Disponibilidade de veículo nas unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	272
Tabela 61 – Características estruturais de farmácias em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	275
Tabela 62 – Características estruturais e ambiência das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	277
Tabela 63 – Características estruturais e ambiência do consultório odontológico por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	278
Tabela 64 – Disponibilidade de computadores em farmácias de unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	281
Tabela 65 – Uso compartilhado de equipamento por equipes de saúde	284

bucal, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Tabela 66 –	Oferta de vacinação nas unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	287
Tabela 67 –	Testes diagnósticos disponíveis nas unidades de atenção primária por tipo de arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	289
Tabela 68 –	Característica da dispensação dos medicamentos nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	291
Tabela 69 –	Profissionais que realizam a dispensação dos medicamentos nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	292
Tabela 70 –	Acesso ao sistema de informação do pré-natal e consulta de puerpério realizados pela equipe de atenção primária, bucal por tipo de arranjo organizativo em região de saúde do DRS XIII, 2014	296
Tabela 71 –	Ações realizadas pelas equipes de atenção primária para garantir consulta de puerpério, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	297
Tabela 72 –	Ações de monitoramento de gestante no pós-parto, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	298
Tabela 73 –	Informações registradas sobre o acompanhamento da criança desde o nascimento até os dois anos de vida, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	300
Tabela 74 –	Frequência de equipes que realizam ações de vigilância alimentar, amamentação e alimentação complementar para criança desde o nascimento até os dois anos de vida, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	301
Tabela 75 –	Atenção à pessoa com Tuberculose por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	304
Tabela 76 –	Acompanhamento de usuários com diagnóstico de hanseníase unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	306
Tabela 77 –	Atendimento de usuários em sofrimento psíquico em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	308

Tabela 78 – Caracterização do atendimento aos usuários em sofrimento psíquico, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	310
Tabela 79 – Registro do número de usuários com deficiência, por arranjo organizativo da atenção primária, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	312
Tabela 80 – Desenvolvimento de ações com população rural, assentados, quilombolas e indígenas por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	314
Tabela 81 – Características do atendimento à população rural, assentados, quilombolas e indígenas por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	315
Tabela 82 – Atendimento a tabagistas em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014	317
Tabela 83 – Monitoramento e prevenção do câncer de boca pelas equipes de saúde bucal, por tipo de arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	319
Tabela 84 – Equipes que realizam atividades na escola, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014	322
Tabela 85 – Encaminhamentos realizados para os escolares pelas equipes de APS, por tipo de arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	326
Tabela 86 – Frequência de equipes de saúde bucal que atuam em escolas, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014	327

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AG	Aquífero Guarani
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica

DML	Depósito de Materiais de Limpeza
DRS	Departamento Regional de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EAP	Equipe de Atenção Primária
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema de Informação do SUS
EUA	Estados Unidos da América
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
HV	Horizonte Verde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Planejamento Econômico e Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB	Produto Interno Bruto
PIDA	Programa de Integração Docente Assistencial
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRECAD	Programa de Prevenção a Cárie Dentária
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRO-ADESS	Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PBF	Programa Bolsa Família
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALI-AB	Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RG	Relatório de Gestão
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SB	Saúde Bucal
SEGES	Secretaria de Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SGDAB	Sistema de Gestão da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNASUS	Universidades Abertas do Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UP	Unidade de Produção
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VC	Vale das Cachoeiras

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	xxvii
1 INTRODUÇÃO	30
1.1. Justificativa	38
2 OBJETIVOS.....	42
2.1 Objetivo Geral.....	43
2.2 Objetivos Específicos.....	43
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	44
3.1 Atenção Primária à Saúde - APS	45
3.2 Atenção Primária à Saúde - a trajetória brasileira	51
3.3 Modelos Assistenciais no contexto da APS.....	58
3.4 Saúde Bucal: contexto histórico no sistema de saúde brasileiro	64
3.5 Arranjos organizativos da APS no Brasil: estudos e perspectivas	72
3.6 Processos organizativos em atenção primária	76
3.7 Singularidades dos arranjos organizativos em atenção primária.....	82
3.8 Atenção Primária à Saúde na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde.....	91
3.9 Gestão da Atenção Primária à Saúde no contexto do SUS.....	95
3.10 Avaliação e Monitoramento da Atenção Primária à Saúde.....	102
4 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	109
5 MATERIAL E MÉTODO.....	122
5.1 Tipo de Estudo.....	123
5.2 Fonte de Dados	123
5.3 Cenário do estudo.....	124
5.4 Unidade de Análise.....	134
5.5 Seleção das variáveis	134
5.6 Análise dos dados.....	136
5.7 Aspectos Éticos	140
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	141
6.1 Subdimensão 1: Implantação e implementação da APS no município	142
6.2 Subdimensão 2: Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde	158
6.3 Subdimensão 3: Gestão do trabalho	167
6.4 Subdimensão 4: Organização do processo de trabalho	178
6.5 Subdimensão 5: Participação, controle social e satisfação do usuário.....	240
6.6 Subdimensão 6: Apoio Institucional	249
6.7 Subdimensão 7: Educação Permanente	254
6.8 Subdimensão 8: Monitoramento e Avaliação	263
6.9 Subdimensão 9: Infraestrutura e Equipamentos	270

6.10 Subdimensão 10: Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos	286
6.11 Subdimensão 11: Atenção Integral à Saúde	294
6.12 Subdimensão 12: Programa Saúde na Escola - PSE.....	320
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	330
8 REFERÊNCIAS.....	335
APÊNDICES	368
ANEXOS	405

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e em outros países do mundo em que sua implantação está em processo de consolidação, tem se constituído em importante tema de investigação. Neste trabalho são analisados os arranjos organizativos da APS a partir da avaliação de estrutura e processos de seus serviços, sob a perspectiva do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O fortalecimento da APS é uma estratégia fundamental para a mudança do modelo assistencial, bem como para a construção de redes de atenção que garantam a integralidade, o acesso às ações e serviços de saúde, que se constituem em redes resolutivas e humanizadas, que trabalhem com instrumentos capazes de coordenar o processo de atenção à saúde e que reconheçam as especificidades de cada território, a realidade histórica das formas de organização e asseguram a melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida da população.

A definição do objeto desta dissertação corresponde a minha inserção profissional em serviços de APS durante a graduação, a atuação como facilitadora em cursos introdutórios para equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e de especialmente a atuação na gestão municipal da APS em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo, realizando apoio institucional e educação permanente junto as equipes de APS, incluindo a que aderiu ao Ciclo I do PMAQ-AB.

A pós-graduação *Lato-Sensu* em Gestão em Saúde fomentou o interesse por estudos avaliativos, bem como a utilização de resultados de avaliação no planejamento em saúde. Além disso, características de âmbito ideológico-conceitual associada à garantia de um sistema de saúde universal, ordenado e coordenado pela APS, com modelo assistencial que contemple integralmente as necessidades de saúde da população, permitindo o acesso equânime a ações e serviços de saúde de qualidade incitaram a elaboração deste estudo. O interesse em analisar os arranjos organizativos da APS emergiu ainda por reconhecer a ampla extensão territorial do Brasil, com municípios heterogêneos que organizaram os serviços de APS sob influências históricas, econômicas, sociais e culturais.

Nesse sentido, essa dissertação está estruturada em sete capítulos: o primeiro refere-se a introdução, com a descrição de aspectos históricos e conceituais no âmbito do sistema de saúde brasileiro, da APS e da definição das redes regionalizadas de atenção à saúde.

No segundo capítulo apresentam-se os objetivos geral e específicos desse estudo.

O terceiro capítulo constitui-se na apresentação do referencial teórico-conceitual sobre atenção primária e seus arranjos organizativos, rede regionalizada de atenção à saúde e APS, gestão da APS e avaliação em saúde com ênfase em avaliações da APS.

No quarto capítulo o cerne é o PMAQ-AB, o qual contempla marcos legais, o desenho do programa, as características do Ciclo I, mudanças no Ciclo II e limitações metodológicas. Sob a pretensão de expor os principais aspectos deste programa ao leitor, contextualizar sua abrangência nacional e fomentar reflexões em torno de suas características e peculiaridades.

No quinto capítulo descrevem-se aspectos referentes ao material e método do estudo, contemplando assim um detalhamento das etapas realizadas: escolha das unidades de análise, seleção das variáveis, definição de subdimensões e seus padrões de qualidade, que fundamentaram a discussão sobre a organização da APS nas regiões de saúde.

No sexto capítulo apresentam-se os resultados e a discussão. Neste capítulo para cada subdimensão do PMAQ-AB apresenta-se os resultados das variáveis de acordo com os respectivos componentes; em sequência há discussão desses resultados em diálogo com as bibliografias relacionadas a cada tema, contemplando ainda os padrões de qualidade de cada subdimensão. Na sequência analisa-se a conformação dos arranjos da APS por região de saúde.

O sétimo capítulo, denominado considerações finais, resumem-se as principais reflexões que emergiram com o estudo sobre os arranjos organizativos da APS nas regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), observando os objetivos desta dissertação. Resgatam-se de forma articulada aspectos centrais explorados entre os capítulos, ademais, as reflexões apresentadas são provocadoras, no sentido de incitar o desenvolvimento de outros estudos.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde¹ (APS) tem se estabelecido como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de reorientar as práticas assistenciais, considerada desde um nível de atenção, ou, seja, o primeiro contato da população com os serviços de saúde, até como parte integral de todos os aspectos sociais e do desenvolvimento econômico, com orientação para a base comunitária da saúde e para a participação intersetorial (MONTROYA-AGUILAR, 1981).

O advento do SUS e o início do processo de descentralização e municipalização proporcionaram importante expansão da APS e nesta perspectiva, no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido implantada com o propósito de contemplar os atributos da APS: primeiro contato ou porta de entrada, longitudinalidade, abrangência ou integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. O fortalecimento da APS, considerando sua potência para ordenar o sistema e coordenar a produção do cuidado, requer entre outros aspectos, a definição de estratégias de monitoramento e avaliação, com o intuito de contribuir com o planejamento da gestão nas esferas locais, regionais, estaduais e nacional, além de melhorar a qualidade da atenção ofertada à população.

O sistema de saúde brasileiro, conforme definem Ferla et al. (2006), está em processo de implementação de toda estrutura ética, política e operacional prevista na Constituição de 1988. Embora haja avanços em todo território nacional, há ainda limitações na produção de tecnologias de corresponsabilidade institucional entre as três esferas de governo (municipal, estadual e união) com dificuldades em inserir a participação social de forma mais efetiva nos processos de saúde.

No contexto da descentralização, a definição de uma rede de atenção regionalizada e de qualidade, organizada a partir da APS, visto o modelo federativo

¹ Na política do Sistema Único de Saúde – SUS, a denominação adotada é Atenção Básica à Saúde (ABS) que se pauta nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). A denominação ABS ultrapassa seu sentido semântico, pois visa “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção” (BRASIL, 2003a p.7). Neste trabalho iremos adotar como sinônimos os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica (AB).

brasileiro, depende da cooperação entre as esferas de gestão, que estão conformadas em uma conjunção tripartite complexa capaz de unir a interdependência e a autonomia dos três entes (ABRUCIO, 2005; LIMA, 2012).

O objeto da presente dissertação volta-se para os diferentes arranjos organizativos da APS, valendo-se de avaliação externa realizada pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no seu segundo ciclo de avaliação, ocorrido nos anos de 2013 e 2014, com entrevistas de profissionais das equipes e dos usuários desses serviços, bem como avaliação da estrutura assistencial.

Para atender às diferentes necessidades de saúde da população e as particularidades dos territórios, os arranjos organizativos dos serviços de saúde no Brasil assumem características heterogêneas, no entanto é necessário garantir a integralidade da atenção a partir da organização dos serviços em redes regionalizadas (LIMA, 2016).

A análise dos arranjos organizativos no presente estudo deu-se segundo Regiões de Saúde, que se caracterizam como um espaço geográfico contínuo, compostas por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação, bem como a infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

As Regiões de Saúde contam com municípios de diferentes portes e densidades tecnológicas, trazendo a perspectiva de que, nesse conjunto haja a possibilidade de se oferecer uma atenção integral aos usuários do sistema de saúde. Entretanto, a despeito da importância dessa diversidade tecnológica, adota-se a premissa de que a base dessas redes de atenção deva ser a APS, que na perspectiva brasileira, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011b, p. 19) caracteriza-se

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada

complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Essa definição evidencia a importância da APS no SUS, já que sua organização favorece a ampliação do acesso e a cobertura universal, sob a perspectiva da integralidade, permitindo a integração das áreas de ações programáticas e demanda espontânea e articulando ações como as de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (TANAKA, 2011).

A APS quando organizada sob a lógica de seus atributos, proporciona um impacto positivo na saúde da população, como por exemplo, maior e melhor acesso aos serviços necessários; qualidade do atendimento; um maior enfoque na prevenção; tratamento precoce de problemas de saúde; o efeito cumulativo das principais características de prestação de cuidados primários e o papel da atenção primária na redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais (STARFIELD et al., 2005).

A APS no contexto do Estado de São Paulo tem um histórico marcado por reestruturações. Segundo Nemes (1990) e Mendes-Gonçalves (1994) na década de 1970 a Secretaria de Estado da Saúde (SES) elaborou um modelo de organização das ações baseada na Programação em Saúde e na estruturação de uma ampla rede de Centros de Saúde (CS). Na década seguinte, esse modelo já não correspondia às demandas por atenção médica individual. Foi neste cenário que, a partir da década de 90, iniciou-se a municipalização da APS no estado, processo que incorporou esta rede de Centros de Saúde que se agregaram a uma rede municipal de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em expansão, principalmente em municípios de grande porte.

As modificações na estrutura e organização da APS que ocorreram com a descentralização e a municipalização, e com a expansão da ESF enquanto estratégia estruturante e reorganizadora da APS, com repercussões orientadas para todo o sistema, caracterizam os principais aspectos dessa estratégia de acordo com Ibañez et al. (2006), compreendidos como integralidade e coordenação de serviços pelas unidades de APS. O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001a) reforça os

aspectos de reorientação da APS para a prática assistencial e reconhece o seu papel como centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS em suas regiões.

Starfield et al. (2005) ao estudarem o impacto da APS na redução das iniquidades em saúde, apontaram que maiores taxas de médicos de APS por população estão associados a impactos positivos mais intensos na saúde da população de áreas socialmente desfavorecidas, contribuindo para a equidade. Além disso, com exceção das áreas metropolitanas, Atun (2004) evidenciou menor disparidade de cuidados em saúde com base na APS, a partir da análise do recebimento de serviços de APS pela população.

No Brasil, a ESF como reorganizadora da APS, na perspectiva de mudança do modelo assistencial, tem possibilitado colocar em prática os princípios éticos e operacionais que norteiam o SUS: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito social e humanização do atendimento (BRASIL, 1998).

Para Pereira (2008) o novo modelo de atenção proposto pela ESF e a estruturação das práticas de saúde com foco na família requerem que a saúde seja compreendida como um direito de cidadania e a família e seu espaço social como foco da atenção em saúde. Além disso, é demandada a democratização do conhecimento relativo ao processo saúde-doença, a organização dos serviços de saúde e da produção de saúde; o desenvolvimento de intervenções considerando os fatores de risco a que a população está exposta; pela concepção da prestação de cuidado integral, contínuo e de qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital.

A expansão da ESF no Brasil a fim de fortalecer e operacionalizar os princípios da APS intensificou-se, gradativamente. Nesta perspectiva, têm sido apresentadas propostas para a constituição de uma rede de APS como mecanismo que viabilize o acesso, garantindo ainda o atendimento em todos os pontos da rede de assistência à saúde, favorecendo com isso resultados satisfatórios sobre a melhoria da saúde da população.

A construção de uma rede de atenção primária resolutiva e humanizada, que utilize instrumentos capazes de coordenar o processo de atenção à saúde requer do gestor municipal a apropriação de mecanismos de gestão que

contemplem, entre outros, a avaliação das ações e serviços de saúde, a fim de que seu planejamento seja fundamentado em um diagnóstico situacional fidedigno à realidade sócio-sanitária.

A compreensão da APS como área de políticas, práticas e investigação tem sido enfatizada em nível internacional através de diretrizes políticas, documentos e publicações científicas, que demonstram impactos relativamente maiores de Sistemas de Saúde que tenham sua estrutura organizada a partir da APS (WHO, 2008; STARFIELD; SHI, 2002). No Brasil, a introdução de mecanismos de avaliação que subsidiem decisões acerca das políticas de saúde locais no processo de melhoria da qualidade dos serviços vem ganhando destaque (BRASIL, 2005a, 2011b).

As definições de avaliação encontradas na literatura são numerosas. Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) consideram que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Donabedian (1966), ao abordar a avaliação em serviços de saúde, estabelece três componentes principais: a estrutura, o processo e o resultado. No âmbito da estrutura avaliam-se os recursos materiais, humanos e organizacionais. Com relação aos processos avaliam-se como os profissionais estão produzindo as ações de saúde, quais conhecimentos e tecnologias estão sendo incorporadas nas relações entre profissionais e usuários. O componente resultado refere-se aos produtos das ações e as mudanças no estado de saúde e a satisfação das necessidades de indivíduos, famílias e grupos que são assistidos.

Para Tanaka e Melo (2004, p.10) a *“avaliação nos serviços de saúde é ou deve vir a ser um procedimento habitual e cotidiano na gestão”*, contemplando a articulação de ações técnicas e administrativas. Estes autores consideram ainda que a avaliação seja um campo de aplicação de diferentes áreas do conhecimento e constitui em instrumento de trabalho a ser incorporado por trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

As ações de avaliação em saúde e monitoramento da APS estão sendo desenvolvidas desde 1998 pelo MS em parceria com as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e instituições de pesquisa.

Camargo Junior (2006), ao abordar os aspectos metodológicos na avaliação em APS ressalta a importância da análise do contexto de implementação da estratégia de monitoramento e avaliação, acompanhando assim as características do arranjo institucional e da política municipal de saúde, partindo da premissa de que tais características definem um conjunto de possibilidades e de limites para os resultados a respeito da consolidação do modelo de reordenação proposto pela ESF.

Com relação aos instrumentos utilizados em avaliação na APS, Pimenta et al (2008) consideram que os instrumentos elaborados e instituídos pelas três esferas de gestão, desde 2001, como o Pacto da Atenção Básica, contempla o SUS como um todo e não está direcionado especificamente a avaliação da APS.

Ainda que as avaliações em saúde não gerem diretamente decisões imediatas, espera-se que contribuam para um julgamento que influencie mais positivamente a tomada de decisões. Mas visto a dificuldade desse processo na prática, há alguns aspectos a serem destacados: a pertinência da avaliação, o mérito da avaliação e a credibilidade da avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2011). A pertinência da avaliação se refere à capacidade de responder aos problemas que precisam ser resolvidos, e será tanto maior quanto mais coalizão ela suscitar. É preciso, portanto, que diferentes atores estejam cientes de sua importância, e isso posto, que a melhoria do sistema depende da institucionalização da avaliação. Já o mérito se relaciona às explicações teóricas para o potencial da avaliação em melhorar as decisões, visto os prováveis diferentes interesses envolvidos nessas decisões. E a credibilidade, consiste no julgamento dos decisores sobre o valor da avaliação, ou seja, a avaliação enquanto dispositivo de qualidade.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade

No estado de São Paulo, na perspectiva de que a avaliação seja incorporada como componente importante da gestão da APS, foi implantado no ano de 2010 um sistema de autoavaliação da qualidade dos serviços de APS para as UBS, o Quali-AB (SÃO PAULO, 2013a). O foco central do sistema Quali-AB é a

organização das práticas no cotidiano dos serviços, interferindo assim na prática dos cuidados desenvolvidas nos serviços (CASTANHEIRA et al, 2011).

Em âmbito nacional, no ano de 2005 o Ministério da Saúde elaborou instrumentos de avaliação da ESF cuja denominação era “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ). Os cinco instrumentos adotados para isso pretendiam proporcionar o aprimoramento gerencial e técnico, e tinha a finalidade de “disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional, planejamento de intervenções e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas da ESF” (BRASIL, 2005, p. 12). Estes instrumentos de autoavaliação apresentavam elementos normativos e sua aplicação era destinada a gestores de serviços e sistemas de saúde e a profissionais da saúde, de forma voluntária, com o objetivo de nortear a resolução de problemas e promover a melhoria da APS (BERRETTA et al., 2011).

Neste cenário de incorporação de ferramentas para fortalecimento da APS a partir da elaboração de mecanismos de avaliação, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 1.654 de 19 de Julho de 2011, o PMAQ - AB, cujos objetivos contemplam a inovação na gestão da APS, valorizando os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente (BRASIL, 2011d), considerando ainda que a APS no Brasil caracteriza-se por diferentes arranjos organizacionais, de acordo com o perfil da região, contemplando a sua relevância política, econômica e social, no que se refere aos equipamentos e o modelo assistencial, na perspectiva de se investir em outras formas de organização, desde que garantidos os princípios e as diretrizes fundamentais da APS.

A preferência pelos dados do PMAQ-AB para identificar os arranjos organizativos da APS justifica-se por ser um amplo e atual programa de avaliação em APS, visto o número de equipes avaliadas, o número de UBS visitadas, os usuários entrevistados e às instituições de ensino envolvidas no seu processo de planejamento e desenvolvimento. Ademais, aspectos relacionados aos recursos financeiros destinados a APS, com o pagamento por desempenho, a partir do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-variável) e por permitir apresentar a sociedade, gestores, profissionais e usuários os resultados desta avaliação e promover reflexões e planejamentos diante das dificuldades identificadas.

Para Lima (2016) analisar os dados do PMAQ-AB com perspicácia pode contribuir para fomentar o mérito e a credibilidade do programa, seja por difundir seus resultados, como por identificar pontos de aprimoramento nos instrumentos de avaliação. Nesta dissertação a opção em discutir a APS por regiões de saúde, fundamentou-se em aspectos como a dificuldade de muitos municípios brasileiros em resolver os desafios de uma APS de qualidade com acesso integral à rede de atenção, além disso, há de se considerar as peculiaridades quanto a sustentabilidade financeira e a capacidade de gestão, e por fim a APS apesar de ser estruturante do SUS, configura-se em um dos pontos da rede de atenção e depende de estar articulada com os demais níveis e serviços para que possa efetivamente concretizar o SUS.

A dissertação apresenta a seguinte questão de pesquisa:

Como estão organizados os serviços de APS nas regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS – XIII), na perspectiva de condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos, quanto ao processo de trabalho das equipes e a participação e interação social?

Diferentes realidades compõem o cenário da APS no Brasil - país continental e diversificado, que permitem distintos arranjos organizativos. Em comum tem-se que o fortalecimento da APS ainda é incipiente, que seu papel de ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado vem se fortalecendo à medida em que a ESF avança, sendo este um processo ainda em andamento, com avanços e retrocessos, embora seja a opção preferencial referida nos documentos oficiais, como a PNAB já citada.

1.1 Justificativa

O funcionamento de unidades de ESF, de UBS parametrizadas e outras unidades de saúde estruturadas com base em modelos organizacionais diversificados, tem sido uma característica da APS no Estado de São Paulo (CASTANHEIRA et al., 2011). Essa extensa e heterogênea rede de APS nem sempre está caracterizada em relação ao seu funcionamento e dinâmica organizacional, ou quanto aos seus atributos de qualidade e capacidade de integração às redes regionais de atenção à saúde.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) a efetivação dos princípios e diretrizes da APS está intimamente interligada à operacionalização das práticas no cotidiano dos serviços, ou seja, como são realizadas as ações da APS na prestação da assistência à saúde de uma dada população e o modo como se coordena o cuidado desta população. Nesta perspectiva mecanismos políticos-institucionais, tecnológicos e organizacionais tornam-se essenciais para que seja possível a implementação e consolidação das ações de saúde em APS.

Assim, iniciativas de estudos que caracterizam os processos organizativos da APS, buscando identificar aspectos potencializadores da integralidade, do acesso e da coordenação do cuidado, bem como as limitações ou características dificultadoras destes processos são de inegável relevância em contexto acadêmico e de formulação de políticas públicas. Considerando a premissa de operacionalização dos princípios do SUS e da APS, torna-se relevante identificar os processos organizativos considerando os atores envolvidos na produção da saúde, tais como trabalhadores de saúde, usuários e equipe gestora.

Dado que o processo organizativo de uma UBS é quase sempre percebido como a simples administração de poucos recursos humanos e materiais destinados ao funcionamento dos programas e estratégias formulados pela gestão municipal, estadual ou nacional, essa forma de trabalho tende a uma atuação verticalizada, que não contempla aos desafios dos compromissos com a construção de um modelo de assistência norteado pelos princípios de regionalização e descentralização propostos pelo SUS (BOTTI; SCOCHI, 2006), o estudo converge na expectativa de identificar a complexidade dos arranjos organizativos da APS, e quais são os seus aspectos definidores.

Este trabalho poderá representar um novo conhecimento acerca dos arranjos da APS no nível local e regional, em consonância com Bodstein (2002, p. 400):

Sob a conjectura de que a organização da rede de serviços locais de saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos, representa um processo fundamental na reforma do setor saúde, contudo é fortemente dependente do desempenho gerencial que leva as variações em termos de resultados e impactos na saúde da população.

Considerando que a efetividade da APS no contexto brasileiro é influenciada por múltiplas causas conjunturais e históricas, tais como: recursos,

estrutura física, suficiência e qualificação dos profissionais de saúde (FACHINI et al., 2008), a avaliação do grau de adequação das práticas e os padrões de qualidade são ferramentas que propiciam o conhecimento do impacto das desigualdades loco - regionais na prestação da assistência e nas condições de vida a que a população está submetida, particularmente no campo da APS em seu sentido mais amplo, reforçando ainda a compreensão de que as diferentes necessidades dos distintos grupos sociais têm implicações no adoecer e morrer desses grupos e indivíduos (MATTOS et al., 2013).

A complexidade da gestão do SUS e da APS intensificada pelo processo de descentralização, prevê o envolvimento de novos atores e contextos locais diversificados, além da redefinição de papéis, responsabilidades e as necessidades de investimentos. A identificação destes aspectos a partir do PMAQ-AB pode fornecer aos gestores municipais e às equipes de APS elementos para aprimorar os diagnósticos e intervenções nos arranjos organizativos loco - regionais. A pertinência desta investigação justifica-se também, dentre as iniciativas que objetivam capacitar a equipe de gestores municipais e instituir o planejamento no âmbito da gestão não apenas como uma tarefa a ser cumprida, mas como uma ferramenta essencial para fortalecimento da APS, utilizando-se de recursos como os processos avaliativos.

Para Lima (2016) uma forma de melhoria dos serviços de saúde acontece quando a população expõe suas vivências a partir da utilização das ações de saúde, contribuindo com a reflexão de diversos setores da sociedade em relação às conquistas e às dificuldades ainda existentes no uso de tais serviços. Além disso, para que se garanta o princípio da integralidade da atenção, contemplado pelo SUS, faz-se necessária a consolidação dentre outros aspectos de um sistema efetivo de referência e contrarreferência, porque, embora a UBS tenha certa autonomia em relação às ações de prevenção — principalmente no que se refere à educação em saúde — há uma interdependência de todo o sistema de saúde para o desenvolvimento da promoção, proteção, recuperação da saúde e garantia do caráter integral do cuidado, além do que as diferenças organizativas devem ser delimitadas, para que a organização da rede de atenção à saúde realmente potencialize a operacionalização dos princípios do SUS.

Pretende-se que os resultados possam chegar às gestões municipais, às Comissões Intergestores Regionais (CIR) ou ainda estadual, trazendo elementos sobre as características estruturais e do processo de trabalho da APS,

possivelmente contribuindo para a análise da gestão quanto às potencialidades e limitações identificadas, bem como fortalecer a cultura avaliativa. O presente estudo poderá oferecer subsídios para fundamentar investigações avaliativas em APS.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os arranjos organizativos da Atenção Primária à Saúde (APS).

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das unidades de APS;
- Caracterizar a organização do serviço e do processo de trabalho de equipes de APS, incluindo equipes de Saúde Bucal, em diferentes modalidades de conformação da APS, a partir de variáveis contempladas no segundo ciclo do PMAQ-AB.
- Apresentar a dinâmica de funcionamento e a organização da atenção à saúde dos usuários da Unidade de APS segundo estrutura, organização, disponibilidade materiais, capacitação de profissionais e infraestrutura nas áreas de atenção definidas no PMAQ- AB.
- Identificar mecanismos de participação e interação dos usuários.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde - APS

Na Grã-Bretanha, em 1920, Bertrand Dawson em suas atividades do Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde no país, propôs um modelo de organização do sistema dos serviços de saúde baseando-se na regionalização e hierarquização integrada à atenção primária (NOVAES, 1990), a partir do Relatório Dawson, que foi elaborado e divulgado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, sendo considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Fundamentado no relatório de Dawson, Novaes (1990, p. 25) afirma que

A atenção primária de saúde dá mais ênfase às atividades de promoção e prevenção da doença e está orientada a toda a população. Seus princípios procuram mobilizar a comunidade para otimizar os recursos, utilizando em sua estratégia elementos para profissionais ou leigos e aplicando tecnologias apropriadas. A qualidade de assistência médica é medida pelo estado de saúde da população, ao invés de curas individuais, em termos de equidade, extensão de cobertura e autocuidados.

O arranjo proposto no relatório Dawson definia que os CS deveriam se constituir em portas de entrada para o acesso a outros serviços do sistema de saúde. Nos outros níveis do sistema estariam os CS secundários e os hospitais para prestar assistência a situações mais raras e de maior complexidade. Sob a premissa destas recomendações que em 1948 o Sistema Nacional Inglês (*National Healty System*) se organizou, incluindo assim o médico generalista nos CS (MARSIGLIA et al., 2008).

O movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o início dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares, a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos da América (EUA) do estudo sobre saúde e tabaco, a aparição das organizações de manutenção da saúde americana, a

proposta illichiana² de desmedicalização dos cuidados de saúde, o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Dr. Halfdan Mahler, e outros foram propulsores da APS neste contexto pós-relatório Dawson (SAKELLARIDES, 2001). Nos campos cultural e político a discussão sobre a APS e sua institucionalização em escala planetária ganhou cada vez mais espaço, culminando com Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)³ (1979 *apud* MENDES, 2015, p. 31).

Durante a Assembléia Mundial de Saúde, no ano de 1977, foi criado o documento “Saúde para Todos no ano 2000”, declarando uma série de atividades que tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da APS. Estes princípios foram enunciados na conferência em Alma-Ata (STARFIELD, 2002). Em uma reunião subsequente a Assembléia Mundial de Saúde, a APS foi definida como (WHO, 1978, p.14-15):

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É 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

A declaração de Alma-Ata especificou ainda que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde são: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-

² A proposta illichiana refere-se ao incentivo a auto-aprendizagem, apoiada em relações sociais intencionais, e numa intencionalidade fluida e informal. Esta proposta foi defendida pelo pensador e polímata austríaco Ivan Illich. Autor de uma série de críticas às instituições da cultura moderna, Illich escreveu sobre educação, medicina, trabalho, energia, ecologia e gênero. Pensador da ecologia política foi uma figura importante da crítica da sociedade industrial. Seu livro mais famoso é *Sociedade sem escolas* (1971), uma crítica à institucionalização da educação nas sociedades contemporâneas (BIOGRAFIAS Y VIDAS ..., 2010)

³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde:** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Para Montoya-Aguilar (1981) enfatiza dois aspectos relevantes sobre a APS na declaração de Alma-Ata, uma é sobre a importância da atenção primária como parte integral de todos os aspectos sociais e do desenvolvimento econômico, com orientação para todos os aspectos de base comunitária da saúde e para a participação intersectorial, como a integração dos hospitais à comunidade e às outras instituições de saúde da mesma comunidade. Outro significado é em relação a APS como um nível de atenção, ou seja, o primeiro contato da população com os serviços de saúde (NOVAES, 1990).

Embora haja consenso em relação à importância da APS, o mesmo não ocorre quanto à sua definição. De acordo com a OMS, há três interpretações principais da APS: atenção primária seletiva, nível primário do sistema de saúde e estratégia de reordenamento do sistema de saúde (OPAS, 2011).

A APS, como atenção primária seletiva, abrange a concepção de um programa destinado a atender a população menos privilegiada, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. A APS, na qualidade de nível primário do sistema de saúde, é definida como o modo de organizar a porta de entrada do sistema, com foco na resolução dos problemas mais comuns. A APS, compreendida como estratégia de reordenamento do sistema de saúde, é uma forma distinta de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica articulação deste primeiro nível com uma RAS (OPAS, 2011).

De acordo com Cunha e Giovanella (2011) estas três formas de organização e operacionalização são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem simultaneamente dentro de uma mesma nação. Na Declaração de Alma-Ata, a concepção da APS enfatizada é aquela abrangente, com função central no sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores, de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos, de caráter socioeconômico (WHO, 1978).

No cenário mundial, as reformas empreendidas em países europeus e no Canadá, por exemplo, desde os anos 1990 foram muitas, e objetivaram expandir o protagonismo da APS e promover a coordenação dos cuidados, tanto para valorizar a universalização do acesso, a equidade e a integração como princípios, quanto a regionalização e a hierarquização como estratégias. Nestes países, o termo atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, realizado por meio de serviços ambulatoriais não especializados, incluindo um leque abrangente de ações preventivas e curativas que orientam a organização de todo o sistema (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2003; GIOVANELLA, 2008a; LAVRAS, 2011; SILVA, 2011; GIOVANELLA, 2012).

Diferente da realidade europeia, na América Latina, as experiências de APS assumiram conformação de programas verticais, seletivos e focalizados para os mais pobres, executados em serviços precários e de baixa qualidade. O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-doença e busca intervir sobre problemas específicos, de forma isolada (GIOVANELLA, 2012), e esta perspectiva foi então reforçada com as políticas macroeconômicas de ajuste estrutural, nos anos 1980 e 1990, com agências internacionais induzindo propostas de APS seletiva (CONILL; FAUSTO, 2007; CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010).

Barbara Starfield (2002, p. 28) que buscou estabelecer os critérios gerais da APS a definiu como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (...). A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação (...). Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde (...). É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

O habitual posicionamento dos serviços de APS na base da pirâmide em sistemas de saúde organizados sob a modelagem piramidal, e os demais serviços

em complexidade crescente, em direção ao topo não representa a definição abrangente de APS defendida por Starfield (2002). Portanto, essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo com as relações verticalizadas, de forma a conformar as redes policêntricas horizontais e não autoritárias (MENDES, 2002; BRASIL, 2010a; TANAKA, 2011; SILVA, 2011; MENDES, 2012).

Neste contexto de redes policêntricas e poliárquicas os serviços de saúde são vinculados entre si por um objetivo único: ofertar atenção contínua e integral a determinada população através da APS como centro comunicante do fluxo, além de ser coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

Esta ampla definição de APS contribuiu para estabelecer os atributos ou elementos de categorias estruturais, processuais e de desempenho. No que se refere aos estruturais contempla-se: acesso, elenco de serviços, população adscrita, continuidade; no âmbito processual: uso de serviços, reconhecimento das necessidades de saúde da população; e no contexto do desempenho: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade e competência cultural (STARFIELD, 2002).

No âmbito do primeiro contato, este implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema, ou novo episódio de um problema, para o qual se procura o cuidado (STARFIELD, 2002). Pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o recurso prioritário em caso de necessidade ou problema de saúde. Para cumprir esse requisito, é necessário, também, que a APS se configure como local obrigatório para acesso aos serviços especializados, com caráter de filtro para esse tipo de atendimento, o mecanismo chamado de *gatekeeper* (porta de entrada obrigatória). A garantia de acesso aos serviços especializados é requisito obrigatório para uma APS abrangente (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família definem a longitudinalidade (STARFIELD, 2002) atributo essencial para uma abordagem mais integral e humanizada dos problemas de saúde e para uma orientação promotora de saúde. A longitudinalidade quando potencializa

diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo os encaminhamentos desnecessários a especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIERI; MARCON, 2011).

O atributo Integralidade contempla: a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda às necessidades mais frequentes 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 (STARFIELD, 2002). Para efetivação deste atributo a equipe deve ser capaz de reconhecer as mais diversas necessidades relacionadas à saúde e disponibilizar as respostas adequadas, as quais incluem ações preventivas e curativas a todas as faixas etárias, desenvolvidas tanto na unidade de saúde quanto fora dela (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Coordenação do cuidado implica a garantia da continuidade da atenção, pelas equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem acompanhamento constante (STARFIELD, 2002) e assume papel cada vez mais relevante em função da necessidade de consulta a diferentes especialistas. Como nem todas as necessidades podem ser resolvidas na APS, os usuários são referenciados a outros serviços, mas as informações relativas a esses atendimentos devem estar disponíveis para a equipe da APS, responsável por garantir a continuidade da atenção, através dos processos de referência e contrarreferência (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA 2013).

A interpretação e operacionalização destes quatro atributos exigem um olhar voltado para grupos sociais específicos, pressupõe um rompimento dos muros dos serviços de saúde, com desenvolvimento de ações intersetoriais e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento (SOUSA; HAMANN, 2009).

No contexto brasileiro, embora a APS tenha se diferenciado de uma abordagem seletiva, por não se limitar a um conjunto restrito de intervenções focalizadas em grupos populacionais pobres e não se restringir ao primeiro nível, estando articulada a um sistema universal solidário que garante atenção em todos os níveis (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014) a operacionalização destes atributos constitui em grande desafio. A APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento (MENDES, 2012) que serão descritos na sequência.

3.2 Atenção Primária à Saúde - a trajetória brasileira

Em 1916 surgiram no Brasil os primeiros estabelecimentos com prestação de assistência com foco na Saúde Pública. Anteriormente a este período, existiam as Delegacias de Saúde, com função de coordenar o trabalho dos profissionais em diversos setores, tais como a inspeção sanitária de estabelecimentos e habitações, o controle de alimentos e bebidas, as campanhas de vacinação, o suporte laboratorial e outros serviços. Estas eram distribuídas em bairros centrais das principais cidades e funcionavam principalmente como apoio logístico e administrativo às equipes.

A criação dos primeiros estabelecimentos de saúde pública voltados para o atendimento ao cidadão foi motivada por diversas razões, dentre elas, destaca-se a ampliação de responsabilidades e das atribuições da Saúde Pública, que passou a atuar nas áreas de saneamento, propaganda sanitária, higiene infantil, higiene industrial e, neste momento, especialmente, no combate às endemias rurais (CAMPOS, 2006).

Antes de 1916, devido à escassez de pessoal técnico, não havia postos permanentes, mas apenas as expedições de médicos sanitaristas ao interior do país e outras iniciativas isoladas, compostas por comissões voluntárias, sem bases institucionais definidas. Contudo, estas ações não alcançavam resultados que transformasse as dificuldades quanto ao acesso à saúde em que se encontrava a população brasileira (BARROS; FONTENELLE, 1935).

Os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, com implantação inicial proposta por Carlos Chagas, tinha como objetivo combater, em cada local, determinadas doenças consideradas prioritárias e endêmicas. As estruturas dos postos de saneamento progressivamente se disseminaram no país, a partir da criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1918. Com o apoio da Fundação Rockefeller⁴, Postos de Saneamento e Profilaxia Rural foram sendo implantados nas capitais e no interior dos estados (CAMPOS, 2006). Para estes postos os médicos

⁴ Fundação Rockefeller foi criada em 1913 nos Estados Unidos da América, e tem como missão promover, no exterior, o estímulo à saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia. É caracterizada como associação beneficente e não-governamental, que utiliza recursos próprios para realizar suas ações em vários países do mundo, principalmente os subdesenvolvidos (THE ROCKEFELLER FOUNDATION, 2015).

sanitaristas e enfermeiras visitadoras eram considerados recursos estratégicos, sendo que todo o trabalho desenvolvido nos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural e de formação de recursos humanos serviram de base para o passo seguinte: a criação dos CS, unidades mais complexas, que se tornaram, por sete décadas, as unidades consagradas à atuação da APS no Brasil. Este período é definido por Mendes (2015) como o primeiro ciclo, que surgiu em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP) na capital do estado; provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano.

Propunha-se a disseminação desta organização sanitária por toda a capital. Nos Centros de Saúde, previa-se a instalação dos seguintes serviços internos entre os chamados dispensários e escriturários: Administração, Registro, Estatística e Propaganda; Pré-natal; Higiene da Criança; Tuberculose; Doenças Venéreas; Lepra; Saneamento e Polícia Sanitária; Higiene da Alimentação; Higiene do Trabalho; Exames de Saúde e Laboratório (BARROS; FONTENELLE, 1935).

Os CS eram uma evolução das teorias administrativas vigentes na segunda metade da década de 1920. Representavam uma nova forma de organização que passou a ser defendida com muita ênfase, fruto da reiterada influência da Fundação Rockefeller. Esse período ficou conhecido como Nova Higiene, e os representantes dessas propostas ficaram conhecidos, no Brasil, pelo nome de Jovens Turcos⁵. Esse movimento de renovação sanitária tinha como objetivo transformar a atuação então vigente, de polícia sanitária, em práticas dotadas de nova concepção, de caráter predominantemente educativo e preventivo, de modo a criar uma nova consciência sanitária nos indivíduos e nas famílias. Essa era a base da atuação dos Centros de Saúde e exigia uma mudança organizacional na área da Saúde Pública (CAMPOS, 2006).

Com a atuação por meio de uma rede local permanente de unidades de saúde foi preciso definir ferramentas ou metodologias para organização dos serviços, tais como a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários para a ação das equipes e a Educação Sanitária às famílias. Neste contexto, as visitas domiciliares sistemáticas tinham o objetivo de garantir o monitoramento e traçar o perfil

⁵ A denominação “jovens turcos” foi dada aos jovens médicos que desejam modernizar a Saúde Pública, em alusão à ocidentalização da Turquia, que acabou com tradições milenares daquele país (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

epidemiológico de cada área. A partir de tal conhecimento, passava-se a atuar segundo as técnicas de prevenção e profilaxia disponíveis e a transmitir às famílias novos hábitos de higiene.

Com o aumento considerável das populações urbanas, a atuação sanitária se fazia necessária não apenas sobre o meio ambiente, mas considerava-se prioridade a estratégia para alcançar as rotas privadas da infecção, buscando notificar, controlar e orientar famílias e indivíduos.

Para Fraga (1928) a definição de um novo espaço em que pudesse funcionar com vários dispensários em horários alternados, sob a chefia de um médico sanitarista e a delimitação do território urbano por meio da distritalização, poderia possibilitar conhecer, em tempo real, a evolução das principais doenças, assim como os problemas relacionados à saúde materno-infantil, tornando possível medidas eficazes de controle e profilaxia. Este período, denominado de segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde (FNS) (MENDE, 2015).

No final da década de 1960 o Brasil já vinha experimentando programas voltados para expansão da APS, refletindo o movimento internacional de valorização e ampliação destes serviços, baseados nos modelos da medicina preventiva e comunitária e nas proposições da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), experiências decorrentes, em grande parte, da iniciativa dos Departamentos de Medicina Preventiva de Universidades Públicas (Rio Grande do Sul, Paraná, Brasília, Minas Gerais, São Paulo, Pernambuco). Ao mesmo tempo em que eram vistas como uma adaptação barata e sem qualidade da medicina para os pobres, que ajudava o Estado a justificar os poucos investimentos no setor, se conformaram em modelos alternativos que serviram de embrião para o movimento pela reforma sanitária (TEIXEIRA, 1988; MENDES, 1993).

Neste período é que ocorre o terceiro ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas SES, conservando o núcleo tecnológico original sespiano⁶, o que implicava priorizar ações

⁶ O Serviço Especial de Saúde Pública - SESP trouxe para o Brasil, em 1951, a influência norte-americana de resolver problemas assistenciais em saúde bucal mediante políticas de minorias. O modelo Sespiano possuía características curativo-intensivas, sendo essa prática o centro das ações, assim as práticas preventivas e promocionais aconteciam marginalmente. Neste modelo, no contexto escolar, não havia intenção de tratar todas as crianças inicialmente, pois os recursos eram limitados e

na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade (MENDES, 2015).

As experiências para implementação de serviços com ações direcionadas a atenção primária foram focais e marginais ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) da época, que vinha consolidando um modelo assistencial centrado na atenção médica previdenciária, especializada, curativa e hospitalar, de alto custo e baixo impacto na resolução dos problemas de saúde da população (SANTOS, 2005).

Neste cenário a construção dos arranjos das UBS tinha como ideia principal a oferta de assistência em clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia, integradas à rede de serviços de saúde de média e alta complexidade. Esta concepção tornou-se hegemônica junto aos profissionais envolvidos com a reforma sanitária, que valorizavam mais as reformas políticas no âmbito das instâncias administrativas das instituições de saúde, do que a transformação da prática sanitária tradicional (VASCONCELOS, 1999).

Este foi o quarto ciclo, já que nos anos 70, emergia na cena internacional a proposta de APS que foi referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Esse ciclo desenvolveu-se na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979 (MENDES, 2015).

O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS). Apesar de ser impulsionada pelas AIS e, posteriormente, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), Souza (2000) considera

a prioridade de atendimento era para crianças recém-ingressadas na escola (grupos de seis a sete anos) e só então haveria avanço gradual para as demais faixas etárias (ZANETTI, 1993).

que a rede básica tornou-se acessória e desqualificada, devido aos poucos investimentos no setor e o hospital transformou-se em porta de entrada de um sistema caro, ineficiente e desumano.

Para Mendes (1993, p.50), durante a década de 1980 consolidou-se um projeto neoliberal na saúde, *“uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista”*, que se destaca nas diversas propostas de atenção primária seletiva, especialmente na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência de grupos de risco, assim como na expansão da universalização do sistema de saúde acompanhada de mecanismos de racionamento, com queda de qualidade dos serviços, conformando um movimento de universalismo excludente, ou seja, serviços para segmentos sociais mais pobres – que não conseguem se antepor aos mecanismos de racionamento – e “expulsão” das camadas mais privilegiadas para o sistema privado da medicina suplementa (SANTOS, 2005). A instituição do SUS em 1988 levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados, que passaram à gestão aos municípios, o que contribuiu com a expansão dos cuidados primários.

O MS lançou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com base no corpo doutrinário da APS disposto na Declaração de Alma-Ata, respaldando-se nos resultados alcançados em várias regiões do país com as experiências de prática de saúde com agentes comunitários. O Programa propunha-se a funcionar como elo entre a população e os serviços de saúde, desenvolver ações básicas através de atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, identificando fatores determinantes do processo saúde-doença e a contribuir com a comunidade no aprender e ensinar a cuidar de sua saúde (BRASIL, 1994).

Entretanto, no entendimento de Paim (1999) o PACS se aproximava de uma reedição da atenção primária confinada ao “SUS para os pobres”, contemplando basicamente o grupo materno-infantil e concentrando-se no aleitamento materno e na redução da mortalidade de menores de um ano por doenças infecciosas.

Apesar da identificação do PACS com as propostas neoliberais racionalizadoras, Vianna e Dal Poz (1998) argumentam que o Programa introduziu o enfoque na família e na intervenção não médica, constituiu-se em instrumento de organização da demanda e contribuiu para a descentralização e municipalização do

sistema de saúde ao requerer alguns requisitos para a adesão dos municípios, como o funcionamento do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e a existência de uma unidade básica de referência para o Programa.

Em 1993, a política de implantação do Programa Saúde da Família - PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da Atenção Básica à Saúde (ABS) e que vige atualmente. Pela primeira vez, além da necessidade de expansão da APS, tornou-se imprescindível a garantia da qualidade, que deveria ser diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar. Esse ciclo sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do PACS desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015).

Inicialmente foi denominado Programa Saúde da Família (PSF), contudo por se afastar da concepção adotada pelos demais programas do MS, por não se tratar de uma intervenção vertical e paralela às demais atividades inseridas nos serviços de saúde, estabeleceu-se a mudança da terminologia Programa da Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF). Ressalta-se que não é apenas uma questão semântica, mas sim uma diretriz coerente com a política de APS comprometida com a singularidade e diversidade para o enfrentamento das necessidades de saúde da população brasileira (FERTONANI et al., 2015).

A ampla reorganização do sistema de saúde a partir da adequada estruturação da APS é reforçada pelo reconhecimento por parte do Ministério da Saúde, de que este nível de atenção é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população, sendo que dos atendimentos restantes, a maior parte destina-se aos ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno percentual necessita do atendimento hospitalar. Deste modo, a APS organizaria a demanda, criando um fluxo adequado para os demais níveis de atenção, racionalizando os custos e o uso da tecnologia, possibilitando a melhoria do acesso aos serviços básicos e de média e alta complexidade, de forma mais equânime e integral (BRASIL, 2000b, 2001b; SOUZA, 2000).

A partir da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96), a APS é impulsionada no âmbito nacional, com a definição do PAB, o estabelecimento da ESF como prioritária da Política Nacional de Saúde (PNS) para reestruturação do

modelo assistencial e a criação de incentivos para sua ampliação. As NOB/SUS anteriores, publicadas nos anos 1991 e 1993 não definiam claramente nenhuma proposta de modelo assistencial e o PACS e a ESF eram mantidos através de convênios entre os municípios e a Fundo Nacional de Saúde (FNS) (SANTOS, 2005).

Sob forte indução da esfera federal, os municípios brasileiros ampliaram a oferta dos serviços de saúde na APS, através das UBS e Unidades de Saúde da Família (USF), como estratégia prioritária para melhoria da qualidade das ações ofertadas à população (GIOVANELLA et al., 2010; TANAKA, 2011; BRASIL, 2012a; FARIA, 2013; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013). A dedicação para que a assistência em saúde expandisse, por meio do fortalecimento da APS, trouxe mudanças significativas à organização do modelo assistencial, que historicamente caracterizava-se pela excessiva fragmentação e especialização das práticas em saúde (GIOVANELLA et al., 2010; TANAKA, 2011).

Em 2006, a APS passou a contar com o suporte legal a partir da publicação da PNAB, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção primária no SUS. As definições desta política resultam da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do sistema de saúde brasileiro, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Em 2011 uma nova versão da PNAB foi aprovada e publicada, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, mantendo a essência do documento anterior e, ao mesmo tempo, incorporando inovações, como o financiamento federal para a APS e a criação de um componente de avaliação da qualidade, com a garantia de repasse de recursos mediante o cumprimento de compromissos e do alcance de resultados que valoriza e premia as equipes de saúde da família e municípios, de forma contínua.

A nova PNAB atualizou conceitos e introduziu elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das RAS, na articulação da APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, a universalização, a integração dos sistemas de informação, a ampliação da resolubilidade da APS e a continuidade do cuidado do usuário (BRASIL, 2011b). Neste sentido, observa-se que a PNAB atendeu aos princípios e atributos de uma concepção de APS abrangente, conforme preconizado pela OPAS

(WHO, 2008). Este documento contempla todo o funcionamento e organização da APS, inclusive as responsabilidades de todas as esferas governamentais (BRASIL, 2011b).

A PNAB avançou no reconhecimento da heterogeneidade de organização das equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, considerando assim serviços de APS compostos pelas equipes da ESF, equipes do consultório na rua, equipes saúde das famílias ribeirinhas, equipes saúde das famílias fluviais e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), este último com objetivo de realizar apoio matricial.

A APS deve ser capaz de detectar as reais necessidades e problemas de uma população, orientando-se pelos princípios do SUS da universalidade, equidade, integralidade, controle social e hierarquização, bem como pelas características da PNAB, de acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e aumento de clientela, responsabilização, humanização e ordenadora da rede de atenção (MENDES, 2002; BRASIL, 2006a; FAUSTO; MATTA, 2007; CAMPOS et al., 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MENDES, 2009; SERRA; RODRIGUES, 2010; GIOVANELLA, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Para desenhar novas políticas e reorientar o sistema de saúde, é necessário considerar os principais atributos de uma APS abrangente e não apenas definir aspectos teóricos conceituais de organização dos serviços de saúde, neste sentido é essencial que os modelos assistenciais sejam redesenhados, considerando, sobretudo a perspectiva integral da atenção primária.

3.3 Modelos assistenciais no contexto da APS

O atendimento de necessidades de saúde no âmbito da APS requer que sua organização seja essencialmente a partir de um modelo de atenção que considere o desenvolvimento de saberes e tecnologias nas relações entre a população usuária do sistema e os trabalhadores da saúde. Essas novas tecnologias e saberes resultam em alterações no processo de trabalho, nas práticas desenvolvidas e no modo como os trabalhadores as desempenham em seu cotidiano (SHIMIZU; ROSALES, 2009; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

O termo “modelo assistencial” é utilizado com diversas variações terminológicas: “modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos” (CAMPOS, 1992; BRASIL, 2005b), “modos de produzir saúde” (CAMPOS, 1994), “modelos assistenciais” (PAIM, 2003; CAMPOS, 1994; BRASIL, 2005b), “modelo técnico ou tecnoassistencial e modelo técnico-assistencial” (MERHY, 2002^a; BRASIL, 2005b), “modos de intervenção” (PAIM, 2003), “modelos de atenção” (MOROSINI; CORBO, 2007; ROSA; LABATE, 2005), ou “modelos de cuidado” (LEVCOVITZ, 1996). A diversidade de denominações e de abordagens torna complexa a tarefa de conceituar o modelo assistencial.

Para Paim (2003) modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos como diferentes combinações tecnológicas com finalidades diversas, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos, ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.

Para Campos (1992, 1994) modelo assistencial, modelo tecnológico ou modalidade assistencial não se restringe apenas ao desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza para dar conta deste processo.

Lucena et al.(2006) e Mendes (1995) pontuam que o conceito e a conformação de modelo assistencial estão fortemente associados ao cenário histórico social de interesses de classes e à evolução dos sistemas de saúde e das políticas de saúde.

Os modelos assistenciais em saúde são compreendidos, portanto como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área e modos de produção do cuidado, diz respeito ainda ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (FRANCO; MERHY, 2012).

Merhy (2002a) utiliza a denominação de “modelo tecnoassistencial” para designar um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos

tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras. Este autor contribui para o debate acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial hegemônico defendendo que para isso é necessário impactar o núcleo do cuidado, do “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Neste sentido, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais (FERTONANI et al., 2015).

No cenário de idealização do SUS previa-se a reestruturação no modelo de assistência até então efetivado, de modo que fosse extinta a dicotomia entre as práticas curativas e preventivas, a mudança deveria contemplar uma reestruturação organizacional das equipes e serviços de saúde com o objetivo de maior proximidade com a população e com a capacidade de resolução dos problemas apresentados (CAMPOS, 2003).

Há diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde. Para Merhy (2000, p.2):

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

No Brasil, verificam-se diversos modelos assistenciais desenvolvidos em diferentes momentos da história. A partir do século XX, podem ser identificados quatro modelos assistenciais (CAMPOS, 1994; MENDES, 1993): o sanitário campanhista do início do século, o modelo clínico liberal ou médico assistencial privatista (baseado na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população), o modelo racionalizador/reformista (que previa a reorganização e racionalização dos serviços sem mudança de concepção de saúde e de modo de intervenção no processo saúde-doença), e um modelo ainda em construção, que resgata os ideários da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, e do SUS, de 1990 (FERTONANI et al., 2015).

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários (SCHERER; MARIONO; RAMOS, 2005).

A instauração do governo militar no ano de 1964 determinou novas mudanças, inclusive a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no entanto manteve o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do MS. Além disso, expandiu-se o modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, contribuindo assim com a expansão do setor privado de clínicas e hospitais, e também com o consumo de equipamentos e medicamentos. Contudo, este arranjo não garantiu a excelência na assistência à saúde (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Na década de 1980, diante dos crescentes custos do setor saúde e num contexto das lutas pelo fim da ditadura militar, por democracia e por direitos de cidadania, ganha força a crítica ao modelo assistencial vigente (PAIM, 2003), a qual se expressa fundamentalmente na VIII CNS (BRASIL, 1986a) e na promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), resultando na conquista do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b). Dentre os temas em discussão, no referido período, destaca-se o conceito de saúde, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida. Houve discussão ainda sobre o direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde, ambos reconhecidos como direitos de cidadania. Os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular (BRASIL, 1990a, 1990b; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; CECÍLIO, 1997).

Entretanto, no processo de construção e efetivação dos princípios do SUS, são diversos os desafios para implementar um modelo assistencial que atenda o prescrito em seu arcabouço legal.

Para Teixeira e Paim (1990) a disputa entre o modelo biomédico hegemônico e propostas de modelos alternativos, desencadeadas na década de 1980, tem continuidade na década de 1990 e início dos anos 2000. O debate se ampliou nas CNS, colocando em pauta, na X CNS (1996), a necessidade de construção de um modelo de atenção para a qualidade de vida, e na XI (2000), tal aspecto reaparece como um dos subtemas de discussão: modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.

As Conferências de saúde desde 2003 têm abordado questões relativas ao direito à saúde e também ao acesso aos serviços. Na XII CNS (2003), na XIII CNS (2008) e na XIV CNS (2012) aspectos relativos a necessidade de reorganização da atenção, das práticas e dos modos de prestar cuidados são elucidados, visto que são elementos constituintes do modelo assistencial (BRASIL, 2004a; 2012d)

Mendes (2012, p.8), ao analisar o Sistema de Saúde brasileiro dialogando com preceitos internacionais e tratando dos desafios da implantação dos princípios do SUS, diz que

(...) os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios para o SUS.

Verifica-se na literatura que o termo modelo assistencial é polissêmico, utilizado com diversas variações terminológicas e para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. A produção sobre o tema evidencia que a conformação de um dado modelo assistencial resulta de um processo histórico-social, que é

dinâmico e multifatorial e que sofre influências de uma rede de fatores das esferas macro e microsocial, de uma dada sociedade. Essa conformação envolve valores que orientam a concepção de saúde e de direito à saúde, é influenciada pelos conhecimentos acumulados e pelo paradigma hegemônico de ciência, de modo que diferentes modelos consistem em respostas políticas produzidas frente aos problemas de saúde de uma dada sociedade, considerando custos, demandas e a capacidade dos diferentes agentes em fazer valer seus interesses e direitos (FERTONANI et al., 2015).

Os movimentos de definição de um ou outro modelo caminham ora no sentido de conservação do modelo tradicional, ora no sentido de um novo modelo, ora na convivência conflitiva ou complementar entre eles. Destacam-se, neste processo, os movimentos do cotidiano do trabalho em saúde, como as relações entre pessoas, o envolvimento e a corresponsabilização (dos gestores, profissionais de saúde e dos usuários) na atenção à saúde, bem como o vínculo, acolhimento e humanização das práticas assistenciais.

No cenário micro de trabalho, ocorrem disputas entre interesses de diferentes sujeitos. Assim, para construção de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o paradigma da biomedicina, é necessário considerar dois principais aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde.

Para Paim (2008) e Costa et al., (2009) a organização dos serviços de APS na perspectiva de equipes ESF configura-se como uma proposta de referência para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde, com vistas a atender ao prescrito na constituição de 1988 e aos princípios do SUS. Ressalta-se que a implementação de serviços organizados sob a lógica da ESF não representam necessariamente mudança de modelo assistencial, já que o modelo assistencial se conforma através de diferentes aspectos, entre eles a forma de atuação dos profissionais em contextos individuais e coletivos, bem como no trabalho em equipe.

3.4 Saúde Bucal: contexto histórico no sistema de saúde brasileiro

Antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS só tinham direito a assistência odontológica pública os trabalhadores contribuintes ao INAMPS, semelhante ao que acontecia em outros setores da saúde. Essa assistência priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, realizada individualmente pelo Cirurgião Dentista (CD).

Assim como o modelo de atenção à saúde do período pré SUS, a assistência em saúde bucal era fragmentada e com foco biomédico exclusivamente. No Brasil, os modelos de atenção à saúde bucal foram fundamentados, principalmente, em características do Relatório Gies, publicado nos EUA em 1926, que influenciaram os currículos e as práticas odontológicas com implicações até os dias atuais no processo de formação do cirurgião dentista no país. Sob esta influência, pode-se observar que as práticas ainda estão predominantemente voltadas aos aspectos biológicos, à especialização, ao tecnicismo, à crescente incorporação tecnológica e ao mercado privado como principal espaço de atuação profissional (MOYSÉS, 2008).

No contexto da Medicina Previdenciária, a lógica do modelo de atenção odontológica era caracterizada pela compra de serviços do setor privado e voltada para a assistência à livre demanda, cobrindo pequena parte da população por meio de instituições previdenciárias (LAMY, 2014).

No período de 1920 e 1930, somente os trabalhadores formais de algumas categorias profissionais tinham direito ao atendimento odontológico de âmbito público, vinculados às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e, posteriormente, aos IAP (NARVAI; FRAZÃO, 2008a; RONCALLI et al.; 1999).

Neste contexto, o modelo da Medicina Previdenciária se expandiu com a unificação dos IAP e a criação, em 1966, do INPS, e quase toda a população inserida no mercado formal de trabalho passou a ser beneficiada pela cobertura previdenciária. Com a criação do Ministério da Previdência, em 1974, e com a reestruturação do INPS, em 1977, expandiu-se a oferta de serviços e houve aumento do financiamento estatal na compra dos serviços de terceiros, mediante convênios e credenciamentos, caracterizando um modelo baseado em mecanismos inadequados ao planejamento, avaliação e controle de serviços, com foco em

problemas de saúde bucal já instalados, ou seja, foco na doença (NARVAI; FRAZÃO, 2008b; RONCALLI et al.; 1999).

No âmbito da Saúde Pública, os primeiros programas de Odontologia sanitária foram desenvolvidos pelo SESP, na década de 1950, com o denominado sistema incremental. A oferta da atenção odontológica nesse sistema se restringia ao atendimento de escolares da rede pública na faixa etária de 6 a 14 anos, caracterizando-se por um acesso restrito dessa faixa etária aos serviços odontológicos de âmbito público. A fluoretação das águas de abastecimento público ou as sessões semanais de bochechos com soluções fluoretadas nos serviços de saúde e escolas, constituíam em principais ações de saúde bucal implementadas pela SESP (LAMY, 2014). Portanto, nesse modelo as ações educativas e preventivas restringiam-se às aplicações tópicas de flúor e foi considerado um modelo prioritariamente curativo, que prevaleceu por mais de três décadas (RONCALLI et al.; 1999).

A Odontologia Integral surgiu na década de 70 junto com outras propostas programáticas, assim, a programação da Odontologia Integral no país fundamentou-se em uma alteração do modelo sespiano, voltado para a mesma população de escolares. Suas principais características foram a promoção da saúde bucal com ênfase nas práticas coletivas, a abordagem comunitária e a desmonopolização do saber, com a incorporação de pessoal auxiliar na Odontologia. No final da década de 1980 surgiu o Programa Inversão da Atenção, devido às críticas ao modelo incremental e à Odontologia Integral, como principais características tinha objetivos em realizar controle epidemiológico da doença cárie, fazer uso de tecnologias preventivas e enfatizava o autocuidado (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Verifica-se que o modelo de atenção à saúde bucal que predominou no país até a Constituição de 1988 foi caracterizado pela lógica privada, que contemplava pequena parcela da população. E no contexto público, essa oferta se restringiu ao atendimento programático voltado para os escolares da rede pública, já que o restante da população o atendimento era possível predominantemente por meio do Sistema Previdenciário, das Secretarias Estaduais de Saúde e das entidades filantrópicas (MOYSÉS, 2008; RONCALLI et al., 1999).

Para Narvai e Frazão (2008b) construir um modelo de atenção em saúde bucal requer um planejamento que vise o enfrentamento de problemas de saúde bucal no âmbito coletivo. Com isso, observa-se que os modelos de atenção resultam

de um processo histórico no qual estão imersos os diferentes atores sociais, seus interesses e, além disso, suas contradições e conflitos. De acordo com os autores, qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde. Nesta perspectiva, não é viável organizar um modelo de atenção em saúde bucal isolado, ou seja, desconectado de outros setores da saúde.

No cenário de discussão da ampliação do acesso à saúde e garantia de direitos aos cidadãos que se iniciou desde a Reforma Sanitária e se prolongou pela década de 80, a 7ª CNS abriu espaço para a inserção da Odontologia em um programa nacional de saúde e evidenciou, em seus textos, as fragilidades do modelo de Odontologia, até então proposto. Tratava-se de um modelo ineficiente (alto custo e baixo rendimento), ineficaz (não reduz em níveis significativos os problemas de saúde bucal da população), descoordenado, mal distribuído, de alta complexidade (com uso de tecnologia complexa), caráter mercantilista, monopolista e recursos humanos inadequados (os profissionais de nível superior com formação desvinculada das reais necessidades do país) (MANFREDINI, 2008).

Em 1986 a 8ª CNS propôs a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em um SUS, desvinculando a saúde da previdência e consolidou a proposta da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, com base nas diretrizes do Movimento de Reforma Sanitária de universalidade, equidade e integralidade da atenção e participação popular (MOYSÉS, 2008; BRASIL, 1986b). Neste contexto é que se realiza a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), como parte integrante da 8ª CNS, discutiu-se a proposta de mudanças no modelo de atenção odontológica até então vigente, por este ser ineficiente e ineficaz, mutilador e de alta tecnologia.

Durante a 1ª CNSB, quatro grandes temas nortearam as discussões: 1) a Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado; 2) diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil; 3) a Reforma Sanitária – Inserção da Odontologia no SUS, e; 4) o Financiamento do Setor de Saúde Bucal (BRASIL, 1986b). As proposições aprovadas na 1ª CNSB influenciaram a inserção da Odontologia no SUS, esboçando um diagnóstico da situação de saúde bucal no país. Entre as proposições aprovada, destaca-se que a (BRASIL, 1986b, p. 3).

“(...) Saúde Bucal, como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e esta ser relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação.

Em 1986 foi realizado pelo MS o 1º Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, com o apoio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) é um marco importante para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) do país e o primeiro estudo de abrangência nacional que forneceu dados da população residente na zona urbana de 16 capitais, segundo a prevalência de cárie dentária, doenças periodontais, necessidade e presença de prótese total e procura por serviços odontológicos (OPAS, 2006). Os dados do 1º levantamento são utilizados até hoje em análises do perfil epidemiológico brasileiro, contudo estes dados não contribuíram para a composição de uma base de dados pública em prol da estruturação de uma estratégia de vigilância em saúde bucal. O levantamento estimulou de modo discreto a fluoretação das águas e à implementação de um programa de aplicação tópica de flúor em escolares, vinculado ao Programa de Prevenção a Cárie Dentária (PRECAD) do MS (RONCALLI, 2006).

A implantação do SUS e a proposta de descentralização das ações de saúde para os municípios trouxeram desafios aos modelos tradicionais de oferta de serviços odontológicos, baseados nos sistemas escolares e na livre demanda, já que o arcabouço legal do SUS prevê o modelo de saúde universal e equitativo. Diante destas premissas, com a implantação do SUS a saúde bucal coletiva surge com o aprofundamento das discussões dos determinantes biopsicossociais das doenças bucais e como uma forma de romper com os modelos excludentes (LAMY, 2014).

Apesar dos preceitos legais e dos princípios do SUS, nos primeiros anos da década de 1990, o modelo de atenção à saúde bucal vigente continuava com caráter emergencial, paliativo e mutilador. A publicação da Portaria nº 184 em janeiro de 1992 influenciou na mudança deste cenário, pois alterou a tabela de financiamento dos serviços odontológicos, incluindo-se procedimentos coletivos de saúde bucal. No período eram financiadas somente iniciativas intersetoriais ligadas à fluoretação das águas e ações individuais relativas à assistência odontológica, sua publicação criou também condições para o financiamento com recursos federais das atividades relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde, entre

as quais a aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado (NARVAI, 2011; WEYNE, 2003).

A 2ª CNSB, realizada em 1993, teve como tema central “Saúde bucal é direito de cidadania”, e aprovou estratégias e diretrizes políticas para a saúde bucal no país. A segunda conferência precedeu IX CNS – “Municipalização é o caminho” (1992) e estavam articuladas. As decisões da IX CNS priorizavam assegurar ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS (BRASIL, 1993).

O relatório final apresentado na 2ª CNSB considerou que a situação da saúde bucal no país era “iatrogênica, excludente e ineficaz”, além disso, responsabilizaram as três esferas de governo por serem, com raras exceções, representantes do capital e não terem compromisso social (BRASIL, 1993). Diante destas considerações propôs um novo modelo de atenção em saúde bucal bem como enfatizou a formação e incorporação de recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde e a descentralização das ações e serviços de saúde.

A descentralização do sistema de saúde no Brasil ampliou o número de unidades gestoras e a instituição do PAB em 1998, como mecanismo de financiamento das ações de âmbito da APS para sistemas municipais, garantiu uma parcela fixa mensal conforme o número de habitantes e um montante variável, conforme a implementação de determinados programas (NARVAI; FRAZÃO, 2008a).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº. 1444 de dezembro de 2000 estabeleceu-se o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do ESF (BRASIL, 2000b). Apesar da inserção da Odontologia ter ocorrido tardiamente (sete anos após a implantação da ESF), foi considerado como um marco no desenvolvimento da política de saúde bucal (GARCIA, 2006).

As primeiras Equipes de Saúde Bucal – ESB começaram a ser efetivamente implementadas, vinculadas as equipes de ESF, conforme proposta do MS para expansão da saúde da família no país (BRASIL, 2001c).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 definiu também, responsabilidades e estratégias mínimas da APS, incluindo as ações de saúde bucal. Além disso, incluiu um elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial, a ser ofertado nos municípios sede de módulos

assistenciais. No que concerne à saúde bucal, significou a inclusão de procedimentos no âmbito da APS e da média complexidade (BRASIL, 2001d).

Em 2002, com uma nova conjuntura política, foi elaborado o documento do “Programa Fome Zero e Boca Cheia de Dentes!”, com aparente relação entre o Programa Fome Zero e a questão da Boca Cheia de Dentes. Este programa reconhece a relevância da saúde bucal e propõe ações para a consolidação de uma política para esta área, além de convocar a 3ª CNSB, e propor a realização do 3º Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, ampliação do acesso a serviços odontológicos, atendimento integral com a criação de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO e articulação da política de saúde bucal com as demais políticas (GARCIA, 2006).

Em 2004 foi publicado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que teve como objetivo resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, sendo que esse documento foi consolidado na 3ª CNSB. A PNSB se configurou como a primeira política específica de saúde bucal no país – “Brasil Sorridente” –, sendo estruturada a partir das diretrizes do SUS, com estímulo à expansão da ESF (BRASIL, 2004b; GARCIA, 2006).

As diretrizes da PNSB determinam a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade e para o desenvolvimento de ações intersetoriais sob uma concepção de saúde não centrada apenas na assistência individual e curativa, mas também em ações coletivas e de promoção e prevenção.

A PNSB está fundamentada em pressupostos que norteiam a reorientação do modelo de atenção baseados na qualificação da APS, na garantia de articulação da rede de atenção primária e a rede de serviços de atenção especializada, assim como na efetivação da integralidade nas ações de saúde bucal. Contempla ainda a epidemiologia para subsidiar o planejamento, o acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados e a atuação centrada na Vigilância à Saúde. Propõe que a ESF seja incorporada como estratégia de reorganização da APS e define de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, além de estabelecer a política de financiamento para o desenvolvimento dessas ações. A política contempla a definição da agenda de pesquisa científica para estudo de problemas e desenvolvimento de novos produtos e tecnologia em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

A 3ª CNSB ocorreu em julho de 2004, na perspectiva de ampliar a participação da população na análise da formulação e da execução da PNSB. Com o tema principal “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, o debate considerou quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal, e; 4) Financiamento e organização da Atenção em Saúde Bucal. Ao final desta conferência, verificou-se que existe uma “grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no país” e que “as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social” (BRASIL, 2005c, p. 7).

Em concordância com essa evidência emitida no Relatório Final da 3ª CNSB, Garrafa e Moysés (1996) descreveram a Odontologia brasileira como tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica, pois apesar dos avanços, esse modelo de prática não conseguiu impactar de modo positivo na saúde bucal da população brasileira. Para estes autores a Odontologia brasileira direciona-se à sofisticação tecnicista, parecendo relevar o paradoxo de consistir em uma profissão elitista em um país de desdentados.

Diante deste cenário a vinculação de equipes de saúde bucal aos arranjos propostos pela ESF e também a sua valorização enquanto essencial aos serviços de APS, sob a ótica de um modelo assistencial integral, constituiu-se em importante passo para expansão da assistência odontológica no país.

3.4.1 Saúde Bucal no âmbito da APS

A inclusão das Equipe de Saúde Bucal (ESB) junto às equipes da ESF é essencial, contudo deve ser acompanhada e controlada do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão. Sem esse acompanhamento, nota-se um simulacro de intervenção pública na saúde, restringindo-se a apenas mais um programa vertical do Governo Federal, sem, de fato, contribuir para a reorganização da atenção à saúde e construção do SUS (NARVAI, 2011).

Embora a Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000 tenha incluído oficialmente as equipes de saúde bucal no contexto da ESF, somente em

2001 foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inserção de profissionais das ESB (BRASIL (BRASIL, 2000, 2001c).

A PNAB considera como competências dos cirurgiões dentistas de ESB (BRASIL, 2011b, p. 50):

[...] realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

A PNAB define os arranjos sob os quais as ESB podem ser organizados quando vinculadas as equipes de ESF, sendo classificadas em modalidades, descritas na sequência (BRASIL, 2011b):

Modalidade I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB);

Modalidade II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, TSB e ASB ou outro TSB;

Modalidade III- Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel (UOM).

Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF. Dessa forma, cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas. Essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das equipes de saúde bucal e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da ESF no processo de trabalho desses profissionais. A partir da Portaria nº-673/GM, em 2003, o Ministério

da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas (BRASIL, 2003b).

Segundo Machado, Baptista e Nogueira (2011), no período de dezembro de 2002 até agosto de 2009, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.482, significando um aumento de 334%. Diante de tantas possibilidades e de promessas para a mudança do modelo de atenção à saúde bucal a partir de sua inclusão na ESF.

O desafio estratégico frente à saúde bucal no contexto das equipes da ESF é não permitir que se restrinja à presença de cirurgiões-dentistas, e que estes atuem apenas em uma lógica curativa e intervencionista, ou seja, não devem ser reproduzidos modelos excludentes e com isso perder a potência transformadora de políticas públicas.

Para as equipes de ESF incluindo as ESB, o contexto de trabalho coloca profissional e realidade frente a frente, portanto são espaços pedagógicos e de produção do cuidado, com situações em que o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas, possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários, exigindo assim revisão de processos de trabalho, para que os resultados provenientes da interação usuário e profissional de saúde estejam fundamentados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

3.5 Arranjos organizativos da APS no Brasil: estudos e perspectivas

A história da política de saúde brasileira revela variações nas concepções e na valorização da APS como mencionado no tópico sobre APS no Brasil, influenciadas pelo contexto nacional e internacional. Assim a estruturação da rede de APS configura-se em grande desafio para os municípios brasileiros, desde a implementação do SUS, a descentralização e municipalização da gestão em saúde.

Para Machado et. al. (2008) apesar das propostas de reforma curricular de escolas médicas e experiências de transformação do modelo assistencial serem observadas a partir dos anos 1950 e ganhado expressão nos anos 1970 com o debate promovido pela Conferência de Alma-Ata, o tema da APS não teve centralidade na agenda reformista brasileira da década de 1980.

Canesqui e Oliveira (2002) destacam a especificidade do Brasil se comparado a outros países – como Inglaterra, Cuba, Canadá e Espanha –, nos

quais a estruturação da porta de entrada representou desde o início um caráter estratégico na implantação e organização dos próprios sistemas nacionais de saúde.

Para Fausto (2005), o relativo esmorecimento da APS no bojo do movimento sanitário brasileiro justifica-se pela preocupação em assegurar as diretrizes de universalidade e integralidade para o sistema, em contraposição a outras reformas na América Latina nos anos 1980, que enfatizavam a atuação do Estado com características mais focalizadas e seletivas, privilegiando-se a APS.

A criação dos CS como equipamentos de Saúde Pública antecedeu a reforma sanitária da década de 70, e neste período destacam-se iniciativas para organização da APS. No contexto do estado de São Paulo, a partir de 1968 com a reforma Leser, reforma administrativa que foi idealizada pelo então secretário da saúde Dr. Walter Leser, houve a estruturação dos Centros de Saúde no estado, que foram organizados e hierarquizados de acordo com a complexidade das ações e serviços ofertados (MARSIGLIA et al., 2008).

Os programas formulados no período pré SUS que já reconheciam a necessidade de implantação da APS foram o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), para o financiamento de UBS em municípios de pequeno porte, além do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), posterior ao PIASS, foi organizado na perspectiva da articulação da assistência às ações da APS em grandes centros urbanos (LUPPI et. al., 2011) e abordava temas como a hierarquização, regionalização, integralidade das ações, participação comunitária, utilização de pessoal auxiliar. Entretanto, o PREV-SAÚDE não foi implementado como previsto, sendo então implementado o Plano de Racionalização Ambulatorial, que, segundo Mendes (1993), se limitou a um programa de atenção médica com claro objetivo político de reduzir, a baixo custo, as filas da assistência médica previdenciária. Além disso, fomentou a elaboração do plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), norteado pela menor centralização e maior participação, fortalecendo assim o programa de AIS, sob a premissa da integração dos serviços das três esferas: união, estados e municípios. As AIS propiciaram em 1985 a integração entre os equipamentos de atenção à saúde do INAMPS, do estado e dos municípios, ampliando então os serviços de APS (GIOVANELA; MENDONÇA, 2008).

As principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária brasileira definem como eixo que a APS deverá ser um espaço de efetivação das práticas de

saúde a qual potencialize o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, deixando de ser um sistema hospitalocêntrico para um “redebasicocêntrico” (MERHY, 2007a).

Com o PACS, proposto em 1991 pela FNS deu-se início a ampliação da cobertura de APS para áreas descobertas, contudo ainda sob a lógica de APS Focal e Seletiva – na qual respectivamente, concebia a saúde como direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade; e com número limitado de serviços de alto impacto, baixo custo e escassa qualificação do pessoal para resolver problemas muito prevalentes em populações pobres, não havendo serviços articulados, trata-se de um arranjo destinado a regiões e populações pobres, conhecido como cesta básica. (PEREIRA, 2008), porém foram propostas indutoras da descentralização – a princípio orientada para a imunização e ações de controle da diarreia e posteriormente, foi incorporado ao PACS outras ações de saúde, sob supervisão de enfermeiros e articulado com UBS do município.

Para Lima-Costa et. al. (2013) a APS deve ser baseada em um modelo, visando o cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Após a troca de várias experiências com o PACS, principalmente com os bons resultados, como a redução da mortalidade infantil, buscou-se a ampliação e uma maior resolutividade das ações, além disso, fez-se necessário a consolidação de uma política de saúde sob uma nova lógica na prestação de serviços, particularmente em relação à APS, segundo pressupostos do MS na perspectiva de fortalecimento e consolidação do SUS (RONCALLI, 2002).

Neste cenário, a ESF constitui-se em importante referência para reorganização do SUS e como estratégia para reordenação do modelo assistencial, representando a idealização de uma nova estratégia de atenção à saúde.

A respeito dessa estratégia Souza (2000, p.25) afirma:

A ESF foge da concepção dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, por não se tratar de intervenção pontual no tempo e no espaço e tão pouco de forma vertical e paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde, não se baseia

unicamente na cura da doença do indivíduo, pelo contrário, dá ênfase substantiva às ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos; essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento primário, mas estendem-se ao meio social e familiar. Neste enfoque considera a família como nicho ideal do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção.

Discutindo a substituição do modelo tradicional pela ESF, Teixeira (2003) destaca que além da dimensão técnico-assistencial, relacionada às práticas de trabalho, outras dimensões devem ser envolvidas no processo de mudança. Tais como os aspectos gerenciais ou político-institucionais e organizativos que são fundamentais neste processo.

Para Costa et al. (2009) a expansão da estratégia propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. Esse fato, todavia, não implica mudança dos processos de trabalho desses profissionais, que, mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica podem desenvolver parcialmente os atributos da atenção primária, contudo, ao longo dos últimos anos a ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país.

A APS, quando bem estruturada e consistente, com serviços de primeiro contato integrados ao sistema de saúde e oferta integral de ações impacta positivamente sobre indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência (MACINKO et al., 2003). Além disso, estudos de Cunha (2006), Macinko et al. (2006), Oliveira (2007), Conill (2008) e Starfield (2002) identificaram que a APS reduz gastos totais, melhora o acesso aos serviços de saúde e a qualidade global da atenção e as ações preventivas, facilita a detecção precoce de problemas e diminui internações hospitalares e garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde.

A complexidade do quadro epidemiológico atual e a variedade de tecnologias disponíveis para o cuidado da população exigem que as análises dos sistemas de saúde sejam feitas considerando-se os vários sentidos da integralidade no SUS (BRASIL, 2011b). Gomes et al. (2011) considera que há, portanto, uma provável discrepância entre a concepção da APS no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais, sendo necessário compreender a configuração

da APS, as condições de sua inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde.

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram realizados visando o fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) pelo MS em 2000, a implementação da PNAB em 2006 e revisada em 2011 e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006 documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da ESF caracterizando-a como norteadora da APS.

O estudo realizado por Machado et al (2008) analisou os arranjos organizativos da APS em 22 municípios do Rio de Janeiro, os autores identificaram a co-existência de diferentes modalidades de APS. As configurações diversificadas da APS e da inserção da ESF nos sistemas municipais remete há uma provável heterogeneidade dos arranjos organizativos da APS no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais.

O SUS contempla ações de saúde que devem ser realizadas por uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, com incorporação de tecnologias adequadas a cada ponto da rede de atenção, a fim de que seja garantido o atendimento integral da população (BRASIL, 1999). No cenário brasileiro a organização do sistema público de saúde está fundamentada principalmente pela implantação de redes de UBS, por ser esta a forma reconhecida de maior regionalização e hierarquização no desenvolvimento de ações em APS.

3.6 Processos organizativos em atenção primária

A organização da APS e do cuidado precisam gerar métodos de estimulação e cooperação com os diversos grupos sociais por meio da formação de parcerias. A APS deve incorporar atividades intersetoriais capazes de ultrapassar as unidades de saúde, alcançando o contexto histórico, social, cultural, político e econômico da sociedade, e procurando incrementar a saúde dos indivíduos (BRASIL, 2011b).

A compreensão e mapeamento dos processos organizativos e institucionais tornam-se essenciais em gestão, sobretudo por fundamentarem a execução, documentação e monitoramento das ações desenvolvidas. Geralmente a

abordagem centrada em processos combina com a busca por melhorias do funcionamento dos serviços (CUNHA, 2012).

Nesta dissertação, processo organizativo é compreendido como processo de trabalho, que inclui, além dos aspectos organizacionais, os estruturais como elementos importantes para a qualidade no desenvolvimento das ações em serviços de saúde.

As sociedades organizam e operam a saúde de forma diversificada em função de vários fatores, dentre eles as bases estruturantes de seu sistema de proteção social. Neste sentido reconhece-se que os princípios organizativos da atenção à saúde estão fundamentos nos modelos vigentes e no diálogo com a lógica de estruturação do cuidado em saúde (CONILL, 2008).

Segundo Botti e Scochi (2006) semelhante ao que ocorre em outras áreas da administração pública, como educação, segurança e assistência social, o processo organizativo das UBS ainda é deficiente, dificultando a concretização das políticas públicas.

Para Bodstein (2002) a organização da rede de serviços de saúde, seja no âmbito quantitativo ou qualitativo, representa um progresso fundamental na reforma do setor saúde, porém é fortemente dependente do desempenho gerencial que determina variações em termos de resultados e impactos na saúde da população.

O processo organizativo de uma UBS muitas vezes é compreendido como a simples administração de poucos recursos humanos e materiais destinados ao funcionamento dos programas e estratégias formulados pelas esferas de gestão, contudo esta percepção não corresponde aos compromissos e desafios para a consolidação de um modelo de assistência norteado pelos princípios de regionalização e descentralização propostos pelo SUS (BOTTI; SCOCHI, 2006).

Em estudo realizado sobre a organização de UBS, Botti e Scochi (2006) destacam alguns determinantes dos processos organizativos, considerando que a UBS é a “porta de entrada” do sistema de saúde e as implicações decorrentes da natureza do trabalho de assistir a comunidade. São considerados determinantes:

- A proximidade com a comunidade, por representar a figura do Estado, caracterizado pela ausência de pertencimento de alguns usuários, com consequente ações de vandalismo. Além disso, essa proximidade pode tornar a UBS alvo de políticas de caráter eleitoral, ou ainda, a ideia de que a equipe de saúde é

opponente da população, o que torna evidente o desconhecimento quanto à estrutura organizativa dos serviços públicos.

- Outro aspecto é a interdependência da UBS com outros serviços da rede de atenção, assim para que a APS possa ser resolutive é preciso o adequado funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, ademais os outros órgãos relacionados à saúde nas três esferas de gestão. É necessário um sistema efetivo de referência e contrarreferência, embora haja autonomia da UBS para ações de promoção e prevenção, está dependente diretamente de outros pontos da rede de atenção para o desenvolvimento da promoção, proteção, recuperação da saúde e garantia do caráter integral do cuidado.

- Como determinante dos processos organizativos na UBS está o mediador, profissional atuante na UBS, pois suas concepções podem determinar o cotidiano do trabalho, alguns aspectos na composição dessas concepções podem ser relevantes para a atuação na organização da UBS como a práxis autoritária, o individualismo, a subjetividade, a internalização do pensamento normativo, e a suscetibilidade diante das pressões externas da comunidade e do nível da gestão.

Com a apresentação dos determinantes de processos organizativos é possível compreender inicialmente o conjunto de características a serem analisadas quando se pretende identificar estes processos em APS e que o processo organizativo está intimamente vinculado ao planejamento.

O planejamento em processos organizativos é determinante tanto para a gestão de modo mais amplo, assim como para que se defina os processos internos (de trabalho) de uma equipe de APS. Nesta perspectiva, Merhy (2002b) considera ser preciso uma caixa de ferramentas que contenha essencialmente saberes de como as coisas devem ser feitas, o que remete para a compreensão do próprio saber fazer, como uma tecnologia vital para o agir governamental e da gestão.

No estudo de Botti e Scochi (2006) foram elencados alguns objetivos definidores (caixa de ferramentas) para as ações organizativas da UBS, tais como: desenvolver a participação e a construção coletiva; conferir responsabilidades para todos os atores sociais envolvidos, estabelecendo representações efetivas das categorias profissionais; implementar o controle social; garantir periodicamente um espaço coletivo de discussão com a participação de todos os trabalhadores da UBS e representantes dos usuários, para a realização do planejamento local; desenvolver ações intersetoriais para a promoção de saúde nos bairros de abrangência da UBS.

Assim, verifica-se que no setor saúde, os processos de trabalho são também determinados pelas relações entre saúde e sociedade (MOTA; SILVA; SCHRAIBER, 2004). O trabalho, como determinante na construção do homem moderno, influencia as relações sociais e as configurações de sociedade, e assume centralidade quando se busca compreender as relações de produção e o próprio homem. O trabalho percebido como essencial a condição humana, com certo valor vital e até espiritual fomentou a ideia de produção e o excedente, o qual poderia ser trocado, acumulado e vendido. Esta concepção foi relevante para a construção da racionalidade capitalista ocidental moderna (WEBER, 1996).

Para Marx (1994, p. 49) o trabalho assume extrema importância na história humana e sob a perspectiva materialista da história, considera que: “Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza”. Além disso, Marx (1994), ao analisar o processo de trabalho, e assim o papel do homem neste processo, expõe que a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Tais aspectos conformam uma prática de trabalho, um dado processo, o qual está em permanente interação com aspectos subjetivos, sociais e políticos.

No final da década de 1960, Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975, 1976) fundamentada em referenciais teóricos de estudos sociológicos iniciou as análises sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. No Brasil e na América Latina estas análises tiveram diversos desdobramentos, em toda a área de saúde, desde as políticas e estruturação da assistência até os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Sob a ótica das profissões e as práticas de saúde, constituíram-se dois relevantes conceitos: força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde (SCHRAIBER, 1997).

O conceito de processo de trabalho em saúde foi formulado a partir da análise do processo de trabalho médico em particular, por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979, 1992), sob a perspectiva de estudo iniciada por Donnangelo (1975, 1976), o autor estudou a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. Para Mendes-Gonçalves (1992) o processo de trabalho e todo arsenal que o compõe constituem categorias abstratas e teóricas, que contempla a

compreensão de certos aspectos da realidade, no âmbito da saúde, são as suas práticas, que constituem a base essencial da efetivação do trabalho.

Para Pires (2000) e Almeida et al. (2009) a compreensão do processo de trabalho em saúde é dada pelo conjunto de ações coordenadas desenvolvidas pelos trabalhadores, em um cenário em que os atores são os indivíduos, famílias e grupos sociais, e estes são tidos como o objeto de trabalho, enquanto os saberes e métodos representam os instrumentos, que por sua vez, originam a atenção em saúde, o produto. O trabalho em saúde está na esfera da produção não material, que se integraliza no ato de sua realização. O resultado final não refere-se a um produto material comercializável no mercado, já que o produto é a própria realização da atividade, com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o objeto de trabalho representa o que será transformado, a matéria-prima, sendo está no setor saúde as necessidades humanas de saúde, ou seja, o objeto será aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador.

O conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos profissionais de saúde inseridos no cotidiano da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, neste processo de trabalho diário está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde (FITTIPALDI, 2013).

Conforme definição de Merhy (2002a) o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário. É a partir do encontro que haverá a possibilidade de construções que possam ter impactos positivos nos problemas de saúde, no sentido de que tais construções pressupõem a inter-relação dos envolvidos.

Sob esta concepção, a matéria-prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica que a produção se execute entre trabalhador e usuário. No momento que se encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e coparticipação entre esses sujeitos. Nesse sentido, é primordial

acolher as singularidades, ou seja, o original e criativo que emerge dos encontros, e perceber que ambos – profissional e usuário – são sujeitos ativos do processo da produção de saúde (PEREIRA; LIMA, 2009).

O modo como o trabalho em saúde se organiza para atingir seu fim – a produção do cuidado – é um terreno bastante complexo (MERHY, 2007b). Na área da saúde, estabelecem-se tensões, instabilidades e incertezas entre as políticas e organizações fortemente instituídas, porém, nela também atuam forças instituintes que engendram novos arranjos e modos de “fabricar a saúde”, especialmente no Brasil, em que o SUS é fruto de forças sociais que se organizaram em torno do Movimento da Reforma Sanitária.

Essas especificidades do trabalho em saúde se mostram no momento do encontro do profissional com o usuário. Esse momento, seguindo o raciocínio de Merhy (2002a), é constituído por tecnologias leves que se manifestam quando há a interação entre os sujeitos. Essas tecnologias permitem produzir relações, construção, ou não, de acolhimentos, vínculos, responsabilizações, jogos transferências e construção de outros saberes.

Nesse encontro entre trabalhador e usuário está sendo produzido um “trabalho vivo em ato”, que objetiva a produção de escuta e responsabilização, a constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção (MERHY, 2002b). O “trabalho vivo” em saúde é entendido como trabalho em ação, por possibilitar a expressão da criação por parte do trabalhador que o realiza através da utilização de determinados instrumentos materiais e de certo saber operante (instrumentos imateriais), atendendo às suas necessidades cotidianas. Há o “trabalho morto” que são todos os produtos que estão relacionados ou com a matéria-prima ou com as ferramentas utilizadas (MERHY, 2002a).

Com estas definições verifica-se que o “trabalho vivo” em ato deve ser a finalidade de qualquer ação em saúde, porém faz se necessário o uso de tecnologias de trabalho, bem como um conjunto de conhecimentos e ações que se materializam em recursos teórico-técnicos, instrumentos e máquinas. São as “tecnologias leves, leve-duras e duras”. Estas últimas são as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, ou seja, nos equipamentos. As “tecnologias leve-duras” são os saberes bem estruturados, os quais podem se observar, por exemplo, na clínica, na epidemiologia, nos diagnósticos. E as “tecnologias leves” são as

chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e do cuidado (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

No âmbito da APS, o processo de trabalho deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011b). A atenção integral tem como principal desafio superar o modelo de atenção fragmentado, superação que deve começar pela organização do processo de trabalho na APS (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003).

No contexto dos serviços de APS, o processo de trabalho deve ser caracterizado por: ser realizado por equipes multiprofissionais; ter território definido e atuação sobre a população de sua responsabilidade; realizar acolhimento com escuta qualificada a todas as demandas da população; orientar-se por planejamento local e fortalecimento pela participação e controle social. Além disso, a Implementação de atividades com foco nas necessidades de saúde da população, priorizando intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco e vulnerabilidade. Todos os profissionais que atuam na APS possuem atribuições comuns, com destaque para: atuação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, com identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; atualização contínua das informações; priorização das situações a serem acompanhadas por meio do planejamento local em saúde (BRASIL, 2011b).

Considerando as características dos processos de trabalho, bem como a possibilidades de identificar os arranjos organizativos das equipes de APS, a descrição e análise destes arranjos irão contribuir para a melhoria permanente da APS ofertada ao cidadão, além de incentivar o fortalecimento de ações e estratégias da gestão do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busque apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, quanto do gestor municipal.

3.7 Singularidades dos arranjos organizativos em atenção primária

As estratégias utilizadas para garantir o acesso à APS e para que as unidades de APS se constituam como referência e primeiro contato da população com a rede de saúde, têm variado de acordo com as realidades municipais e regionais. Apesar de quase 30 anos da criação do SUS, a estruturação da APS está

ainda em andamento e com grande diversidade em aspectos como: implantação, funcionamento, programas prioritários, resolutividade clínica, acolhimento da população adscrita e acesso a rede especializada.

Existem diversas razões que dificultam a implantação de uma APS que sirva às necessidades da população, uma delas é pensar a APS como único serviço disponível para a população, ou compreendê-la como um lugar sem importância. Outra razão seria não conseguir assegurar equipes multiprofissionais suficientes para cobertura da população a fim de garantir o vínculo e cadastro, bem como qualidade da atenção (GOMES et. al., 2011).

No estado de São Paulo a ESF é considerada prioritária, entretanto há diferentes arranjos de organização da APS, são reconhecidos e pactuados na APS do Estado 3 tipos de arranjos (SÃO PAULO, 2013a):

- UBS composta exclusivamente pela ESF com equipe completa.
- UBS organizada a partir da oferta de especialidades médicas básicas (clínico geral, pediatria e ginecologista-obstetra), que seria o modelo tradicional, na qual são agregados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- UBS estruturada por meio da ESF, composta pelo médico generalista, mas que conta também com o suporte de médicos de clínicas básicas.

Em um país tão diverso como é o Brasil, diferentes realidades compõem a implantação da APS, entre elas as equipes tradicionais, as de ACS, equipes de ESF, as equipes mistas nas quais coexistem dois ou mais tipos de organização das equipes, ainda as equipes de consultório na rua, equipes para atendimento de populações rurais incluindo as fluviais, assentados e quilombolas. Considerando as singularidades destes arranjos é que estes são caracterizados na sequência.

3.7.1 Modelo Tradicional

Historicamente, a partir de 1920 os Centros e Postos de Saúde passaram a ser privilegiados como estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, não só em ações de prevenção e realização de exames periódicos, mas também ações nas áreas básicas: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia, passaram a ser realizadas.

Com a conformação destes arranjos de Centros e Postos de Saúde, foram instituídos os Programas de Saúde os quais com base em prioridades como

interesses políticos e econômicos, bem como necessidades urgentes da população, combinou-se tecnologias e intervenções de caráter clínico- epidemiológico calcado em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas.

Dentre as ações realizadas nos Centros e Postos de Saúde, destacaram-se os programas de combate à desnutrição e à diarreia na infância, de prevenção da AIDS, de imunizações, de prevenção do câncer de mama e de colo uterino, de aleitamento materno, de controle da hipertensão e do diabetes (JUNQUEIRA, 2002).

Embora tenha se configurado em importante estratégia, o sistema como um todo não sofreu as transformações substanciais esperadas e nem todas as necessidades de saúde da população foram correspondidas, pois muitos problemas ainda persistiram.

Com relação aos Programas de Saúde, a opção por operá-los tomando por base as especialidades de cada área técnica acarretou na fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas. Geralmente, onde existia o recurso disponível, o cardiologista atuava no programa de controle da hipertensão, o pneumologista, no programa de controle da tuberculose, o dermatologista, no programa de controle da hanseníase e assim por diante. Os demais profissionais, especialmente de enfermagem, distribuíram-se segundo as “especialidades”, cada um cuidando de seu próprio campo de atuação, sem integração uns com os outros. Reproduziu-se um atendimento especializado, muito próprio do ambiente hospitalar, comprometendo as premissas da APS, do vínculo entre usuários, famílias e profissionais (CAMPOS, 2006).

As dificuldades em compor cada um dos Centros e Postos de Saúde com recursos suficientes para operar cada programa foram notórias nesse modelo, de tal forma que, por exemplo, unidades possuíam atendimento da criança, às segundas e sextas-feiras pela manhã, de clínica médica, às terças e quintas-feiras, da mulher, às quartas-feiras, e assim por diante (LEVY et. al, 2004).

O modelo tradicional de APS, ainda coexiste em diferentes realidades brasileiras, e caracteriza-se por ter sua equipe formada por médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Pode contar ainda com médicos de diversas especialidades (como oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), distribuídos irregularmente pelas UBS. A demanda atendida se

apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Neste caso não há adstrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde (ELIAS et al., 2006).

Estas características fragmentadas e fortemente enraizadas no modelo hospitalocêntrico de organizar a atenção à saúde não corresponde mais as necessidades da população e tão pouco as diretrizes do SUS e da APS. Desde 1991 com o PACS e posteriormente com a definição da ESF como ordenadora da APS, tem se buscado reverter este modelo de atendimento nas UBS.

3.7.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS

O PACS foi criado em junho de 1991, pelo MS, visando contribuir com melhoria da qualidade de vida, a partir de intenso foco na educação em saúde. O programa foi organizado para agir de maneira objetiva e direta em problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o Agente Comunitário de Saúde - ACS atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade.

Com relação à atuação do ACS, Kluthcovsky e Takayanagui (2006) considera que este deve atuar a partir de três dimensões: a técnica, operando com saberes da epidemiologia e clínica; a política, utilizando saberes da saúde coletiva, e a de assistência social, possibilitando o acesso com equidade aos serviços de saúde.

Em 1999 o MS lançou um documento que estabelece sete competências para o agente de saúde: dentre as principais funções dos agentes de saúde destacam-se levar à população informações capazes de promover o trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1999).

Nas configurações dos serviços de APS é prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da APS, com vistas à implantação gradual da ESF ou ainda como forma de agregar os ACS a outros formatos de organização da APS. Os ACS em UBS cujo modelo é considerado tradicional ou em transição

estará subordinado ao enfermeiro, sendo que cada enfermeiro poderá coordenar o trabalho de até 12 (doze) ACS, planejando e avaliando as ações realizadas por estes e ainda o enfermeiro tem a atribuição de facilitar a relação entre os profissionais da UBS e os ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade e risco (BRASIL, 2012a).

Para Viana e Poz (2005) a expansão do PACS para todo o Brasil contribuiu para inclusão da ESF como política prioritária do MS para ordenar a APS brasileira.

3.7.3 Estratégia de Saúde da Família – ESF

A Saúde da Família é uma das principais estratégias proposta pelo MS do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da APS. Está instituída sob a perspectiva de reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, e também, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadora.

A ESF incorpora os princípios do SUS e se estrutura a partir da USF, conforme contextualizado a seguir (BRASIL, 2011b):

- **Integralidade e Hierarquização:** Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde.
- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população.
- **Equipe Multiprofissional:** composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e ACS. Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais. O número de ACS deve ser suficiente para atender 100% da população cadastrada,

com um máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por ESF; Cada equipe de ESF deve ser responsável por no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 (três mil) respeitando critérios de equidade para esta definição.

- **Caráter Substitutivo:** substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.

A ESF favorece a partir de seu modelo de atenção à saúde a reorientação do processo de trabalho e representa maior potencial de aprofundar os princípios e diretrizes da APS, tais como ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar significativa relação custo-efetividade.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2011b), são admitidos outros arranjos de ESF considerando a inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes, podendo ter de dois a quatro médicos por equipe, com carga horária que pode estar entre 20, 30 e 40 horas semanais.

Ainda no âmbito da ESF, há equipes compostas por profissionais de saúde bucal, podendo contar com Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, TSB e/ou ASB.

A equipe da ESF pode ter seu processo de trabalho incrementado pelo NASF, que foi criado em 24 de Janeiro de 2008, através da Portaria nº 154/GM (BRASIL, 2008a), sob a premissa de priorização e ampliação da APS, a partir da qualificação da assistência e da gestão (BRASIL, 2008a). As equipes do NASF devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico possa contribuir na resolutividade das problemáticas de (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O NASF pauta-se no modelo teórico de Apoio Matricial proposto por Campos (1999), para assessorar as equipes de saúde da família com conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. A equipe de apoio matricial não assume referência assistencial, sendo esta função da ESF e nem se caracteriza como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado.

A ESF é um projeto prioritário no contexto do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Para Campos (2003) a ESF deveria ser adaptada aos distintos municípios conforme sua história, recursos disponíveis e quadro epidemiológico, devendo a equipe clássica servir como parâmetro mínimo.

Como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a ESF tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Norteada pelos princípios do SUS e da APS, busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais.

3.7.4 Equipe de Consultório na Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053 1, de 23 de dezembro de 2009, caracteriza como “população em situação de rua” (BRASIL, 2009a, p.2):

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória [...]

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (CnaR), considerando as como porta de entrada deste segmento populacional nos serviços de atenção (BRASIL, 2012e). Assim, o CnaR é um equipamento itinerante de saúde que integra a rede de atenção primária e desenvolve ações de atenção psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes

estabelecidas pela PNAB. Por isso, trabalha em parceria com as UBS e com os Centros de Atenção Psicossocial, priorizando que a assistência e o cuidado sejam realizados no próprio território de rua (BRASIL, 2011b).

A assistência em saúde oferecida pelo CnaR está direcionada para acolher demandas diversificadas e complexas, considerando a “saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco” (BRASIL, 2012f, p. 34), abrangendo também atendimento para problemas ou complicações advindas do abuso de álcool e outras drogas.

A organização do cuidado na rua sob a lógica de CnaR, em sua concepção original, se constitui como uma das estratégias para o estabelecimento de elos de ligação entre o serviço de saúde e a população em situação de rua, já que o encontro diretamente na rua pode constituir em um meio para a construção de vínculos que estimulem a ida dos usuários às unidades de saúde. Assim, se o encontro entre profissionais da ESF e os usuários ocorre no domicílio e no serviço de saúde, no CnaR o encontro é na rua. As ações na rua são focadas na redução de danos, que têm como característica principal ofertar cuidado no espaço da rua (BRASIL, 2012e).

Em 2009, o Ministério da Saúde propôs que o CnaR se tornasse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas no setor da saúde, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, que tem o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam álcool e outras drogas, por intermédio de ações de saúde na rua, admitindo-se a possibilidade do uso deste dispositivo visando ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da APS (BRASIL, 2010b).

As equipes de CnaR tem como proposta o acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.

Entre os profissionais habilitados para atuarem no CnaR, a normatização ministerial relacionou: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar de enfermagem e terapeuta

ocupacional. Sempre que se inclua o técnico em saúde bucal, deve ser assegurada a supervisão de cirurgião-dentista. O agente social corresponde a uma ocupação de nível médio, devendo tal trabalhador ter agregado em seu perfil de competências conhecimentos em Redução de Danos (BRASIL, 2009a).

As equipes dos CnaR deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo carga horária mínima semanal de 30 horas, tendo horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana. Todas as modalidades de equipes dos CnaR podem agregar ACS e com isso complementar suas ações. Estas equipes podem manter relações permanentes com os NASF, onde podem estar localizados outros profissionais como sanitaristas, médicos veterinários, além das profissões já citadas, com domínio em diversas áreas de especialidade (ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria, por exemplo) (BRASIL, 2012f).

Os CnaR lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

A Portaria GM/MS nº122, de 25 de janeiro de 2012 define três modalidades de CnaR: a Modalidade I tem a composição mínima de dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, excetuando-se o médico. A modalidade II teria, no mínimo, três profissionais de nível superior e três de nível médio, excetuando-se o médico. A modalidade III teria o acréscimo do profissional médico à segunda modalidade. Os aspectos que também foram abordados para a atuação da equipe multiprofissional pautaram-se na da redução de danos e a proposta de oferecer acesso a outros serviços da rede de atenção, bem como a articulação em rede intersetorial no âmbito das políticas públicas (BRASIL, 2012f).

Frente a este contexto os CnaR, instituídos também pela PNAB, integram o componente atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos nesta política, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

3.8 Atenção Primária à Saúde na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde

O SUS contempla em seus princípios organizativos a descentralização e a regionalização. No início da década de 90 a municipalização do sistema de saúde configurou em iniciativa propulsora da descentralização. Este processo, no entanto não ocorreu de forma sistemática como previsto no arcabouço legal do SUS, como consequência tem se a fragmentação do sistema.

Esta fragmentação manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (SANTOS, 2013).

Para enfrentar esta fragmentação, a partir de 2001, com a NOAS, e em 2006, com o Pacto pela Saúde, em especial o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b) enfatizou-se a instituição de redes regionalizadas. Esse processo é permeado pela cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e com a APS caracterizada como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

A regionalização no âmbito da APS se relaciona com a capacidade desse nível de atenção se organizar, para corresponder aos princípios propostos, na perspectiva da universalidade e equidade. Em 2010, a portaria 4.279 do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes e 58 estratégias para a implementação das RAS, dentre as quais está o fortalecimento da APS e do seu papel na coordenação do cuidado. Este padrão nacional para organização dos serviços de saúde depende da atuação de cada esfera nas suas funções gestoras, a fim de resultar em melhores condições de acesso e saúde da população. A referida portaria definiu também as regiões de saúde, considerando as como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das RAS e o processo de regionalização como estratégia fundamental de configuração das redes (BRASIL, 2010c).

A regionalização no Brasil é apontada como um desafio seja pela ausência de investimentos compatíveis com a ampliação de cobertura do SUS (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010), seja por características como as

dimensões territoriais do país ou pelas desigualdades e diversidades regionais aqui presentes (DOURADO; ELIAS, 2011).

Lima (2016) sintetiza alguns condicionantes para a regionalização no Brasil, em eixos de determinação relacionados entre si: (1) a desigualdade e a diversidade territorial do país; (2) a abrangência e as distintas lógicas territoriais observadas na atuação do Estado e na organização da atenção à saúde; (3) a multiplicidade de atores que exercem funções de financiamento, gestão e prestação de ações e serviços em âmbito regional; (4) as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta usam de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais.

A publicação do Decreto presidencial nº 7508 de 6 de outubro de 2011, a fim de regulamentar a Lei nº 8.080/1990, trata em especial da organização e funcionamento administrativo-sanitário do SUS, considerando a regionalização e hierarquização dos serviços, trazendo para o centro dessa organização a regionalização, uma vez que o SUS é descentralizado ao mesmo tempo em que é regionalizado – uma descentralização unida pela regionalização. Ainda que essa regionalização tenha sido objeto de muitas portarias ministeriais, entre elas a Norma Operacional Básica 1/96, nunca alcançou uma institucionalidade que se propõe com o Decreto (SANTOS, 2012).

Instrumentos de planejamento e organização da RAS são propostos no Decreto a fim de favorecer a regionalização, tais como o mapa sanitário, os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), os Planos de Saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e são instituídas as CIR antes denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) (BRASIL, 2011a).

O território regional deve ser o espaço da cidadania, o que supõe uma abrangência de serviços, como educação, moradia, transporte, lazer, cultura, e no caso da saúde o território regional deve ser aquele que permite ao cidadão satisfazer suas necessidades de saúde, superando-se assim o que Santos (2002, p.151) enfatiza, que as “desigualdades sociais, são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais”, por derivarem do lugar onde cada um se encontra. E sendo esse lugar desigual em relação aos demais, essa desigualdade irá permear os serviços existentes naquele território promovendo desigualdade entre as pessoas em razão do território onde habitam (SANTOS, 2012).

A rede regionalizada de serviços poderá favorecer a equidade regional, assim a região de saúde deve ser o espaço que conjuga serviços de vários níveis de densidade tecnológica, nos termos do disposto no art. 5º do decreto, um mínimo de ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; vigilância em saúde (SANTOS, 2002).

Para Mendes (2009) a organização das redes de atenção de modo eficiente deve fundar-se em: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção.

Considerando a relevância de se consolidar um sistema de saúde capaz de garantir o princípio da integralidade, tem-se a necessidade de definir regiões de saúde, a fim de que sejam estabelecidas relações intermunicipais solidárias. A definição de regiões de saúde, deve se fundamentar ainda em aspectos como existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios, a identificação de fluxos assistenciais e um perfil da disponibilidade de recursos, insumos, equipamentos em escala adequada à qualidade de acesso (CONASS, 2009b), além de identidades socioculturais e do perfil epidemiológico de cada um dos municípios que irão compor da região de saúde.

No estado de São Paulo, desde 2007, sob as premissas do Pacto pela Saúde foram constituídas 63 Regiões de Saúde e suas respectivas CIR. Desde 2012 foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a proposta de estruturação de 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), ordenadas a partir da APS, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado (SÃO PAULO, 2013a).

Na conformação das RRAS a APS deve ser responsável pela gestão do cuidado, garantindo a integralidade, por meio de processos regulatórios instituídos a partir da UBS. A responsabilidade pela oferta de atenção integral à saúde da população é das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, além disso, os municípios têm como responsabilidade a garantia da oferta da APS no seu território.

A resolução de “todas” as necessidades de saúde no município geralmente resulta em altos custos e respostas pouco eficazes. Reconhecer outros

pontos de atenção na Região de Saúde que possam responder a essas necessidades potencializa a capacidade de resposta dos municípios e racionaliza os gastos com o setor. Nesse sentido, a pactuação regional, orientada por necessidades da população e pelo perfil epidemiológico local, é imprescindível para a garantia da integralidade na atenção à saúde (SÃO PAULO, 2013a).

A SES-SP, por meio do DRS, coordena o processo de reconhecimento das necessidades regionais de saúde no âmbito da CIR, de forma compartilhada com os gestores municipais, articulando ações coletivas e individuais para definição de prioridades e estratégias de intervenção, além de fortalecer e qualificar os processos de planejamento e seus instrumentos de gestão.

Desse modo, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, além de organizar o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde-doença e garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário. A integração da APS à rede assistencial é essencial para a garantia da atenção conforme os princípios do SUS e necessidades da população.

No Brasil, mais de 80% de municípios brasileiros têm menos de 50.000 habitantes, com sua rede de serviços de saúde resumindo-se à APS (ALMEIDA; SANTOS, 2015), portanto, estes municípios demandam em algum grau, de outros níveis de complexidade de atenção fora de seus limites geográficos.

Somente através do planejamento, integração, regulação e financiamento em uma RRAS, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo. Independente de quão heterogêneo precise ser a organização dos serviços de saúde no Brasil, para atender às diferentes demandas da população e particularidades dos territórios, o usuário precisa ter acesso a mesma gama de serviços em tempo oportuno e sair com o seu problema de saúde resolvido. A organização em redes regionalizadas é o que possibilita o alcance desse acesso, contudo é preciso constante esforços para consolidação desta proposta de organização do sistema de saúde (LIMA, 2016).

A fim de que a APS possa ordenar o funcionamento da rede de atenção, é preciso considerar os mecanismos instituídos pelo SUS para a sua gestão,

considerando aspectos como pactuações solidárias, bem como o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde.

3.9 Gestão da Atenção Primária à Saúde no contexto do SUS

O município é território de formulação de políticas e de sua implementação, além disso, configura-se em espaço social dinâmico em que se identifica problemas e são propostas novas estratégias para a produção em saúde, seja na perspectiva macro de organização dos serviços ou até mesmo no contexto micro dos processos de trabalho em saúde.

A implantação das NOB 1991, 1993 e 1996, desencadeou um processo de descentralização intenso, definindo a transferência de responsabilidades e recursos para estados e, especialmente para municípios, com vistas à operacionalização do SUS.

No que concerne à formulação das políticas de saúde locais, o gestor pleno do sistema de serviços de saúde tem como primeira tarefa conhecer a situação de saúde de seu território e elaborar o plano de intervenção local, que se estende às pactuações e negociações intermunicipais, efetivando a inserção de seu município na realidade regional (CARNEIRO; FORSTER, FERREIRA, 2013).

O Pacto pela Saúde publicado pela Portaria Ministerial nº 399/2006 preconiza que todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união. O Pacto de Gestão especifica como responsabilidades de cada esfera de governo: a Regionalização; o Planejamento e Programação; a Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; a Participação e Controle Social e a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006b).

Os pactos de gestão relacionam-se à política de descentralização, pois implica a divisão de responsabilidades, a cooperação técnica e financeira entre as esferas de governo, incentivo à transparência pública e a participação da população. A pactuação na gestão do SUS tem caráter estratégico no contexto brasileiro em função das diferenças socioeconômicas e da distribuição desigual de serviços, tecnologias e profissionais de saúde no setor saúde dos diversos estados e municípios. Com isso, os pactos constituem-se em um estímulo à cooperação

intergovernamental e delegação de responsabilidades no desenvolvimento das ações com consequente redução da disputa por recursos (BRASIL, 2006b).

Em âmbito nacional, o processo de pactuação qualifica-se por uma implementação diversificada, evidenciando-se características situadas entre dois pólos: o “burocrático” e o “dinamizador”. O primeiro caracteriza-se pela implantação fragmentada das diretrizes do Pacto pelos diversos setores das secretarias municipais, enquanto o segundo contempla a integração dos processos de implantação dessas diretrizes no âmbito dos sistemas municipais de saúde (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

Segundo Souza e Teixeira (2012) na prática, municípios e estados aderem à pactuação de metas e indicadores, motivados, pelo recebimento de recursos financeiros, sem definição de mecanismos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas. Dessa forma, os pactos, na maioria das vezes, são conduzidos de forma cartorial, burocrática, cumprindo apenas os ritos de habilitação preconizados, visando somente a captação de recursos.

Com os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão ocorrem avanços no sentido de reconhecer a importância do trabalho em APS como eixo estruturante do SUS. Essas políticas buscam a valorização do trabalho e dos trabalhadores da APS, a abordagem adequada de conflitos, a humanização, a participação popular e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2006b).

No contexto da APS as ações devem ser fundamentadas no exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, que considere o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, e concomitantemente busca a promoção da saúde do indivíduo, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos (BRASIL, 2011b).

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Assim o planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma contínua e articulada, o que compete aos gestores federal, estadual e municipal, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento da saúde integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades de saúde, constituindo as diretrizes, os objetivos e as metas para a promoção,

proteção, recuperação e a reabilitação em saúde, construindo e utilizando os instrumentos de gestão especificados abaixo (LUPPI et al., 2011):

- Plano de Saúde (PS): reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo.

- Programação Anual de Saúde (PAS): as ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao PS devem está contemplado na PAS, na qual são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico.

- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS): é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas definidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução.

- Relatório Detalhado: é o instrumento de prestação de contas do gestor do SUS referente a cada quadrimestre.

- Relatório de Gestão: apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurado com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Os documentos de gestão dos sistemas municipais de saúde, como Plano Municipal de Saúde (PMS) e Relatório de Gestão (RG), são considerados importantes instrumentos para o exercício de uma adequada gerência dos sistemas de saúde. Eles devem estar articulados de tal forma que se subsidiem mutuamente em um fluxo ascendente que integre as diversas esferas de governo. Além disso, devem contar com a aprovação das instâncias de controle social. Assim permitindo vislumbrar a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com possibilidade de efetivar uma gestão de qualidade.

A escolha do caminho para construção das diretrizes de atenção e gestão se orienta por experiências acumuladas pela equipe de gestão, pelas experiências publicizadas, teorizadas e vividas em diferentes realidades brasileiras.

Para que a gestão da APS possa se efetivar enquanto organizadora da rede de serviços em cada município é preciso que sejam estabelecidos os preceitos apresentados na sequência (SÃO PAULO, 2013a):

- Regionalização: para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde.
- Modelo de organização: A organização da APS é heterogênea, com diversos arranjos organizativos, entretanto é preciso reconhecer a existência e dar legitimidade a estes diferentes formatos, desenvolvidos em distintas realidades loco-regionais, desde que tomem como referência os mesmos princípios e diretrizes da ESF.
- Financiamento: é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. Os recursos de investimento devem ser priorizados a partir de uma política de financiamento de curto, médio e longo prazo, em consonância com as diretrizes nacionais, potencializando políticas das três esferas de gestão, buscando fortalecer os processos de regionalização.
- Gestão de pessoas, trabalho e educação em saúde: a gestão de pessoas vem sendo apontada como um problema central para o desenvolvimento adequado da APS, principalmente no que se refere a contratação e fixação dos profissionais, em especial do médico. Além disso, a falta de preparo técnico e perfil profissional para a realização do trabalho proposto é verificado com frequência. É preciso que haja uma prática e uma formação geral dos profissionais de saúde, para atuar junto a todos os grupos populacionais envolvidos na atenção, considerando as necessidades e especificidades da população.
- Indicadores e Monitoramento: as ações de avaliação e monitoramento da APS são fundamentais para os municípios, estados e união, porque trazem informações norteadoras para construção e consolidação desta Política. O instrumento utilizado deve ser dinâmico e sistemático, com ações pactuadas e fundamentadas em perfis de qualidade da APS.
- Planejamento e programação: as diretrizes e metas de APS, monitoradas através de indicadores de desempenho devem estar inseridas no PS e

nas Programações Anuais de Saúde de todas as esferas de gestão. Além disso, dentre as responsabilidades da gestão municipal está a alimentação de sistemas de informação nacionais existentes, uma vez que são ferramentas de gestão importantes para suporte ao planejamento das ações, subsídio à tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde e contribuição para ações de melhoria do Sistema e da Gestão em Saúde.

No cenário da gestão, a implementação dos projetos municipais ocorre numa arena política permeada por interesses distintos e sofre interferência significativa da disponibilidade financeira do município e dos mecanismos legais e organizacionais da máquina estatal local (SILVA, 2001), além da interferência de questões relativas à cultura política e da realidade de cada local.

Os gestores municipais, comprometidos com a construção de modelos assistenciais usuário-centrados, muitas vezes enfrentam resistências políticas nos próprios governos municipais, habituados a práticas políticas clientelistas e que não se dispõem a enfrentar os interesses privados da Saúde, muitas vezes enraizados dentro da máquina estatal. A construção de coletivos comprometidos com a produção do cuidado e com a gestão democrática exige a busca de dispositivos capazes de criar espaços permanentes de discussão e reflexão sobre o trabalho e a gestão (FLEURY, 2006).

A Gestão Colegiada é democrática, como uma cogestão que rompe com os organogramas piramidais e cria Unidades de Produção (UP) com equipes interdisciplinares envolvidas em um mesmo tipo de trabalho que busca conciliar desejos subjetivos com objetivos e finalidades construídos, compartilhadamente, no trabalho em saúde com população. Ter um modelo de gestão em que todos participam, significa a necessidade de mais tempo para a comunicação, para negociar as diferenças, tempo para reflexão, para aprendizagem, para reorganização dos processos de trabalho global e parciais de formas desconhecidas e criativas (BRASIL, 2009b).

A cultura organizacional é fator de viabilidade em todo processo de mudança (RIVERA, 2003), possui traços facilitadores e dificultadores e a metodologia gerencial representa um nó crítico para lidar com a cultura existente em cada espaço de trabalho e gestão (RAUPP, 2008).

Na perspectiva de fortalecimento da APS, diferentes dispositivos de contratualização foram adotados no Brasil e condicionados pelas particularidades

políticas e institucionais de cada governo e localidade, bem como o ente federativo contratante e o estatuto jurídico do prestador de serviços contratado (público ou privado). Identificam-se atualmente quatro dispositivos:

1. Contrato interno entre uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), unidades de saúde e equipes pertencentes à Atenção Domiciliar;
2. Contrato de gestão entre a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS);
3. Contrato de gestão entre uma SMS e uma Organização Social de Saúde (OSS);
4. Contrato interno entre municípios e o governo federal como o PMAQ-AB.

O PMAQ-AB, além de sua característica avaliativa, trata-se de um modelo de contratualização entre o governo federal, estados, municípios e equipes de APS que vincula parte do financiamento federal da APS à implantação e alcance de melhores padrões de acesso e de qualidade pelas equipes. Entre os seus objetivos, destaca-se a instituição de processos que ampliem a capacidade da gestão municipal e das equipes de APS de ofertarem serviços melhor ajustados às necessidades da população. Aposta em mecanismos que possam provocar diálogo, negociação, reflexão sobre a prática cotidiana e gestão das mudanças.

No âmbito municipal, no que se refere à APS, são dimensões essenciais da gestão do sistema de saúde, incluindo a APS, os preceitos apresentados a seguir (BRASIL, 2013a):

- Gestão Municipal:

- a) Implantação e implementação da APS no município: como eixo estruturante da RAS no município são fundamentais para a consolidação e o aprimoramento do SUS, possibilitando assim a coordenação do cuidado e a ampliação do acesso dos usuários.

- b) Organização e integração da RAS: é uma estratégia que pretende promover o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população.

- c) Gestão do Trabalho: trata-se de que equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários. São importantes as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, a fim de proporcionar a qualificação do vínculo de trabalho na APS, a implantação de programa de incentivo de remuneração das equipes, seja por desempenho,

cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e oferta de atenção integral à saúde do trabalhador.

d) Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário: assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde.

- Gestão da APS:

a) Apoio Institucional: implica o modo específico de fazer gestão junto a equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e toma os problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, na perspectiva de facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

b) Educação Permanente: para que o redirecionamento do modelo de atenção ocorra totalmente, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, o que requer de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para definição e operacionalização de práticas transformadoras, assim como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

c) Gestão do Monitoramento e Avaliação: a incorporação do monitoramento e avaliação constitui aspecto fundamental para subsidiar melhorias das políticas implementadas, as ações neste âmbito devem ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, numa abordagem de informação para a ação, e sejam incorporadas no conjunto das atividades dos gestores e das equipes.

- Unidade Básica de Saúde:

a) Infraestrutura e Equipamentos: estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para o acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

b) Insumos, imuno-biológicos e medicamentos: a disponibilidade e a suficiência destes itens são essenciais para o desenvolvimento de ações em saúde e envolve diretamente a gestão.

A construção de uma APS resolutiva e humanizada torna-se necessária, e esta deve trabalhar com instrumentos capazes de coordenar o processo de atenção à saúde. É fundamental, portanto, que haja uma gestão, que reconheça as especificidades de cada território, a realidade histórica das formas de organização e garanta a melhoria e qualidade da atenção à saúde bem como influencie positivamente a vida da população (SÃO PAULO, 2013a).

O fortalecimento da APS é uma estratégia fundamental para a mudança do modelo assistencial em todos os pontos da rede de atenção, bem como a construção destas redes que garantam a integralidade, o acesso às ações e serviços de saúde e que a APS seja, efetivamente, a coordenadora da rede e orientadora das linhas de cuidado.

3.10 Avaliação e Monitoramento da Atenção Primária à Saúde

No Brasil políticas recentes têm priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Empreende-se esforços para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no país (BRASIL, 2013a).

A pesquisa avaliativa em saúde ganhou destaque após a Segunda Guerra Mundial, quando ocorreu a crise dos sistemas de saúde em todo o mundo e os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos, em consequência do grande desenvolvimento científico. A crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população, em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, e a necessidade de controlar os gastos públicos, inclusive os gastos com a saúde, levou a ideia de que o sistema de saúde não mais correspondia às necessidades da população e sua viabilidade estava comprometida. A difusão e a utilização de ações, sem a adequada avaliação, tiveram, em muitos casos, consequências adversas graves (LAMBERT, 1978; WARNER; LUCE, 1982; CONTANDRIOPOULOS, 2006; BRASIL, 2009c).

Cada avaliação é única, exigindo conhecimento do objeto e das estratégias de avaliação, bem como criatividade para que se alcancem resultados fidedignos e capazes de propor ações e subsidiar planejamentos. O processo avaliativo deve ser exercido com rigor e exatidão desde a elaboração, seleção dos

critérios de análise e metodologia apropriada, inserida em um processo de participação e negociação, com objetivo de julgar o mérito do objeto (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010; FELISBERTO; ALVES; BEZZERRA, 2010).

O processo avaliativo em saúde precisa ocorrer de forma dinâmica, como parte integrante do processo decisório, devendo, assim, estar presente nas diferentes esferas de gestão. Dessa forma, necessita ser um processo constante e sistemático, que articule as ações implementadas, objetivando subsidiar a definição de problemas, reorientar estratégias desenvolvidas, fornece elementos para a transformação das práticas sanitárias e mensurar impactos das ações sobre as condições de saúde das populações e sobre a organização dos serviços (MALTA; MERHY, 2004).

No que se refere a avaliação da qualidade em saúde é necessário elaborar indicadores, além de critérios e padrões para subsidiar o processo de comparação do real com o ideal, passo primordial em qualquer avaliação (ASSIS et al., 2005). Esses referenciais poderão quantificar e qualificar uma série de características de determinado objeto e disponibilizarão informações cruciais para se acompanhar a evolução das mudanças oriundas de um conjunto de práticas sociais, como as de saúde, bem como vão possibilitar a comparação entre diversos atores sociais, como profissionais ou serviços de saúde (STENZEL, 1996).

É importante optar por indicadores que sejam aceitáveis pelo conjunto de atores envolvido com o objeto avaliado e que forneçam informações pertinentes à tomada de decisão no cotidiano dos serviços. Por outro lado, esses indicadores devem ser capazes de identificar o maior número possível de problemas de qualidade, quando estes realmente existirem, e excluir os problemas, quando estes realmente não estiverem ocorrendo (SARTI, 2009).

Avaliar significa expor um valor a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos e se refere a um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, com o objetivo de direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades e programas. A avaliação deve ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução dessas ações (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 1997; TANAKA, 2011), devendo ser um processo crítico-reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, a fim de se tornar contínua e sistemática, mediada por relações de poder e constituindo importante função da gestão (FELISBERTO, 2006).

No contexto da avaliação da APS, Barbara Starfield, estudiosa na área, criou e validou, nos EUA, um instrumento chamado *Primary Care Assessment Tool* – (*PCATool*), com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, medindo a presença e a extensão dos atributos da APS para usuários adultos e para crianças. Os instrumentos do *PCATool* avaliam elementos de estrutura e processo, sendo os atributos da APS aferidos em ambas as dimensões. Os elementos de estrutura correspondem a acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os elementos de processo abrangem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde. O instrumento permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações (CASSADY et al., 2000; SHI; STARFIELD; XU, 2001).

Com a expansão da APS no Brasil, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimentos que possibilitem avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características de estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde (HARZHEIM et al., 2013). Assim, têm surgido vários movimentos que visam a institucionalização da avaliação no âmbito da APS e que estimulam a mudança nas práticas de pessoas e organizações de saúde, procurando qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações em saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO et al., 2009).

A compreensão da APS como processo complexo, inserido numa realidade social dinâmica, não-linear, permeada por contrários e correlações de forças, influencia concepções e proposições avaliativas. O foco da avaliação, ou objeto, é sempre "construído" ou "delimitado" pelos sujeitos envolvidos no ato de avaliar, ou seja, os fatos são delimitados a partir de distintas interpretações da realidade. Acredita-se que esta objetivação da realidade, por mais metodologicamente fundamentada que esteja sempre será um recorte, jamais o todo. Sob esta premissa, entende-se que a avaliação é um procedimento crítico-reflexivo, contínuo e sistemático desenvolvido sobre as práticas e processos de trabalho dos serviços de saúde. Como formalização, capta parcialmente a realidade,

uma vez que, sendo método, afere apenas o que se explicita com maior frequência e relevância interpretativa no contexto estudado (BRASIL, 2004c).

A participação ativa de estados, municípios e usuários em momentos avaliativos, além de democratizar relações de poderes propicia compromissos que podem viabilizar mudanças, uma vez que as responsabilidades passam a ser compartilhadas na esfera pública de decisões. Nesses termos, as instâncias de discussão e negociações do SUS, consubstanciados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) respectivamente - vêm se caracterizando como o cenário adequado para as pactuações referentes à política de saúde do Brasil.

No que se refere ao monitoramento, este é compreendido como face interligada aos processos avaliativos. A avaliação de cenários e perspectivas em saúde pressupõe a constante vigilância e acompanhamento de seus indicadores, traduzindo-se em ações rotineiras, planejadas e sistematizadas a partir da realidade que se pretende analisar para modificar. Portanto, é preciso monitorar cotidianamente as situações para melhor avaliá-las concebendo o monitoramento como parte e momento dinâmico das próprias ações avaliativas em curso (BRASIL, 2004c).

Um dos importantes instrumentos para a avaliação e o monitoramento da APS, proposto pelo MS, constitui-se no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que tem sido gradativamente substituído pelo E-SUS desde o ano de 2013, instrumento destinado a auxiliar os profissionais e gestores na tomada de decisões técnicas, para redefinição e reprogramação das ações a serem desenvolvidas em nível local (VASCONCELOS et al., 2008).

Ressalta-se que o monitoramento diferencia-se da avaliação por possuir caráter mais formativo. Seu principal objetivo é certificar a execução de determinado trabalho através de um exercício contínuo de acompanhamento de gestão. Para Ibañez et al. (2006) estudos de monitoramento do desempenho, apesar de serem mais superficiais que os de avaliação, podem complementar, informar e apoiar metodologicamente estudos de maior rigor avaliativo, fornecendo uma visão abrangente de determinado programa

No período de junho de 2001 a agosto de 2002, o MS por meio do DAB, visando aprimorar os mecanismos de avaliação da APS, realizou uma avaliação normativa do processo de implantação da ESF no Brasil, analisando questões relacionadas à estrutura física das unidades de saúde, outras relacionadas à gestão

e questões referentes ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal cadastradas no SIAB no mês anterior a coleta de dados. A avaliação consistiu na aplicação de um questionário que foi respondido por um ou mais profissionais da equipe. Os resultados evidenciaram que cerca de 80% das equipes trabalhavam com população adscrita de até 4.500 pessoas. Com relação à infraestrutura, apontou que os consultórios de enfermagem tiveram desempenho desfavorável, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. As unidades tinham uma quantidade aquém da desejada de equipamentos, insumos e medicamentos, comprometendo a qualidade das ações ofertadas e limitando o elenco de serviços que deveriam ser realizados na APS. No relatório, ainda foram constatados que a carga horária efetivamente cumprida pelos profissionais, principalmente médicos e dentistas, foi inferior a contratada. Também foram observados precários vínculos trabalhistas, culminando em alta rotatividade dos profissionais. A avaliação não pareceu estar consolidada, tendo em vista que menos da metade das equipes utilizavam o SIAB para essa finalidade (BRASIL, 2004c).

Conill (2006) reflete sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da APS, além da centralidade em se reconhecer a relatividade da noção de valor que orienta as escolhas políticas, programas e a avaliação. A parcimônia refere-se a seleção de indicadores que se mostrem viáveis e válidos nos diferentes níveis de gestão. O diálogo poderá orientar a escolha de estratégias educacionais que promovam interação entre ensino e aprendizado. E por fim, a continuidade, como um princípio que leva em conta a adesão dos profissionais.

Para Felisberto (2006 p.561), a institucionalização da avaliação como uma rotina dentro das organizações de saúde requer

[...] qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e a gestão, dando suporte a formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

Ibañez et al. (2006) publicaram artigo referente ao Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) para o Desenvolvimento de Estudos Avaliativos (Linhas de Base) proposto pelo MS. O estudo foi realizado em 62 municípios com mais de cem mil habitantes no Estado

de São Paulo, agrupados em *clusters*, objetivando avaliar a organização e o desempenho dos serviços de APS a partir da percepção de profissionais e usuários. A avaliação se deu a partir da aplicação de questionários abordando oito dimensões da APS. Avaliação feita por usuários e acompanhantes resultou em um índice geral de 50%, qualificado como pouco satisfatório. Já com relação à avaliação dos profissionais de unidades tradicionais e de ESF, o estudo aponta que trabalhadores atuantes na ESF demonstraram melhor desempenho. Ainda nesse estudo, as dimensões acessibilidade e porta de entrada obtiveram resultados semelhantes nas unidades tradicionais e ESF.

Mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo MS acerca da avaliação em APS no período de 2000 a 2006 analisadas por Almeida e Giovanella (2008), demonstram que são consideráveis os números de estudos induzidos pelo gestor federal. As pesquisas iniciais feitas entre 2000 e 2002 focavam a análise da implantação da ESF no intuito de identificar as fragilidades, potencialidades e os custos. Com os Estudos das Linhas de Base a partir de 2004, avanços puderam ser observados com a incorporação da avaliação de impacto, oficinas e outras estratégias para o compartilhamento das metodologias e resultados, envolvimento dos profissionais das secretarias estaduais e municipais nas etapas de desenvolvimento do projeto, capacitação desses técnicos para o monitoramento e avaliação, além de estratégias para a maior difusão dos estudos junto aos gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e interessados.

No Estado de São Paulo, em 2010, com o propósito de apoiar os municípios através dos Articuladores de Atenção Básica, a SES-SP, por meio do Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica, divulgam o instrumento Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Básica denominado Quali- AB. O questionário é resultante da parceria da SES SP com a Equipe Quali- AB da Universidade Estadual Paulista (UNESP), sendo auto aplicável pelas equipes de saúde. Foi construído e validado entre 2006 e 2007 em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), e a iniciativa de institucionalização foi aprovada pela CIB em maio de 2010, 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 APS.

O questionário Quali-AB avalia as características estruturais, da organização da assistência e da gerência local (CASTANHEIRA et al., 2011).

Em 2011 a SES-SP lançou o Selo de Qualidade “Boas Práticas em Atenção Básica” no intuito de valorizar a atuação das equipes de saúde municipais comprometidas com o cuidado e a atenção a saúde da população de seu território. Para o recebimento do selo, era preciso que as equipes atendessem aos seguintes requisitos: adequação ao modelo preconizado pelo MS, responsabilização do cuidado, acolhimento do usuário, registro adequado das consultas, equilíbrio de ações individuais e coletivas, espaços adequados de infraestrutura, reuniões periódicas de equipe, atendimento de consultas de rotina e de demanda espontânea, entre outros. A avaliação da UBS foi feita *in loco* por uma comissão externa composta por um integrante do DRS, um representante das universidades apoiadoras da região e um articulador de atenção primária de outra região de saúde (SÃO PAULO, 2011).

Starfield (2002) orienta quanto a necessidade constante de atualização dos padrões de qualidade com redefinição sucessiva dessa qualidade em busca do ideal. Sendo assim, quando um determinado padrão é alcançado, faz-se primordial atingir um patamar superior, visto a impossibilidade de estabelecimento de padrões normativos de qualidade absolutos e imutáveis.

Neste cenário de implementação de estratégias para o fortalecimento da APS e definição de mecanismos de avaliação que pudessem contemplar estrutura, processo e resultados, é que no ano de 2011 o Ministério da Saúde publicou a portaria que coloca o PMAQ-AB no centro de estratégias de avaliação, a fim de contribuir com os gestores das três esferas de gestão e permitir ainda identificar potencialidades e fragilizadas dos serviços e equipes de APS, bem como ampliar investimentos. No capítulo quatro estão descritas as principais características deste Programa e sua relevância para APS.

***PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB***

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

A partir de 2011, a gestão do DAB/MS teve como uma das prioridades o PMAQ-AB. O programa foi criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011, dentre outros aspectos como base para repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica - PAB variável (BRASIL, 2011d).

O PMAQ-AB propõe (BRASIL, 2011d, p.1):

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ-AB considera em suas diretrizes as diferentes realidades de saúde do país e visa gerar melhorias que envolvam a gestão, o processo de trabalho das equipes de APS e os resultados em saúde. Propõe-se a transparência nas etapas do programa, a mobilização e responsabilização dos atores das três esferas de gestão, por meio de uma cultura de negociação e contratualização, bem como a mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades e satisfação dos usuários, além do caráter voluntário de adesão ao programa (BRASIL, 2011d).

Para mobilizar a adesão, o MS adotou a estratégia de indução financeira com repasse de recursos às equipes, vinculado ao desempenho das equipes de APS, conforme padrões específicos que deveriam expressar a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria nas condições de trabalho, e investimentos no desenvolvimento dos profissionais da APS.

Segundo o MS, o PMAQ-AB está articulado a três movimentos mais amplos, relacionados com o Decreto nº 7508/2011 e com o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. O primeiro movimento envolve a valorização da APS no conjunto da rede de atenção à saúde e sua função como “porta de entrada” acolhedora e resolutiveira do sistema. Já o segundo está associado à perspectiva de governança sistêmica e financiamento do SUS, no qual o COAP é apresentado como uma possibilidade de planejamento regionalizado que estaria adequado aos contextos e singularidades regionais, além de reforçar a lógica de contratualização por metas, monitoramento de indicadores e alcance de resultados. E por fim, o

terceiro, baseado no conjunto de estratégias para avaliação de desempenho e qualificação do SUS, o que inclui o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), e iniciativas como o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (PINTO et al., 2012; CONASS, 2011).

O PMAQ-AB visa contribuir com o enfrentamento de desafios da APS no Brasil, como o acesso dos usuários aos serviços, a qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão em saúde e o aporte financeiro, além de identificar novos problemas no âmbito local. O Programa faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, cujo propósito é estimular os gestores locais do SUS a aprimorar o padrão de qualidade da assistência proporcionada aos usuários nas UBS e através das equipes de APS (BRASIL, 2013a; SEIDL et al., 2014).

É relevante destacar que a garantia da qualidade da atenção à saúde constitui-se em um dos principais desafios do SUS. Para Donabedian (1985) e Arce (1998) o conceito de qualidade será determinado por uma construção social produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos, características estas que determinam o desafio de buscar aproximação do conceito de qualidade em relação a APS, tendo em vista as suas dimensões política, econômica, social, tecnológica, e os sujeitos envolvidos em sua construção: indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais.

O PMAQ-AB é o mecanismo de avaliação da APS que predomina em território nacional atualmente. O PMAQ está organizado em quatro etapas que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2013a). A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “Recontratualização”. As quatro etapas do PMAQ-AB se complementam, formando um ciclo contínuo. O Ciclo I do programa iniciou no segundo semestre de 2011 e no primeiro semestre de 2013 teve início o Ciclo II, na premissa de que os processos de avaliação na APS devam ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma prática comum de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação, equipes e profissionais (BRASIL, 2013a).

Na sequência estão caracterizadas as etapas do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a):

A etapa de Adesão e Contratualização consiste na formalização de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem consolidados entre as Equipes de Atenção Primária (EAP) e os gestores municipais, e entre esses e o MS, em um processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do usuário por meio do controle social, pactuação esta que é voluntária entre equipes de atenção municipal inicialmente, para que, em um segundo momento, haja a formalização de adesão do município com o MS. Cada equipe assina um “termo de compromisso” se responsabilizando por seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e passar pelo processo de avaliação de acordo com as regras do PMAQ-AB.

Posteriormente, o município assume compromissos relacionados à aplicação dos recursos do PAB variável, para a melhoria de condições de trabalho das equipes e à estruturação da gestão da APS de acordo com o desempenho (BRASIL, 2011d).

A partir da homologação da adesão das equipes, é transferido fundo a fundo ao município, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do PAB Variável, vinculado ao número de equipes participantes. Esse repasse permanece até o fim da terceira fase, em que, a depender do desempenho, pode variar de suspensão até repasse integral do recurso.

A etapa de Desenvolvimento contempla um conjunto de ações a serem exploradas pelas EAP, pela gestão municipal, estadual e pelo MS, com a finalidade de promover os movimentos de mudança que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade em APS. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Em linhas gerais, a autoavaliação consiste na identificação pelas próprias equipes, de pontos positivos e negativos do seu processo de trabalho para produzir iniciativas de mudança e aprimoramento. Para tal, o MS disponibilizou uma ferramenta específica: “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade” (AMAQ-AB), que aborda múltiplas dimensões a partir do que é esperado em termos de qualidade na gestão e atenção à saúde. A fase de desenvolvimento estimula estratégias de gestão como o apoio institucional às equipes e as ações de educação permanente, através das quais o MS pretende induzir processos de formação, financiamento e orientação técnica às equipes da gestão municipal (PINTO et al., 2012).

Este instrumento de autoavaliação foi fundamentado e adaptado a partir do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde validadas no âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2014). O AMAQ-AB está organizado em dois componentes nucleares, chamados também de unidades de análise para avaliação, que integram os padrões de acordo com a competência da gestão e da equipe. No âmbito da Gestão o instrumento está organizado em três dimensões: Gestão Municipal, Gestão da Atenção Básica e UBS, que contemplam subdimensões. No que se refere à Equipe, há uma dimensão: Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, composta também por subdimensões de avaliação.

Para o segundo ciclo do PMAQ-AB, o DAB realizou a revisão do instrumento de autoavaliação. Este instrumento disponibilizado pelo departamento não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais, estaduais e equipes definirem o uso de instrumento ou ferramenta adequada a sua realidade.

A etapa de Avaliação Externa consiste na avaliação das equipes de saúde e da gestão da APS, coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados, e também pelo MS, a partir do monitoramento de indicadores e da avaliação, cuja finalidade é apoiar a gestão local. Nesta etapa inclui-se levantamento de informações para verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção primária participantes do PMAQ-AB, em dois momentos: visita da equipe de avaliação externa e certificação. A avaliação externa ocorre de acordo com padrões específicos para avaliar o município, infraestrutura das UBS, processo de trabalho e satisfação dos usuários. Principalmente nessa etapa, o MS atua em conjunto com Instituições de Ensino Superior brasileiras. A construção dos instrumentos de coleta, seleção e treinamento das equipes de entrevistadores, a organização e a execução do trabalho de campo, além da coleta de dados, são atividades realizadas por este conjunto de Instituições (BRASIL 2011d; FAUSTO; SOUZA JUNIOR, 2013).

Ressalta-se que as questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação AMAQ-AB, e estas são baseadas em normas, protocolos, princípios e

diretrizes que organizam ações e práticas da APS, assim como, conhecimentos técnicos e científicos.

Após a avaliação externa, é responsabilidade do MS realizar a avaliação de desempenho e certificação das equipes participantes, segundo metodologia específica do PMAQ-AB. Essa avaliação gera um escore que resultará na certificação da equipe vinculada ao percentual do componente qualidade que será repassado ao município.

Na etapa de Recontratualização ocorre o processo de pactuação singular das equipes e dos municípios. É a etapa considerada de “conexão, reprocessamento, reinício”, que ocorre posteriormente à certificação das equipes da atenção primária. A partir da avaliação de desempenho de cada uma das equipes, uma nova pactuação de indicadores e compromissos é realizada, o que confere ao programa o aspecto cíclico e sistemático de qualidade. Esta etapa também conta com novos padrões, escolhidos pelas equipes e gestões municipais privilegiando as necessidades e prioridades locais (BRASIL, 2011d; FAUSTO; SOUZA JUNIOR, 2013).

No Ciclo I do PMAQ-AB a avaliação externa foi composta por quatro módulos, diferenciados a partir do método de coleta de dados: no módulo I, o avaliador observou as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS; no módulo II, o avaliador entrevistou o trabalhador designado pela equipe, aplicando perguntas sobre o processo de trabalho e sobre a organização do cuidado ao usuário, bem como solicitando os documentos comprobatórios, conforme o padrão de qualidade em questão; no módulo III, o avaliador entrevistou um usuário do serviço, buscando as informações referentes à satisfação do mesmo; e o módulo IV consistiu da consulta *online* sobre questões complementares aos módulos anteriores, respondidas pelos gestores ou pelos trabalhadores (a depender da atribuição) na plataforma eletrônica do programa (MORAES; IGUTI, 2013).

No Ciclo I do PMAQ foram inscritas 17.482 equipes e entrevistados 66.300 usuários; destes, 79% avaliaram o cuidado recebido pelas equipes de APS como bom ou muito bom. As UBS também receberam bons resultados: 86% dos usuários recomendariam a UBS a um amigo ou familiar. Para definição da qualidade das equipes, 900 avaliadores entrevistaram usuários e profissionais e analisaram o atendimento prestado, o tempo de espera, a infraestrutura, as condições de

funcionamento da unidade e a disponibilidade de medicamentos, dentre outras variáveis (BRASIL, 2013c).

O Ciclo II do PMAQ-AB manteve as quatro etapas do Ciclo I e a etapa três – avaliação externa – foi realizada entre novembro de 2013 e abril de 2014. Neste ciclo não houve limite para o número de equipes por municípios que poderiam aderir ao programa, pois houve incremento do financiamento para o PAB variável por desempenho. Com isso, foi possível a reconstrutualização de todas as equipes do primeiro ciclo e a inclusão de novas equipes, de acordo com a adesão voluntária de cada gestão municipal.

No Ciclo II não foi realizado censo das UBS, sendo visitadas exclusivamente as UBS nas quais as equipes de APS aderiram ao programa, totalizando 30.562 equipes. Ocorreu um considerável aumento da adesão de um ciclo para o outro. O instrumento utilizado para avaliação externa do Ciclo II foi modificado, tanto em organização, como em conteúdo. Foram incluídos módulos adicionais para entrevista com os NASF e módulos específicos para infraestrutura e profissionais de saúde bucal, conforme especificado na sequência:

Módulo I – Observação na UBS, com a finalidade de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da USB.

Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção primária e verificação de documentos na UBS, objetivando coletar informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário.

Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS, com o propósito de verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Módulo IV –NASF - Avaliação de três componentes: Comum: reúne um conjunto de ações relativas às condições de acesso e qualidade; Singular (opcional) avalia um conjunto de ações de acesso e qualidade para uma ou mais áreas de atuação do NASF, indicado pela própria equipe como uma área de atuação intensiva e abrangente; Satisfação das equipes apoiadas em relação ao trabalho do NASF.

Módulo V – Saúde Bucal (SB): - Observação na Unidade de Saúde, com a finalidade de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da USB para as ações em saúde bucal.

Módulo VI – Saúde Bucal - Entrevista com Profissional da Equipe da Equipe de Saúde Bucal e verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

No ciclo II também existiu o módulo eletrônico de preenchimento dos gestores através do Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), complementar aos módulos I, II e III. Contudo, as informações sobre o quantitativo de preenchimento ou conteúdo desse módulo não estão disponíveis.

Apesar de não ser o foco desse trabalho, importante relatar que o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) também foi incluído para participar ciclo II, sendo a avaliação externa conduzida em um processo à parte, por outras instituições de ensino. Havia também uma proposta inicial de inclusão das equipes de Consultório na Rua, que não se efetivou.

Outra particularidade do ciclo II refere-se à fonte de informação para análise dos indicadores (monitoramento e desempenho). No ciclo I as informações eram extraídas da base de dados do SIAB, enquanto no ciclo II, puderam ser extraídas tanto do SIAB quanto do e-SUS, a depender do sistema de informação que as equipes do município estivessem utilizando. As competências avaliadas no ciclo II foram julho, agosto e setembro de 2013 (BRASIL, 2015).

Considerando os componentes da gestão avaliados pelo PMAQ-AB e a abrangência do instrumento de autoavaliação e de avaliação externa na esfera dos processos organizativos da APS, nesta dissertação foram utilizados os resultados da avaliação externa realizada pelo PMAQ-AB, em seu segundo ciclo para equipes de APS, incluindo as equipes de Saúde Bucal que aderiram ao programa.

O documento Instrutivo do PMAQ-AB referente ao ciclo II define, assim como no ciclo I, critérios de estratificação dos municípios para o processo de certificação das equipes de APS com o intuito de assegurar maior equidade na comparação destas equipes. Assim os municípios são distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos (BRASIL, 2013a).

Para definição destes estratos, foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores (BRASIL, 2013a):

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per Capita;
- 2 - Percentual da população com plano de saúde;
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família;
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza;
- 5 - Densidade demográfica.

A composição do índice, foi a partir da atribuição de pesos aos cinco indicadores, ao primeiro indicador, PIB per capita, foi atribuído peso dois (2) e aos demais peso um (1).

O PIB per capita refere-se ao ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) assim como os dados referentes à densidade demográfica. Devido a grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A mesma técnica também foi aplicada quanto a densidade demográfica. A outra metade recebeu pontuação distribuída de cinco a dez (BRASIL, 2013a).

Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009, sendo estes disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), neste indicador cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica.

Com relação ao percentual da população em extrema pobreza foi calculado também pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010 e cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza.

Já o percentual da população com Bolsa Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e refere aos dados de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas que não recebem o benefício do programa Bolsa Família.

Para os indicadores de população em extrema pobreza e com Bolsa Família chama a atenção o fato de a pontuação ter sido atribuída de acordo com o percentual de pessoas que não estão em nenhum destes grupos.

Considerando estes indicadores e os respectivos critérios de pontuação, foram definidos seis estratos, de acordo com a pontuação total obtida pelo município na avaliação externa e seu porte populacional. Estes estratos estão descritos no capítulo cinco, a fim de caracterizar os municípios selecionados para esta dissertação.

O MS pressupõe a realização constante de ações de monitoramento para que haja o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e

programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho (BRASIL, 2013a).

No que se refere à lógica de definição das etapas do PMAQ-AB, Pinto et al. (2012), idealizadores do programa, destacam pelo menos quatro aspectos : o primeiro que se refere à adesão voluntária, cuja perspectiva é que a qualificação do serviço e as mudanças no processo de trabalho terão maior sucesso quanto maior a motivação e envolvimento dos trabalhadores e gestores; o segundo, associado a etapa II que objetiva motivar o protagonismo das equipes de APS na promoção de melhorias no serviço, assim como das gestões municipais; o terceiro, em que o PMAQ-AB visa estimular reflexão crítica e provocar ação no coletivo com vistas à mudança do cotidiano, mas se preocupa em não cometer o excesso de definir as formas, estas podendo ser criadas, inovadas, conforme a realidade dos atores e do território; e o quarto aspecto, é que apesar da corresponsabilidade preconizada pelo programa e das dimensões avaliadas pelo PMAQ-AB interessarem diretamente às equipes de APS, estas dimensões estão mais voltadas a governabilidade do gestor, ou seja, atribuir a responsabilidade do desempenho às equipes seria um erro, pois as mesmas podem não ter a garantia de condições mínimas para desenvolver seu trabalho

No período de 2013 a 2015, foram desenvolvidos e divulgados os primeiros estudos com foco no PMAQ-AB. Alguns destes estudos sinalizam para o avanço do PMAQ-AB enquanto prática de institucionalização da avaliação, e com potencial para melhoria das ações em saúde e organização do serviço (FAUSTO et al., 2013; CARNEIRO et al., 2014).

Pinto et al. (2014: 46) consideram que o PMAQ-AB pode ser visto como:

[...] a) parte importante das mudanças qualitativas e quantitativas do financiamento da APS; b) estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da APS brasileira, que integra ações, novas e antigas, num formato inovador que aposta, fundamentalmente, na produção local de uma dinâmica e construção de pactos, priorização de problemas, ação permanente de mudança; c) processo de indução que oferta movimentos de mudança com diferentes sentidos e significados; d) instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto na Política Nacional de Saúde (PNS); e) dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política.

Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) concordam em alguns aspectos quanto aos primeiros avanços proporcionados pelo PMAQ-AB no que se refere ao caráter pedagógico de aplicação dos instrumentos e valorização das equipes de APS, assim como o próprio movimento de adesão dos gestores, o que gerou ações internas de adequação e organização nos municípios. Considerando ainda os avanços na institucionalização da avaliação como instrumento de planejamento das políticas públicas e a ampliação das transferências de recursos públicos federais para a APS, ainda que insuficiente.

No entanto, há estudos sobre o PMAQ-AB que evidenciam uma série de limitações em relação à metodologia e execução do programa ou ainda das opções políticas da gestão federal em relação à realização ao ciclo I.

O imaginário das gestões municipais em relação à avaliação como ação de fiscalização e punição, pode ter gerado, segundo Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) uma série de tensões nos diferentes atores envolvidos. Estes autores consideram ainda que o PMAQ-AB ao divulgar os resultados da avaliação de desempenho não evidenciou os pontos específicos para aperfeiçoamento, assim como, não propôs estratégias de intervenção para alcance de melhorias.

Ainda para Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) a realização da coleta de dados do ciclo I durante as eleições municipais gerou conflito de interesses entre o objetivo da avaliação em “retratar” a situação da APS no município e as campanhas eleitorais. De acordo com o contexto eleitoral, intensificava-se ou mascarava-se o apontamento de fragilidades da atenção primária nos municípios.

Para Casotti et al. (2014), Fausto et al. (2014) e Ney et al. (2015) o desdobramento político e financeiro para a gestão municipal a partir dos resultados da avaliação externa, baseado em desempenho, gera um interesse do gestor em fornecer respostas para o alcance de melhores resultados.

Medina et al. (2014), Fausto et al. (2014), Ney et al. (2015) e Mendes et al. (2014) consideram que a adesão voluntária da gestão municipal vinculada a incentivos financeiros influencia na conformação de um viés de positividade no universo de equipes que aderiram ao programa, ou seja, os resultados são provavelmente melhores do que a realidade de todas as equipes do país.

Para Fausto et al. (2014) a amostra dos usuários (quatro usuários por equipe) não é representativa e sua forma de seleção (não padronizada), sugere possíveis vieses na seleção dos usuários, visto que a amostra era por conveniência

– usuários que estavam na UBS no momento da avaliação externa e tinham experiência anterior de uso. Isso pode ter superestimado os resultados, à medida que a tendência é a seleção de usuário que realizam avaliações mais positivas sobre as equipes.

Outra fragilidade apontada por Fonseca Sobrinho et al. (2014) é que a certificação das equipes considera como marcador de qualidade indicadores de estrutura em detrimento de indicadores de processo e resultado.

Ney et al. (2015) argumenta que as necessidades locais de saúde da população não são privilegiadas pelos indicadores de monitoramento selecionados pelo Programa, além destes não englobarem as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser um representativo de melhoria de qualidade.

Para Casotti et al. (2014) o fato do Programa apresentar dados exclusivamente quantitativos constitui em importante limitação em face da complexidade e variabilidade das modelagens assistenciais no país.

Medina et al. (2014) afirma que não houve padronização sistemática de treinamento ou controle do trabalho de campo entre as instituições de ensino participantes da terceira etapa, apesar de cada instituição de ensino ter produzido capacitações nos procedimentos de coleta de dados para os estados de sua responsabilidade, e protocolos com a equipe de entrevistadores e supervisores. O autor questiona a confiabilidade da coleta dos dados.

Mota e David (2015) criticam o início do ciclo II após um curto intervalo de tempo em relação ao ciclo I, ou seja, antes que pudessem ser desenvolvidas estratégias de melhoria do acesso e qualidade.

Diante destes apontamentos realizados por diferentes autores, torna-se necessários estudos envolvendo o ciclo II do PMAQ-AB, a fim de verificar a manutenção das limitações apontadas no ciclo I, bem como possíveis melhorias.

Para Lima (2016) uma limitação importante, que provavelmente tenha sido resolvida no ciclo II, refere-se ao viés de positividade em relação à adesão das equipes. Visto que no ciclo II não houve limite de adesão e assim 90% das equipes de APS do país participaram, acredita-se que as respostas foram mais abrangentes e representativas da prática em saúde na APS.

O PMAQ-AB consiste em um dos principais, mais amplos e atuais programas de avaliação em APS, tanto no que se refere ao número de equipes avaliadas, quanto ao número de UBS visitadas, aos usuários entrevistados e às

instituições de ensino envolvidas no seu processo de planejamento e desenvolvimento. Ademais, o programa representa um estímulo à APS, por realizar pagamentos de acordo com o desempenho, a partir do PAB-variável, cujo repasse se inicia desde o momento da adesão das equipes/município ao Programa. Tanto sob a ótica do recurso financeiro destinado ao PMAQ-AB, quanto sob o aspecto de fortalecimento da APS no país, utilizar os resultados do Programa para esta dissertação compõe um conjunto de iniciativas que pretende prestar contas e responder à sociedade, aos participantes do programa e aos gestores envolvidos.

Segundo Schneider (2009), deve-se focar na avaliação como um sistema produtor de informações e que em médio prazo contribuía com a formulação de políticas. A avaliação instituída pelo MS em todo o país foi fruto de uma pactuação entre as três esferas de governo e culminou com um amplo processo de avaliação. A divulgação dos resultados do PMAQ-AB permite também contemplar algumas das suas contribuições para a institucionalização da avaliação em saúde, já que este processo ainda é sensível diante de tantas questões urgentes que o SUS enfrenta, contudo, é necessário que faça parte da rotina dos serviços para que haja ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS no Brasil.

Na perspectiva da institucionalização da avaliação em saúde, Caccia-Bava et al. (2015) afirma que a integração dos distintos grupos de interesses presentes no processo avaliativo é um importante caminho para fortalecimento da avaliação. Para os autores, apesar de a priori as informações quanto aos resultados não serem valorizadas, estas poderão assumir relevância a medida que ocorrem as pactuações entre os atores sociais implicados. É preciso incluir a participação direta dos usuários dos serviços nos espaços de devolutivas de resultados e pactuações, considerando que a melhoria do acesso e da qualidade da atenção vinculadas às necessidades apresentadas por eles é o grande disparador de todo o processo.

MATERIAL E MÉTODO

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico, com temporalidade transversal, baseado em dados secundários do Ciclo II do PMAQ-AB.

No estudo ecológico a unidade de análise não é o indivíduo, mas sim o agregado (WALDMAN, 2007), ademais, os estudos ecológicos apresentam como vantagem, a possibilidade de utilização de dados secundários, além disso, existem eventos que só podem ser explicados dentro de um nível que definam a realidade como um sistema (CASTELLANOS, 1990).

Segundo a definição de Rouquayrol e Almeida Filho e (1999, p.151)

[...] os estudos ecológicos abordam áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio da correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. Os indicadores de cada área constituem-se em médias referentes à sua população total, tomada como um agregado integral.

Nesta dissertação o estudo ecológico permitiu identificar como a composição, as características do processo de trabalho e recursos das unidades e equipes de APS definem os arranjos organizativos da APS em regiões de saúde.

5.2 Fonte de Dados

Foram utilizados dados extraídos do banco oficial do Ciclo II do PMAQ-AB, disponibilizado em 2015 pelo DAB/MS, às instituições de ensino participantes da avaliação externa do programa, sendo repassado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) pela coordenação macrorregional feita pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5.3 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi o DRS XIII, com sede no município de Ribeirão Preto. A estrutura administrativa da SES de São Paulo se faz através dos DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, conforme apresentado no Mapa 1. A partir deste Decreto o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, responsáveis por coordenar as atividades da SES-SP no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2012b).

Mapa 1 – Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde, 2012

Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude (2012b).

O DRS XIII situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo com uma extensão territorial de 9.348 km². Ocupa 3,7% da área territorial do Estado, possui uma das menores densidades demográficas, e é composto por 26 municípios

divididos em três regiões de saúde: Aquífero Guarani (AG) (dez municípios), Horizonte Verde (HV) (nove municípios) e Vale das Cachoeiras (VC) (sete municípios), destacados no Mapa 2, com uma população estimada de 1.392.630 habitantes (IBGE, 2016).

Mapa 2 – Municípios por Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

■ Horizonte Verde ■ Aquífero Guarani ■ Vale das Cachoeiras

Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude (2012).

O DRS XIII faz divisa com os DRS: São João da Boa Vista, Barretos, Araraquara e Franca. A região abrangida tem a economia baseada principalmente na agropecuária, na agricultura e na indústria, mas os setores de serviços e comércio também são relevantes nesta economia. A posição geográfica regional proporciona acesso a um sistema viário multimodal, composto por rodovias, ferrovias

e várias estradas secundárias, o que facilita o intercâmbio com as demais regiões do estado e do país e contribui para o desenvolvimento econômico e social (SÃO PAULO, 2012c).

A organização da APS nos municípios da DRS XIII caracteriza-se também pela heterogeneidade, assim como os demais municípios brasileiros. Características demográficas, epidemiológicas, econômicas e culturais são potencializadores dessa heterogeneidade na organização da APS nas regiões deste DRS.

Neste DRS dos 26 municípios que o compõe, 22 aderiram ao Ciclo II do PMAQ-AB, sendo que oito (8) são da região de saúde HV, oito (8) da região AG e seis (6) da região VC.

No DRS XIII, conforme dados disponibilizados pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2013b), no que se refere a serviços de APS, com arranjos organizativos heterogêneos, identificam-se 171 estabelecimentos de APS.

Com relação à cobertura populacional estimada pelas equipes de APS, conforme dados disponibilizados pela SES-SP (SÃO PAULO, 2012c), no DRS XIII há cobertura de 63,27%.

Este estudo analisa, portanto, os resultados da avaliação de um conjunto de municípios que possuem unidades de APS com diferentes arranjos, configurados por um contexto histórico e social concreto em um determinado espaço de tempo, com realidades operacionais de gestão municipal e processos organizativos da APS diversificados.

Nos 22 municípios inscritos no Ciclo II do PMAQ-AB foram avaliadas as unidades cujos gestores municipais contratualizaram a avaliação externa pelo PMAQ junto ao MS, envolvendo equipes de APS e contempladas também as equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2013a).

No Quadro 1 apresenta-se os municípios selecionados por região de saúde e sua referida população residente e estimada. É importante sinalizar que os municípios Pitangueiras (HV), Santa Cruz da Esperança (VC), Santa Rita do Passa Quatro e Guataporã (AG) não aderiram ao Ciclo II do PMAQ-AB e por esta razão não constam no quadro.

Quadro 1 - Municípios do DRS XIII inscritos no Ciclo II do PMAQ-AB por Região de Saúde, – Outubro 2013, com as respectivas populações residentes e estimadas dos municípios, IBGE 2010 e 2016

DRS XIII	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	População Total Residente 2010	População Total Estimada 2016
RIBEIRÃO PRETO	HORIZONTE VERDE	Barrinha	28.496	31.579
		Dumont	8.143	9.325
		Guariba	35.486	38.861
		Jaboticabal	71.662	76.196
		Monte Alto	46.642	49.721
		Pontal	40.244	46.818
		Pradópolis	17.377	20.169
		Sertãozinho	110.074	121.412
	AQUÍFERO GUARANI	Cravinhos	31.691	34.384
		Jardinópolis	37.661	42.358
		Luís Antônio	11.286	13.703
		Ribeirão Preto	604.682	674.405
		Santa Rosa de Viterbo	23.862	25.869
		São Simão	14.346	15.165
		Serra Azul	11.256	13.516
		Serrana	38.878	43.293
	VALE DAS CACHOEIRAS	Altinópolis	15.607	16.199
		Batatais	56.476	61.040
		Brodowski	21.107	23.780
		Cajuru	23.371	25.445
		Cássia dos Coqueiros	2.634	2.607
		Santo Antônio da Alegria	6.304	6.785
		Total	1.257.285	1.392.630

Fonte: IBGE – Censo 2010 e Estimativa 2016.

Os municípios serão caracterizados por CIR visto que as regiões de saúde são conformadas a partir de municípios que possuem alguma similaridade quanto aos aspectos como identidade cultural, econômica e social, bem como o uso compartilhado de redes de comunicação e infraestrutura de transportes.

A Região de Saúde VC é composta por sete (7) municípios, é a menor região em número de municípios e de habitantes do DRS XIII.

Nessa região de saúde 42% dos municípios abrangidos contam com população menor que 10 mil habitantes e 42% com população de 10 a 49 mil habitantes. Apenas o município de Batatais está na faixa de 50 a 99 mil habitantes. O valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos na região de saúde, que indica o nível de sua produção econômica, em relação ao seu contingente populacional é o menor no âmbito do DRS e do Estado. O município com maior PIB per capita da região de saúde é Santa Cruz da Esperança (que não aderiu ao PMAQ-AB), os municípios de Altinópolis, Batatais, Cássia dos Coqueiros e Santo Antônio da Alegria, também têm PIB maior que o da região de saúde, mas em menor proporção. Os municípios com menor PIB per capita da região de saúde são Brodowski e Cajuru, assinalando a existência mais significativa nesses municípios de segmentos sociais com precárias condições de vida (SÃO PAULO, 2012b).

A Região de Saúde HV é composta por nove (9) municípios. Constitui grande polo produtor de açúcar e álcool com destaque nacional. Segundo estudos de Azevedo (2008), o Brasil possui aproximadamente 309 usinas, destas, 137 estão instaladas no Estado de São Paulo. Nesse contexto, o Estado de São Paulo concentra 57,69% da produção do país, empregando cerca de 200 mil trabalhadores de regiões como do Vale do Jequitinhonha (MG), Norte e Nordeste brasileiro, portanto, as regiões mais pauperizadas do país.

Dos municípios que compõe a Região de Saúde HV, Sertãozinho apresenta o maior PIB *per capita*, uma vez que a cidade caracteriza-se como um grande pólo industrial. Já o menor PIB *per capita* dessa região é encontrado em Barrinha, o qual corresponde a menos da metade da região de saúde, o que permite inferir sobre como se manifestam as várias refrações da questão social na realidade local, fundamentalmente, as precárias condições de vida as quais se inserem segmentos sociais excluídos das relações de produção e consumo.

Nessa região de saúde, cuja economia se funda na agroindústria, nenhum município possui concentração urbana abaixo de 90%, fruto do intensivo processo de mecanização gerador de profundas alterações na constituição e manutenção do espaço urbano. Como se observa no Quadro 1, nesta região de saúde 66% dos municípios abrangidos contam com população de 10 a 49 mil habitantes.

Em relação à densidade demográfica, a região de saúde HV traz índice superior ao do DRS XIII, sendo que os municípios de Barrinha e Sertãozinho

apresentam a maior densidade demográfica dessa região, conforme Quadro 2. Nesse item, torna-se importante considerar ainda, que o município de Sertãozinho possui cerca de 800 (oitocentos) moradores de uma antiga granja, em área afastada do limite urbano - próxima do município de Pontal - que não se caracteriza como assentamento, cuja população se insere na rede de serviços públicos sertanezinhos (SÃO PAULO, 2013b).

A Região de saúde HV possui em sua constituição a realidade concreta de fenômenos sociais (migrações, mercado de trabalho, organização familiar e morbimortalidade) e, resguarda a particularidade histórica de cada município dessa região, os quais têm como semelhança, o fato de a maioria receber trabalhadores rurais para a safra de cana de açúcar, nas diversas divisões do processo produtivo, além de trabalhadores para a construção civil, estudantes e imigrantes bolivianos para trabalho em fábricas, o que dificulta quantificar a população flutuante, impactando negativamente no planejamento de políticas públicas de saúde (SÃO PAULO, 2013b).

O Aquífero Guarani é o maior manancial de água doce subterrânea transfronteiriço do mundo. Está localizado na região centro-leste da América do Sul, ocupa uma área de 1,2 milhões de km² e sua maior ocorrência se dá em território brasileiro – 840.000 km² (IBGE, 2010). O termo “Aquífero Guarani” foi proposto por pesquisadores de várias universidades de países do cone sul para unificar a nomenclatura de um sistema aquífero comum a todos, e em homenagem à nação dos índios Guaranis que habitavam a região abrangida pelo manancial.

A Região de Saúde que recebe esse nome está localizada sobre parte desse manancial subterrâneo e é composta por dez municípios: Cravinhos, Jardinópolis, Luís Antonio, Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul e Serrana Guataporã, Santa Rita do Passa Quatro, sendo que os dois últimos não aderiram ao PMAQ-AB.

O agronegócio sucroalcooleiro é o principal indutor do desenvolvimento da economia desta região, bem como, os importantes segmentos industriais a ele relacionados.

A Região de Saúde do AG é a maior região em número de municípios e de habitantes do DRS XIII. Na região de saúde 80% dos municípios abrangidos contam com população de 10 a 49 mil habitantes. (IBGE, 2010). O município com maior PIB per capita da região de saúde é Luiz Antonio, quase o dobro, sendo que o

município de Ribeirão Preto, também tem PIB maior que o da região de saúde, mas em menor proporção. O município com menor PIB per capita da região de saúde é Serra Azul, um pouco mais de um terço do PIB da região de saúde, assinalando a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida.

A taxa de urbanização da região é de 98,11%, e a densidade demográfica é de 178,25 hab./km², a proporção da população residente em áreas urbanas nesta região maior do que as demais regiões do DRS XIII.

Considerando os critérios de estratificação dos municípios definidos pelo PMAQ-AB e apresentados no capítulo quatro, para o processo de certificação das equipes de APS no Quadro 2 os municípios são caracterizados conforme estes indicadores:

Quadro 2 - Municípios do DRS XIII que aderiram ao PMAQ-AB ciclo II, por região de saúde e indicadores de estratificação, 2008 e 2010

Região de Saúde	Município	PIB per capita ¹ (R\$)	% População com plano de saúde ²	% População com Bolsa Família ³	% População extrema pobreza ⁴	Densidade Demográfica (hab./km ²) ⁵
HORIZONTE VERDE	Barrinha	8.642,63	35,3	16,5	2,5	195,71
	Dumont	9.941,85	37,9	11,1	3,3	73,16
	Guariba	12.383,95	42,7	12,6	2,0	131,28
	Jaboticabal	17.216,61	46,1	10,7	1,5	101,42
	Monte Alto	17.406,71	50,1	8,3	0,9	134,61
	Pontal	12.157,62	36,8	17,7	2,9	112,95
	Pradópolis	20.268,15	58,0	9,8	3,6	103,74
	Sertãozinho	30.682,62	50,9	6,8	2,3	273,41
AQUÍFERO GUARANI	Cravinhos	12.929,78	37,5	10,6	1,2	101,83
	Jardinópolis	10.792,56	26,8	7,7	2,7	74,95
	Luís Antônio	42.197,59	12,7	10,8	1,5	18,86
	Ribeirão Preto	24.898,11	40,4	6,3	1,4	928,42
	Santa Rosa de Viterbo	15.295,78	23,4	10,8	1,7	82,68
	São Simão	14.754,07	24,4	9,2	1,9	23,24
	Serra Azul	5.801,05	14,2	13,6	3,1	39,77
	Serrana	15.324,89	32,2	6,5	1,8	309,78
VALE DAS CACHOEIRAS	Altinópolis	18.432,78	12,7	12,3	1,2	16,79
	Batatais	13.968,05	24,7	9,0	1,5	66,48
	Brodowski	8.713,98	22,1	10,1	2,1	75,52
	Cajuru	8.802,37	19,8	13,7	3,6	35,41
	Cássia dos Coqueiros	10.386,64	5,2	16,1	2,2	13,74
	Santo Antônio da Alegria	11.733,49	3,9	13,0	1,3	20,32

Fontes: 1- IBGE, 2008a. 2- ANS, 2009. 3- MDCF, 2010. 4- IBGE, 2010. 5- IBGE, 2008b.

O PIB de um município refere-se à soma de tudo o que é produzido neste município, e o PIB per capita compreende portanto a renda do município dividida entre os munícipes, contudo isto não está relacionado a distribuição de renda, pois o

município de Luís Antonio apesar de apresentar um PIB per capita superior aos demais municípios estudados, possui um percentual significativo de população em extrema pobreza, como pode ser observado no Quadro 2.

No que se refere ao Programa Bolsa Família, por ser este um programa de cunho social, destinados a famílias de baixa renda, nota-se que o percentual da população beneficiada pelo programa é maior no município de Pontal (4,46%), no qual também destaca o percentual de população em extrema pobreza (42,12%), há provavelmente uma relação diretamente proporcional entre os dois indicadores.

Considerando estes indicadores e os respectivos critérios de pontuação, o PMAQ-AB definiu seis estratos, de acordo com a pontuação total obtida pelo município e seu porte populacional, Quadro 3.

Quadro 3 - Estratos e critérios de estratificação de municípios que aderiram ao PMAQ Ciclo II, 2013

Estrato	Critério de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde (2013a).

Os municípios selecionados neste estudo estão caracterizados no Mapa 3, quanto aos seus respectivos estratos.

Mapa 3 – Estratificação dos Municípios do Departamento Regional de Saúde XIII, segundo PMAQ-AB, 2015.

Fonte: adaptado a partir de resultado de avaliação externa do PMAQ-AB Ciclo I. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo.

Observa-se que nenhum dos municípios deste DRS foi classificado no Estrato 3 (municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes).

Os municípios Santo Antonio da Alegria e Cássia dos Coqueiros, ambos da região de saúde VC foram classificados no estrato 1 (um), indicando a pontuação muito aquém, induzindo com isso reflexões sobre a organização dos serviços de APS nestes municípios.

Os municípios de Ribeirão Preto (região AG), Pradópolis, Sertãozinho e Monte Alto (região HV), embora com população residente e estimada tão distintas e peculiaridades quanto aos aspectos culturais, sociais e econômicos estão no mesmo

estrato, o que revela limitação em analisar os resultados do PMAQ-AB de acordo com seus estratos no DRS XIII.

5.4 Unidade de Análise

A unidade de análise deste estudo são os 22 municípios do DRS-XIII que aderiram ao Ciclo II do PMAQ-AB, envolvendo a avaliação externa de 110 Unidades de APS, sendo que 36 destas contavam com consultório de Saúde Bucal, 93 equipes de APS, 40 equipes de Saúde Bucal e 375 usuários.

5.5 Seleção das variáveis

As variáveis deste estudo foram selecionadas a partir dos módulos descritos a seguir, sendo excluído o módulo IV por se tratar da avaliação do NASF, não contemplado no objetivo deste estudo.

- Módulo I – Observação na UBS;
- Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS;
- Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS;
- Módulo V – Saúde Bucal: - Observação na Unidade de Saúde;
- Módulo VI – Saúde Bucal - Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

Ressalta-se que as respostas relacionadas aos módulo I e V foram derivadas da observação do avaliador a partir de um roteiro previsto no instrumento de avaliação, e nos módulos II, III e VI as respostas foram obtidas por meio de entrevista estruturada, configurando assim a avaliação externa.

A avaliação externa do Ciclo II é composta por 1.237 padrões de qualidade, sendo que para o presente trabalho foram selecionadas 447 destes, extraídos de cinco dos seis módulos e quantificados no Quadro 4.

Quadro 4 - Composição do instrumento PMAQ-AB Ciclo II, por módulo, número de padrões de qualidade existentes e selecionados.

	Número de padrões de qualidade	Número de padrões de qualidade selecionados
Módulo I	477	219
Módulo II	248	101
Módulo III	211	8
Módulo IV	114	-
Módulo V	71	64
Módulo VI	116	55
TOTAL	1.237	447

Fonte: elaboração própria a partir de instrumentos Ciclo II PMAQ-AB. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Os padrões de qualidade e as suas variáveis foram definidos em função do objetivo deste trabalho, voltado para os arranjos organizativos das unidades e equipes de APS, incluindo as de saúde bucal. Os 447 padrões de qualidade selecionados correspondem a 737 variáveis, que estão descritas no Anexo A.

As variáveis foram selecionadas em conjunto pela docente/orientadora da área de atenção primária, por médico de família e comunidade/pesquisador, por cirurgiã dentista/pesquisadora que atua em APS com experiência na supervisão de campo do PMAQ-AB, e por enfermeira de ESF/pesquisadora. Neste trabalho, entende-se por variável cada pergunta do instrumento.

Cabe destacar que a infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos relativos à assistência à Saúde Bucal (Módulo V), bem como a organização do serviço e do processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal (módulo VI) foram avaliados separadamente da avaliação da estrutura e equipes da APS. Neste trabalho considera-se a equipe de saúde bucal como parte da equipe de APS.

5.6 Análise dos dados

O banco de dados disponibilizado no Ciclo II abrange a participação de 24.055 UBS, 29.778 equipes de APS, 114.615 usuários, 16.202 unidades com serviço de saúde bucal e 18.115 equipes de saúde bucal. Foi disponibilizado em formato compatível com o programa Office Excel® (Microsoft®), e seus dados estavam separados em cinco módulos.

Foram definidas 12 subdimensões para análise dos dados, a partir do instrumento de autoavaliação AMAQ-AB, e para cada subdimensão adotou-se um conjunto de componentes chaves, que são os temas correspondentes as variáveis do estudo, totalizando 54 componentes. No Quadro 5 estão discriminadas as subdimensões, a quantidade de variáveis selecionada em correspondência a cada uma das 12 subdimensões e seus respectivos componentes.

Quadro 5 - Subdimensões, quantidades de variáveis selecionadas e componentes definidos para a análise dos dados do PMAQ-AB Ciclo II (continua)

Subdimensão*	Quantidade de variáveis selecionadas	Componente
1. Implantação e implementação da APS no município	40	Identificação da Modalidade e profissionais da equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal
		Horário de funcionamento da Unidade
		Horário de atendimento da Equipe de Saúde Bucal
2. Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde	21	Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
		Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde

Quadro 5 - Subdimensões, quantidades de variáveis selecionadas e componentes definidos para a análise dos dados do PMAQ-AB Ciclo II (continuação)

Subdimensão*	Quantidade de variáveis selecionadas	Componente
3. Gestão do trabalho	28	Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal
		Vínculo
		Plano de Carreira
4. Organização do processo de trabalho	242	Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe
		Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal
		Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde
		Acolhimento à Demanda Espontânea
		Organização da agenda
		Atenção à Saúde
		Exames solicitados pela equipe de atenção básica e que são realizados pela rede de serviços de saúde
		Oferta e resolubilidade de Ações da Equipe de atenção básica e saúde bucal
		Práticas Integrativas e Complementares
		Promoção da Saúde
		Programa Bolsa-Família
		Visita Domiciliar e Cuidados realizados no domicílio
		Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
		Reunião da equipe
		Apoio Matricial**
		Acesso a prótese dentária

Quadro 5 - Subdimensões, quantidades de variáveis selecionadas e componentes definidos para a análise dos dados do PMAQ-AB Ciclo II (continuação)

Subdimensão*	Quantidade de variáveis selecionadas	Componente
5. Participação, controle social e satisfação do usuário	8	Mecanismos de participação e interação dos usuários
		Acesso aos Serviços de Saúde
		Acolhimento à demanda espontânea
		Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado
6. Apoio Institucional	13	Apoio Institucional da gestão municipal para as equipes de APS e Saúde Bucal
7. Educação Permanente	43	Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas
8. Monitoramento e Avaliação***	13	Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe
9. Infraestrutura e Equipamentos	227	Acessibilidade na Unidade de Saúde
		Veículo na Unidade de Saúde
		Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços
		Características estruturais e ambiência da unidade de saúde
		Equipamentos de tecnologias da informação e Telessaúde na Unidade de Saúde
		Equipamentos e materiais
10. Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos	15	Imuno-biológicos na unidade de saúde
		Testes Diagnósticos na unidade de saúde
		Medicamentos Componentes da Farmácia Básica

Quadro 5 - Subdimensões, quantidades de variáveis selecionadas e componentes definidos para a análise dos dados do PMAQ-AB Ciclo II (conclusão)

Subdimensão*	Quantidade de variáveis selecionadas	Componente
11. Atenção Integral à Saúde	70	Atenção ao pré-natal, parto e puerpério
		Atenção à criança desde o nascimento até dois anos de vida
		Atenção de Saúde Bucal à criança até os 5 (cinco) anos de idade
		Atenção à pessoa com Obesidade
		Atenção à pessoa com Tuberculose
		Atenção a pessoa com Hanseníase
		Atenção ao usuário em Sofrimento Psíquico
		Atenção à pessoa com Deficiência
		População Rural, Assentados, Quilombolas
		Atenção à Pessoa Tabagista
		Atenção ao câncer de boca
12. Programa Saúde na Escola - PSE	17	Atividades na Escola
		Programa Saúde na Escola - PSE
TOTAL	737	54

*São apresentadas 12 do total de 14 subdimensões, pois as subdimensões Educação Permanente em Saúde e Participação, Controle Social e satisfação do usuário se reparam.

** Não há no instrumento de avaliação externa um componente relacionado apenas ao Apoio Matricial, sendo que as questões referentes a este tema estão contempladas no componente “Apoio Institucional da gestão para as equipes de APS”.

*** Não há no instrumento de avaliação externa um componente relacionado apenas ao Monitoramento e Avaliação, sendo que se verifica de forma mais explícita no componente “Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe” o qual contempla também variáveis relacionadas a outras subdimensões.

Fonte: adaptado do instrumento de autoavaliação AMAQ-AB e Saúde Bucal e instrumento de avaliação externa das equipes de APS e saúde bucal, 2013.

Todas as tabulações e frequências envolvendo os dados foram executadas no programa Microsoft Excel versão 2013. Após definição e finalizada a seleção das variáveis seguiu-se com a organização destas por tipo de arranjo organizativo e por região de saúde. As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual.

Foram elaboradas tabelas por região de saúde e tipo de arranjo organizativo e gráficos de colunas para algumas variáveis na perspectiva de melhor visualização dos resultados, possibilitando assim a comparação do resultado daquela variável entre os arranjos organizativos e regiões de saúde.

Os resultados por arranjo organizativo de cada região de saúde foram analisados, considerando o padrão de qualidade definido pelo MS para cada uma das subdimensões, os quais estão descritos no Anexo B, assim como literatura e documentos oficiais relacionados às características dos possíveis arranjos organizativos da APS no Brasil.

5.7 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes na resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (BRASIL, 2012g). A pesquisa original do PMAQ, cujo título é “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários” foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o número de Protocolo 21904, conforme parecer que segue no Anexo C.

O estudo por ser do tipo levantamento de dados, deu-se através de pesquisa em fonte secundária, previamente autorizada, não sendo necessário envio novamente a um CEP. Como a análise foi realizada por dados agregados não há exposição ou riscos diretos implicados para profissionais e equipes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo de apresentação dos resultados e discussão foi organizado a partir das 12 subdimensões de avaliação da APS e respectivos padrões de qualidade, segundo os arranjos organizativos de APS identificados em cada uma das três regiões de saúde do DRS XIII.

Neste estudo não há pretensão de medir ou avaliar cada subdimensão, contudo interessa-se por descrever um conjunto de características que definem os arranjos organizativos da APS.

6.1 Subdimensão 1: Implantação e implementação da APS no município

A implantação e a implementação da APS como eixo estruturante da RAS no município é fundamental para a consolidação e o aprimoramento do SUS, pois possibilita a ampliação do acesso e a coordenação do cuidado dos usuários. Na sequência estão apresentados os resultados referentes a esta subdimensão.

6.1.1 Identificação da Modalidade e profissionais da equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal

A classificação quanto ao tipo de unidade de saúde é relevante para caracterização do arranjo organizativo que se tem a priori, bem como do modelo de atenção, contudo a avaliação de outras características relacionadas a estrutura e processo irão permitir sinalizar de fato a forma como a unidade está organizada.

A análise inicial permitiu identificar oito possíveis arranjos de APS nas regiões de saúde:

1. Unidade Básica de Saúde com Equipe de Estratégia de Saúde da Família UBS-ESF: neste arranjo não há equipe de saúde bucal.
2. Unidade Básica de Saúde com equipe de APS e de saúde bucal – UBS-ESB: a equipe de atenção primária neste grupo pode estar ou não organizada como Estratégia de Saúde da Família.

3. Unidade Básica de Saúde com equipe de Estratégia de Saúde da Família e equipe de atenção primária configurada ou não em saúde da família e que possuem equipe de saúde bucal vinculada – UBS-ESF-ESB.

4. Posto de Estratégia de Saúde da Família: Posto-ESF, trata-se de local organizado para atendimento em APS, como modelo de estratégia de saúde da família sem saúde bucal.

5. Posto de Estratégia de Saúde da Família com equipe de atenção básica e de saúde bucal – Posto-ESB: a equipe de atenção básica neste grupo pode estar ou não organizada como Estratégia de Saúde da Família.

6. Policlínica com equipe de atenção básica e de saúde bucal – Policlínica-ESB: neste caso entende-se que não há possibilidade do arranjo ser sob a perspectiva da ESF.

7. Outros com equipe da Estratégia Saúde da Família – Outros-ESF: serviço atenção primária organizado a partir do modelo da ESF, sem equipe de saúde bucal.

8. Outros com equipe de atenção primária e de saúde bucal – Outros-ESB, neste arranjo a equipe de atenção primária pode ou não está organizada como ESF.

No Quadro 6 são apresentados os arranjos organizativos das equipes APS por região de saúde.

Quadro 6 – Número de equipes de atenção primária por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Horizonte Verde	Aquífero Guarani	Vale das Cachoeiras	Total de arranjos organizativos
Tipo de Arranjo organizativo	N	N	N	N
UBS-ESF	10	22	4	36
UBS-ESB	9	7	10	26
UBS-ESF-ESB	0	14	0	14
Posto-ESF	0	4	1	5
Posto-ESB	1	0	2	3
Policlínica-ESB	0	1	0	1
Outros-ESF	0	4	0	4
Outros-ESB	2	0	2	4
Total de Equipes por região	22	52	19	93

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Considerando os municípios, unidades e equipes de APS deste estudo, no DRS XIII a organização da APS ocorre principalmente pelas conformações dos serviços em UBS, correspondendo a 81,7% (76).

Dado a caracterização quanto aos tipos de unidades de saúde por região de saúde, no Quadro 7 destaca-se a quantidade de equipes de APS na unidade de saúde, por modalidade. Ressalta-se que este é o número total de equipes das respectivas unidades, contudo nem todas aderiram ao PMAQ-AB Ciclo II.

Quadro 7 – Frequência de equipes de atenção primária por modalidade, nos três arranjos com maior concentração de equipes

Tipo de Arranjo organizativo*	UBS-ESF			UBS-ESB			UBS-ESF-ESB		
Regiões de saúde**	HV	AG	VC	HV	AG	VC	HV	AG	VC
Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade:	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Equipe de Saúde da Família com saúde bucal.	2	2	0	10	3	8	0	7	0
Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal.	6	15	3	0	1	2	0	4	0
Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal.	1	1	1	0	5	2	0	1	0
Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal.	12	3	0	0	1	2	0	2	0
Equipe de Consultório na Rua.	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Outras modalidades de equipe.	0	3	0	0	0	2	0	0	0

*UBS-ESF – Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família; UBS-ESB – Unidade Básica de Saúde com equipe de atenção básica (pode ser saúde da família ou não) com equipe de saúde bucal; UBS-ESF-ESB – Unidade Básica de Saúde com equipe de Estratégia de Saúde da Família e equipe de atenção primária (pode ser saúde da família ou não) com equipe de saúde bucal.

**Regiões de Saúde: HV- Horizonte Verde; AG- Aquífero Guarani; VC- Vale das Cachoeiras.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Com relação ao arranjo UBS-ESF verifica-se que nas regiões de saúde AG e VC o número de equipes na modalidade Saúde da Família sem saúde bucal é maior, 15 (62,5%) e 3 (50%) respectivamente. Contudo na região HV as equipes de atenção básica parametrizada e sem saúde bucal é que predominam, com 57,1% (12) das equipes deste arranjo nesta modalidade.

As UBS-ESB podem contemplar equipes de saúde da família e outras modalidades, nota-se que nas regiões HV e VC as equipes de saúde da família com saúde bucal representam 90,9% (10) e 50% (8), já na região AG as equipes de APS parametrizadas com saúde bucal são predominantes, 50% (5).

O arranjo UBS-ESF-ESB é identificado apenas na região AG, e sua conformação contemplam equipes de estratégia de saúde da família com ou sem

equipe de saúde bucal, bem como equipes de atenção primária, que podem estar ou não organizadas no modelo da ESF, com equipes de Saúde Bucal vinculadas. Neste arranjo predominam as equipes de ESF com saúde bucal, 7 (50%).

Em relação aos outros arranjos, para Posto-ESF na região de saúde AG do total de 5 (100%) equipes, verifica-se que 1 (20%) é da modalidade equipe de saúde da família com saúde bucal, 3 (60%) a mesma modalidade porém sem equipe de saúde bucal e 1 (20%) equipe de atenção primária parametrizada sem saúde bucal. Também para este tipo de arranjo na região VC a única equipe é classificada como equipe de saúde da família com saúde bucal.

A organização da APS como Posto-ESB ocorre nas regiões HV e VC, na primeira região a modalidade da única equipe deste grupo é equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal e na segunda região, as duas equipes foram consideradas equipes de saúde da família com saúde bucal.

Os arranjos Policlínica-ESB e Outros-ESF ocorrem apenas na região AG, com uma unidade caracterizada como equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal para o primeiro arranjo e quatro como equipe de saúde da família sem saúde bucal para o segundo.

No que se refere à organização da APS em Outros-ESB, nas regiões de saúde HV e VC há duas equipes em cada arranjo, caracterizadas como equipes de saúde da família com saúde bucal.

O percentual de equipes por modalidades está representada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Modalidade das equipes de atenção básica no Departamento Regional de Saúde XIII, 2014

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Há predomínio no DRS XIII dos arranjos configurados pelas equipes de ESF, 64,3% (74), com e sem equipe de saúde bucal. No que se refere às equipes de saúde bucal, 47,8% (55) das equipes de APS não dispõem de equipe de saúde bucal em sua composição.

Os consultórios de rua correspondem a 2,6% (3) das equipes do DRS, demonstrando a necessidade de ampliar a organização da APS nesta modalidade.

Nota-se que as regiões de saúde HV, AG e VC tiveram respectivamente, 17, 38 e 19 unidades de APS avaliadas, no entanto, uma unidade pode ser organizada com a composição de mais de uma equipe.

No contexto da Saúde Bucal, foram avaliadas 36 equipes, considerando os arranjos organizativos das unidades de APS, no Quadro 8 estão descritas as modalidades das equipes.

Quadro 8 – Quantidade de equipes de saúde bucal por modalidade e arranjo organizativo da APS

Tipo de Arranjo organizativo*	UBS-ESB			UBS-ESF-ESB			Posto-ESB			Policlínica-ESB			Outros-ESB			Total de equipes por modalidade
Regiões de saúde**	HV	AG	VC	HV	AG	VC	HV	AG	VC	HV	AG	VC	HV	AG	VC	
Modalidade***	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Modalidade I	7	6	9	0	5	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	34
Modalidade II	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Parametrizada	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total de equipes	7	7	10	0	5	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	36

*UBS-ESB: Unidade Básica de Saúde com equipe de atenção básica (pode ser saúde da família ou não) com equipe de saúde bucal; UBS-ESF-ESB: Unidade Básica de Saúde com equipe de Estratégia de Saúde da Família e equipe de atenção primária (pode ser saúde da família ou não) com equipe de saúde bucal; Posto-ESB: Posto de Estratégia de Saúde da Família com equipe de atenção básica e de saúde bucal; Policlínica-ESB: Policlínica com equipe de atenção básica e de saúde bucal; Outros-ESB: Outros com equipe de atenção primária e de saúde bucal.

**Regiões de Saúde: HV- Horizonte Verde; AG- Aquífero Guarani; VC- Vale das Cachoeiras.

***Modalidades da Equipe de Saúde Bucal: Modalidade I: equipe composta por Cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e Auxiliar em Saúde Bucal - ASB; Modalidade II: Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, Técnico em Saúde Bucal – TSB e ASB; Parametrizada: equipe tradicional que foram padronizadas em relação ao tipo de profissional, carga horária e adscrição da população conforme preconiza a PNAB.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes de saúde bucal estão predominantemente vinculadas ao arranjo organizativo do tipo UBS-ESB nas três regiões, e verifica-se que as equipes em sua maioria são da modalidade I, com exceção de uma equipe na região VC que se configura em modalidade II e uma na região AG que é parametrizada.

Com relação à composição das equipes de APS, a PNAB (2011b), define como composição mínima para equipes de Saúde da Família: médico generalista

ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Os resultados evidenciaram que na região HV apenas na modalidade Posto-ESB há outros profissionais além da equipe mínima compondo a equipe. Há apenas uma equipe classificada como sendo deste arranjo.

Na região AG, há outros profissionais que complementam a equipe mínima nos diferentes arranjos organizativos desta região. Considerando cada um dos arranjos, verifica-se que na UBS-ESF 5 (29,4%), UBS-ESB 3 (42,8%), UBS-ESF-ESB 2 (40%), Policlínica-ESB 1 (100%) e Outros-ESF 2 (50%) equipes incorporam outros profissionais além dos definidos como parte da equipe mínima.

No cenário da região VC foi possível identificar em todos os seus arranjos a incorporação de outros profissionais à equipe mínima, com as seguintes quantidades de equipes por arranjo: UBS-ESF 3 (75%), UBS-ESB 4 (40%), Posto-ESF 1 (100%), Posto-ESB 2 (100%) e Outros-ESB 1(50%).

No que se refere a localização do consultório odontológico, nas regiões HV (arranjos: UBS-ESB (7), Posto-ESB (1) e Outros-ESB (1)) e AG (arranjos UBS-ESF-ESB (5), UBS-ESB (7), Policlínica-ESB (1)) todos os consultórios avaliados estão instalados na mesma unidade de saúde da equipe de APS. Na região VC para o arranjo UBS-ESB 100% (10) dos consultórios estão na mesma estrutura das unidades de APS, sendo que nos arranjos Posto-ESB e Outros-ESB 50% (1) dos consultórios de odontologia não estão no mesmo prédio da unidade de saúde da equipe de atenção primária, e suas instalações não são em unidades provisórias.

6.1.2 Horário de funcionamento da unidade e horário de atendimento da Equipe de Saúde Bucal

O horário de funcionamento é um dos elementos de organização das unidades de APS que contribui para avaliar o potencial do serviço em se constituir como uma “porta aberta”, ou seja, se sua organização facilita ou dificulta o acesso da população, em tempo oportuno.

Considerando as três regiões de saúde, no que se refere aos turnos de atendimento nas unidades de APS, os resultados estão apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Turnos de atendimento das unidades de atenção primária à saúde por região de saúde, DRS XIII, 2014

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV, para o arranjo UBS-ESF apenas 1 (14,3%) unidade atende nos três turnos (manhã, tarde e noite). Nos demais arranjos (UBS-ESB, Posto-ESB e Outros-ESB) o atendimento é restrito aos turnos manhã e tarde.

O atendimento nos três turnos também não é predominante na região AG, sendo que para o arranjo UBS-ESF 2 (11,8%) equipes atendem nos três turnos, o mesmo ocorre nos arranjos Policlínica-ESB 1 (100%), Posto-ESF 1 (25%) e em Outros-ESF 1 (25%), as demais equipes realizam atendimento em dois turnos. Nos arranjos UBS-ESB, UBS-ESF-ESB 7 (100%) e 5 (100%) respectivamente, atendem nos turnos manhã e tarde.

Para a região VC tem se o atendimento nos três turnos nos arranjos UBS-ESB 1 (10%), Posto-ESB 1 (50%) e Outros-ESB 1 (50%) equipes. Para os arranjos UBS-ESF 4 (100%) e Posto-ESF 1 (100%) o serviço está em funcionamento nos turnos manhã e tarde.

Entre as equipes de APS avaliadas nas três regiões de saúde o atendimento ocorre pelo menos em dois turnos, ou seja, não foram identificadas equipes que atendem em apenas um turno.

No contexto das equipes de Saúde Bucal, na região HV no arranjo UBS-ESB e Posto-ESB, 7 (100%) e 1 (100%) os atendimentos ocorrem nos períodos matutino e vespertino. Já na unidade classificada como Outros-ESB há atendimento nos três turnos.

A região AG possui atendimento no período manhã e tarde de todas as equipes avaliadas, sendo que no arranjo UBS-ESF-ESB 1 (20%) também disponibiliza atendimento no período noturno.

Na região VC o atendimento da equipe de saúde bucal é realizado nos turnos manhã e tarde em 14 (100%) equipes, sendo que no arranjo UBS-ESB 2 (20%) e Outros-ESB 2 (100%) equipes que realizam atendimento também no período noturno. No arranjo Posto-ESB 50% (1) das equipes realizam atendimento nos três turnos.

No que se refere aos dias da semana que as unidades estão em funcionamento, na região HV 100% (17) funcionam de segunda a sexta-feira, sendo que no arranjo UBS-ESF 2 (28,6%) unidades também estão em funcionamento no sábado e 1 (14,3%) atende a população também aos domingos, ou seja, realiza atendimento todos os dias da semana.

Na região AG 100% (34) estão em funcionamento de segunda à sexta-feira. Considerando o total de 4 (100%) unidade do arranjo Outros-ESF apenas 1 (25%) funciona aos sábados e domingos.

Diferente das regiões HV e AG, na região VC nenhuma das 19 (100%) unidades avaliadas funciona aos sábados e domingos. Além disso, a única unidade organizada como Posto-ESF está em funcionamento apenas três vezes por semana (segunda, quinta e sexta-feira).

As equipes de saúde bucal atuam de terça a sexta-feira nas três regiões de saúde, com exceção de uma equipe da região VC, cujo arranjo é UBS-ESB, que oferta atendimento apenas uma vez por semana, as quartas-feiras. Em nenhuma das regiões há atendimento aos finais de semana.

Com relação ao funcionamento das unidades no horário de almoço, das 12h às 14h, na Tabela 1 são apresentados o percentual de unidades que estão em funcionamento neste horário, por tipo de arranjo e região de saúde. O funcionamento da unidade de saúde de forma ininterrupta constitui em característica relevante no âmbito do acesso e da definição de porta de entrada do sistema de saúde.

Tabela 1 - Percentual de unidades de atenção primária em funcionamento no horário das 12h às 14h, por região de saúde e arranjo organizativo

Tipo de Arranjo	UBS-ESF	UBS-ESB	UBS-ESF-ESB	Posto-ESF	Posto-ESB	Policlínica-ESB	Outros-ESF	Outros-ESB
Região de Saúde	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
HV	5 (71,4)	5 (62,5)	-	-	1 (100)	-	-	1 (100)
AG	13 (76,5)	7 (100)	4 (80)	3 (75)	-	1 (100)	4 (100)	-
VC	4 (100)	8 (80)	-	1 (100)	2 (100)	-	-	2 (100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No contexto das equipes de saúde bucal, estas foram questionadas sobre o funcionamento da unidade no horário de almoço, identificou-se que na região HV nos arranjos UBS-ESB 3 (42,8%) e Outros-ESB 1 (100%) unidades funcionam em horário de almoço. A equipe que está na unidade do tipo Posto-ESB interrompe as atividades no horário de almoço, pois a unidade está fechada.

Na região AG as unidades mantém funcionamento no horário do almoço nos arranjos UBS-ESF-ESB 3 (60%) e UBS-ESB 3 (42,8%). Para o modelo Policlínica-ESB a unidade não funciona no horário de almoço.

No arranjo UBS-ESB da região VC, 4 (40%) das unidades estão abertas das 12h às 14h, sendo que nos arranjos Posto-ESB e Outros-ESB as unidades estão fechadas neste período.

Contemplando ainda aspectos da implantação e implementação da APS nos municípios avaliados, no que se refere aos serviços disponíveis aos usuários durante o horário de funcionamento da unidade de saúde, verifica-se que em todas as unidades avaliadas há consulta médica, exceto em 1 (50%) unidade do arranjo Posto-ESB da região VC.

Com relação à disponibilidade de consulta de enfermagem, 1 (14,3%) unidade da região HV, cujo arranjo é UBS-ESF não disponibiliza tal serviço à população. Nas regiões AG e VC há este tipo de atendimento em todas as unidades avaliadas, 34 (100%) e 19 (100%) respectivamente.

No que se refere a oferta de acolhimento, nas três regiões este serviço está disponível em todos os arranjos avaliados.

Os serviços: consultas odontológicas, vacinação, dispensação de medicamentos pela farmácia e outros estão disponíveis de forma heterogênea entre as regiões de saúde e os tipos de arranjos organizativos, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Percentual de unidades de atenção primária que oferecem os serviços de consulta odontológica, vacinação, dispensação de medicamentos e outros, por região de saúde e arranjo organizativo

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Consultas odontológicas	Vacinação	Dispensação de medicamentos pela farmácia	
		N (%)	N (%)	N (%)	Outro(s) N (%)
HV	UBS-ESF	2 (28,6)	3 (42,8)	1 (14,3)	1 (14,3)
	UBS-ESB	7 (87,5)	8(100)	3 (37,5)	7 (87,5)
	Posto-ESB	1 (100)	-	-	-
	Outros-ESB	1 (100)	1 (100)	-	-
AG	UBS-ESF	7 (41,2)	5 (29,4)	3 (17,6)	11 (64,7)
	UBS-ESB	7(100)	6 (85,7)	6 (85,7)	4 (57,1)
	UBS-ESF-ESB	5(100)	4 (80)	4 (80)	3 (60)
	Posto-ESF	1 (25)	2 (50)	2 (50)	3 (75)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	1 (25)	1 (25)	1 (25)
VC	UBS-ESF	1 (25)	3 (75)	-	3 (75)
	UBS-ESB	10(100)	7 (70)	4 (40)	7 (70)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	-	-
	Posto-ESB	2(100)	1 (50)	1 (50)	1 (50)
	Outros-ESB	2(100)	1 (50)	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No arranjo UBS-ESB da região HV, 7 (87,5%) unidades oferecem consulta odontológica e 1 (12,5%) não disponibiliza tal serviço. Com relação ao arranjo UBS-ESF 2 (28,6%) unidades oferecem o atendimento, apesar não serem identificadas como equipes de saúde bucal, isto pode estar relacionado ao fato de que cada unidade pode ter mais de uma equipe, e que em uma mesma unidade

pode ser que parte das equipes aderiram ao PMAQ-AB. O mesmo ocorre nas regiões AG e VC para o tipo UBS-ESF, na primeira 7 (41,2%) e na segunda 1 (25%) oferecem o serviço.

A oferta de Vacinação não é comum a todas as unidades de APS avaliadas, na região HV das unidades organizadas como UBS-ESF apenas 42,8 % (3) disponibilizam tal serviço. Na região AG para este arranjo o percentual de unidades que disponibilizam também é baixo 29,4% (5).

A Dispensação de Medicamentos é predominantemente centralizada. Nas unidades de APS avaliadas, nas três regiões e entre os oito tipos de arranjos organizativos, geralmente a dispensação não ocorre na própria unidade, na qual geralmente origina a prescrição.

Nos dias em que a equipe de saúde bucal trabalha há horário fixo de atendimento em 100% das unidades das regiões HV e AG, na região VC 85,7% (12) possuem horário fixo, sendo que no modelo UBS-ESB desta região 2 (14,3%) equipes estão em unidades que não possuem horário fixo de atendimento.

Quanto ao horário em que se abre e fecha a unidade nos dias de atendimento da equipe de saúde bucal, é possível verificar na região HV para a unidade organizada como UBS-ESB o horário de abertura está entre seis e oito horas, sendo que 1 (14,3%) unidade abre às 06h e 02 (28,6%) abrem as oito horas. Quanto ao encerramento do atendimento, este ocorre entre 15 e 17 horas, sendo que 1 (14,3%) unidade encerra o atendimento às 15 horas, 5 (71,4%) às 16h e 1 (14,3) às 17 horas. A unidade do tipo Posto-ESB tem o funcionamento das 07 às 17 horas e a Outros-ESB das 07 às 18 horas.

Na região AG as unidades iniciam suas atividades entre sete e oito horas, e são fechadas entre 16 e 19 horas. Sendo que no arranjo UBS-ESF-ESB 80% (4) das unidades abrem às 07h, e destaca-se que 1 (20%) unidade encerra suas atividades às 19 horas. Para as unidades do tipo UBS-ESB predomina o horário de abertura às 07 horas com 6 (85,7%) unidades e o encerramento às 17 horas em 7 (100%) unidades. A unidade do tipo Policlínica-ESB tem o funcionamento das 07 às 16 horas.

Para a região VC o horário de abertura é entre 07 e 07 horas e 30 minutos e horário de encerramento do expediente entre 16 e 22 horas. No arranjo UBS-ESB destaca que 2 (25%) unidades é fechada entre 20 e 20 horas e 30 minutos. O arranjo do tipo Posto-ESB possui 1 (50%) unidade que fica aberta até às

22 horas. E no arranjo Outros-ESB o horário de encerramento é entre 18 horas e 20 horas, 1 (50%) unidade e 20 horas, 1 (50%).

6.1.3 Discussão

A APS no Brasil está configurada a partir de diversos arranjos, e nos municípios do DRS XIII foi possível verificar essa diversidade quanto a organização das unidades e dos processos de trabalho. A heterogeneidade destes arranjos não está relacionada apenas com as peculiaridades epidemiológicas, sociais, econômicas e culturais de cada município, mas também com a trajetória da organização da APS desde o início do século passado, com períodos de crescimento e dinamismo, alternados por períodos de estagnação e impasse.

Nesta perspectiva, destacam-se como períodos de crescimento: a implantação dos Centros de Saúde, entre 1926 e 1942; o movimento da Atenção Primária à Saúde e da Reforma Sanitária, entre 1978 e 1986, e a implantação do Programa de Saúde da Família, especialmente a partir da promulgação da NOB-96, contribuindo ainda com este fortalecimento o movimento da medicina preventiva (CAMPOS, 2006).

O padrão de qualidade definido para a subdimensão “Implantação e implementação da APS no município”, parte da premissa que a APS é o eixo estruturante da RAS no município, e para sua consolidação e aprimoramento do SUS são fundamentais (BRASIL, 2014):

- Definir a atenção primária à saúde como porta preferencial de entrada do usuário ao sistema de saúde, orientando a rede de atenção;
- Que a gestão municipal tenha as diretrizes da atenção primária como orientadora das práticas em saúde e estabeleça estratégias de implantação de UBS considerando critérios de equidade, definindo territórios de atuação, evitando os chamados vazios assistenciais.
- Garantir a manutenção e o abastecimento das UBS;
- Realizar sistematicamente análise e o acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões;
- Desenvolver ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população;

- Legitimar, fortalecer e qualificar a coordenação da atenção básica.

No que se refere aos arranjos organizativos da APS, verificou-se que na região de saúde HV há quatro possíveis arranjos: UBS-ESF, UBS-ESB, Posto-ESB e Outros-ESB. Na região AG, a possibilidade de arranjos da APS foram seis: UBS-ESF, UBS-ESB, UBS-ESF-ESB, Posto-ESF, Policlínica-ESB e Outros-ESF. A região AG com cinco possibilidades de arranjos: UBS-ESF, UBS-ESF, Posto-ESF, Posto-ESB e Outros-ESB.

As três regiões tem a organização da APS conformada de distintas maneiras, neste sentido Campos (2006) pondera que diversos aspectos, interagem mutuamente, quanto à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor de saúde e têm como resposta o modo como se prestam os serviços de saúde em certo contexto histórico, além disso resultam na disponibilidade ou escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde.

No que se refere as modalidades da equipe de atenção primária e as equipes de saúde bucal, nas regiões de saúde analisadas houve predomínio do modelo da ESF e de equipes de saúde bucal modalidade I.

Fatores de ordem político-institucional facilitam a entrada e progressiva valorização da ESF na agenda do MS (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Além disso, ressalta-se a experiência prévia de alguns municípios e estados com agentes comunitários de saúde ou outros modelos similares àquele da saúde da família.

A proposta da ESF tem sido adotada desde 1993, para promover mudanças no modelo de atenção e contribuir com a organização do Sistema Local de Saúde, com base nos princípios do SUS (BRASIL, 1993).

No arranjo da ESF tem se a equipe composta de no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011b).

Na região de AG 16 (42,1%) das 38 (100%) contam com outros profissionais na equipe de APS além da equipe mínima. A equipe de saúde bucal é

compreendida neste estudo também como equipe de APS, contudo foi apresentada separadamente, visto as peculiaridades do PMAQ-AB.

Quanto ao horário de funcionamento da unidade, incluindo as com equipe de saúde bucal, considera-se a discussão acerca do horário de funcionamento, denominada “acessibilidade temporal”, na qual em estudo sobre municípios brasileiros de grande porte, concluiu que o atendimento em três turnos e aos sábados é necessário e pode ampliar o acesso. Nos demais municípios, o horário de funcionamento de 8h às 17h foi visto como um limitante de acesso da população de trabalhadores (ESCOREL et al., 2007).

No contexto da APS espanhola, Gérvas (2009) identificou que poucas são as unidades de saúde da APS abertas após as 19h, a ampliação do horário de atendimento deve ser considerada, no entanto um dos fatores limitantes é dificuldade do profissional em compatibilizar vida familiar e de trabalho.

Nas regiões de saúde verifica-se que o funcionamento das unidades ocorre cerca de 8 horas por dia.

Os arranjos organizativos, bem como o horário de funcionamento da unidade e a oferta de serviços pelas unidades de APS interferem em aspectos relacionados ao acesso. Segundo Mendes (2017) o acesso mais qualificado requer em algumas situações aumento da oferta, o que implica mais recursos. No entanto ao conhecer 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 (2017) afirma ainda que o modelo de gestão da oferta praticado nas organizações de saúde públicas e privadas no Brasil para responder os problemas de acesso, baseia-se, de forma equivocada, no desequilíbrio entre oferta e demanda, o que geralmente influencia o aumento da oferta para então resolver o problema do acesso. O autor acredita que essa forma de “(des)organizar o acesso” pode responder a interesses de prestadores de serviços, contudo aumenta a ineficiência e não impacta favoravelmente nos níveis de saúde da população.

Entre as unidades de atenção primária avaliadas verifica-se que ações essenciais, próprias deste ponto da rede de atenção à saúde, não estão disponíveis para os usuários, como a vacinação, a dispensação de medicamentos e a consulta odontológica, configurando em serviços muitas vezes correspondente a concepção

de “cesta básica”, de serviços destinado à populações mais pobres e que não atuam de modo a coordenar e ordenar todo o sistema de saúde.

O reconhecimento das necessidades dos usuários deve ser a premissa para organização dos serviços de atenção primária, para que haja equilíbrio da oferta em relação a demanda, ou seja, a implementação e fortalecimento da APS em função de um diagnóstico situacional prévio, e não apenas em função de desejos e interesses de determinados grupos.

A ampliação do horário de atendimento e dos dias de funcionamento das unidades de saúde não garantem por si só a ampliação do acesso ou mesmo que a implementação da APS esteja fortalecida, no entanto são aspectos essenciais a serem considerados entre os municípios do DRS XIII.

6.2 Subdimensão 2: Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde

A organização e integração da RAS constitui em estratégia do processo de regionalização e requer da gestão municipal elaboração e definição de fluxos para os usuários entre os diversos pontos da rede de atenção. Os resultados referentes a esta subdimensão são apresentados na sequência.

6.2.1 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos

Este componente possui relevância na caracterização da RAS, visto que a integração da rede favorece o cuidado integral norteado pelas necessidades da população.

No contexto da comunicação entre serviços de APS e a rede especializada, na Tabela 3 caracteriza-se a realização da contrarreferência.

Tabela 3 – Frequência do retorno da avaliação realizada pelos especialistas a usuários encaminhados pelas equipes de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?				Total
		Sim, sempre	Sim, na maioria das vezes	Sim, poucas vezes	Não há retorno	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (100%)
HV	UBS-ESF	-	1 (10)	7 (70)	2 (20)	10
	UBS-ESB	2 (22,2)	-	3 (33,3)	4 (44,4)	9
	Posto-ESB	1 (100)	-	-	-	1
	Outros-ESB	2 (100)	-	-	-	2
AG	UBS-ESF	4 (18,2)	3 (13,6)	8 (36,4)	7 (32)	22
	UBS-ESB	-	-	6 (85,71)	1 (14,29)	7
	UBS-ESF-ESB	-	1 (7,1)	13 (92,8)	-	14
	Posto-ESF	-	3 (75)	1 (25)	-	4
	Policlínica-ESB	-	-	1 (100)	-	1
	Outros-ESF	-	2 (50)	2 (50)	-	4
VC	UBS-ESF	2 (50)	2 (50)	-	-	4
	UBS-ESB	1 (10)	1 (10)	6 (60)	2 (20)	10
	Posto-ESF	-	-	1 (100)	-	1
	Posto-ESB	-	1 (50)	1 (50)	-	2
	Outros-ESB	1 (50%)	0	1 (50%)	-	2
Total		12 (12,9)	10 (10,7)	29 (31,2)	15 (16,1)	93

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Os resultados apontam que o retorno do especialista para as equipes de atenção primária não ocorre rotineiramente, nas três regiões de saúde, nos diferentes tipos de arranjos as equipes recebem resposta dos especialistas poucas vezes ou ainda não recebem qualquer tipo de resposta na frequência de 31,2% (29) e 16,1% (15) respectivamente, considerando o total de equipes avaliadas.

Com relação ao encaminhamento através de central de regulação, este foi definido como meio principal na região HV para 100% (2) no arranjo Outros-ESB, e nos arranjos UBS-ESF 90% (9), UBS-ESB 33,3% (3). No arranjo Posto-ESB a única equipe afirmou que na maioria das vezes o meio de referenciamento não é por central de regulação.

Para a região AG, nos arranjos UBS-ESF-ESB, Posto-ESF e Policlínica-ESB 100% das equipes apontaram que a referência é por meio de central de regulação, já nos arranjos UBS-ESF 77,3% (17), UBS-ESB 85,7% (6) e Outros-ESF 75%(3).

Para a região VC 100% (4) das equipes do tipo UBS-ESF afirmaram que a central de regulação é responsável pela maioria dos referenciamentos, para os arranjos UBS-ESB 80% (8), Posto-ESB 50% (1) e Outros-ESB 50% (1).

No contexto das equipes de saúde bucal, quanto a disponibilidade de central de regulação para encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas, verifica-se na região HV que nos arranjos UBS-ESB 50% (4) e Posto-ESB 100% (1) das equipes entrevistadas afirmaram ter este serviço disponível. Para o arranjo Outros-ESB não há este recurso disponível. Ressalta-se que as unidades que não possuem central de regulação são de um mesmo município nos três tipos de arranjo.

A central de regulação para referência em saúde bucal está implementada nos seguintes arranjos da região AG: UBS-ESF-ESB e Policlínica 100% (7 e 1, respectivamente) e UBS-ESB 85,7% (6).

Para a região VC, nos arranjos Posto-ESB e Outros-ESB não há este tipo de central disponível, já para o tipo UBS-ESB tem se 70% (7) das equipes operacionalizando o referenciamento via central de regulação.

A frequência do contato da equipe de saúde bucal com especialistas para trocar informações sobre os usuários referenciados está na tabela 4, tal mecanismo é relevante para continuidade do cuidado em saúde, contudo não é uma prática consolidada entre as equipes.

Tabela 4 – Frequência do com que as equipes de saúde bucal entram em contato com especialista, por tipo de arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?			
		Sim,			Total
		Sempre	algumas vezes	Nunca	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (100%)
HV	UBS-ESB	6 (75)	2(25)	-	8
	Posto-ESB	-	1 (100)	-	1
	Outros-ESB	1 (50)	1 (50)	-	2
AG	UBS-ESF-ESB	2 (22,2)	5(55,6)	2 (22,2)	9
	UBS-ESB	-	6 (85,7)	1(14,3)	7
	Policlínica-ESB	-	1 (100)	-	1
VC	UBS-ESB	4 (40)	2(20)	4(40)	10
	Posto-ESB	-	-	2 (100)	2
	Outros-ESB	1 (50)	1 (50)	-	2
Total		14 (33,3)	19 (45,2)	9 (21,4)	42

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Predominantemente, o contanto com especialista ocorre “algumas vezes” nas três regiões de saúde, o tipo de arranjo organizativo não parece influenciar estes resultados.

Sobre a comunicação da equipe de saúde bucal com especialistas da rede de atenção à saúde, na tabela 5 caracteriza se os meios de comunicação utilizados.

Tabela 5 – Fluxo institucional de comunicação da equipe de saúde bucal com especialistas , por região de saúde do DRS XIII, 2014

Qual é o fluxo institucional de comunicação?						
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Comunicação eletrônica	Reuniões técnicas com os especialistas da rede	Prontuário eletrônico	Ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta	Outro(s)
					n (%)	
HV	UBS-ESB	-	1 (16,7)	1 (16,7)	3 (15,8)	3 (50)
	Posto-ESB	1 (12,5)	-	-	1 (5,3)	-
	Outros-ESB	1 (12,5)	1 (16,7)	-	2 (10,5)	-
AG	UBS-ESF-ESB	3 (37,5)	3 (50)	3 (50)	6 (31,5)	1 (16,7)
	UBS-ESB	2 (25)	-	2 (33,3)	4 (21)	-
	Policlínica-ESB	-	-	-	-	-
VC	UBS-ESB	1 (12,5)	1 (16,7)	-	3 (15,8)	2 (33,3)
	Posto-ESB	-	-	-	-	-
	Outros-ESB	-	-	-	-	-
Total		8 (100)	6 (100)	6 (100)	19 (100)	6 (100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Em nenhuma das regiões ocorre a comunicação por meio da Teleconferência. Na região HV apenas 1 (14,3%) equipe do arranjo UBS-ESB utiliza Telessaúde. Verifica-se que a comunicação é prioritariamente por meio de ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta.

6.2.2 Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde

Neste componente apresenta-se resultados referente a oferta e consulta especializada pelas equipes de saúde bucal.

No que se refere a disponibilidade, por parte da rede de saúde, de consultas especializadas, verifica-se na região HV, apenas no arranjo UBS-ESB que 1 (12,5%) equipe não tem essa disponibilidade. Na região AG todas as 15 (100%) equipes possuem consultas especializadas disponíveis. Para a região VC, no tipo de arranjo UBS-ESB 8 (80%) equipes tem estas consultas disponíveis, e no tipo Posto-ESB 1 (50%) equipe, já no arranjo Outros-ESB as 2 (100%) equipes contam com estas consultas.

Quanto ao encaminhamento do usuário para uma consulta especializada, na região HV no arranjo UBS-ESB a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data é posteriormente informada para o usuário, e a consulta marcada pelo próprio usuário junto à central de agendamento na frequência 14,3% (1), e na frequência de 71,4% (5) o usuário recebe uma ficha de encaminhamento e deve se dirigir ao serviço especializado. Esta última possibilidade é a que ocorre no modelo Posto-ESB 100% (1) e também se repete em Outros-ESB 50% (1), para este último a outra possibilidade é a consulta ser agendada na unidade e depois a data ser informada ao usuário.

Para a região AG, no arranjo UBS-ESF-ESB 100% (7) das equipes relatam que a consulta é agendada e posteriormente o usuário é informado sobre a data e horário. Nos arranjos UBS-ESB e Policlínica-ESB o agendamento ocorre das seguintes formas: o paciente sai da unidade de saúde com consulta agendada em 28,6% (2) das equipes e 50% (1) respectivamente, em 57,1% (4) e 50% (1), na ordem, ocorre o agendamento pela unidade de APS e o usuário é informado posteriormente e para 14,3% (1) das equipes do arranjo UBS-ESB há outros mecanismos de encaminhamento que não foram especificados.

Na região VC, o paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada no arranjo UBS-ESB 20% (2); a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente: UBS-ESB 40% (4), Posto-ESB 100% (1), Outros-ESB 33,3% (1); a consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação ou secretaria municipal de saúde em 33,3% (1) do arranjo Outros-ESB; o paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao serviço especializado em 30% (3) na UBS-ESB e em 33,3% (1) em Outros-ESB e o paciente recebe uma ficha de encaminhamento, mas não tem um serviço ou um profissional determinado em 10% (1) do arranjo UBS-ESB.

6.2.3 Discussão

A organização da RAS é uma estratégia que visa o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se por ações e serviços de saúde articulados de forma complementar e com base territorial, seguindo alguns atributos: a APS estruturada como porta de entrada “preferencial” do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando o cuidado e articulando-se com outros pontos de atenção (BRASIL, 2013c). Verifica-se nas regiões de saúde entre os diferentes tipos de arranjos organizativos da APS que o encaminhamento ocorre através de central de regulação tanto para consultas como para exames. No entanto, os mecanismos de contrarreferência não estão institucionalizados, ou seja, os serviços de saúde não estão organizado de modo que haja articulação em rede.

A coordenação no âmbito da APS, dentre outros aspectos, está relacionada com a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores. Os meios utilizados para estabelecer a comunicação com outros níveis de atenção são tentativas de viabilizar a continuidade, para Fávero et al (2006) o mecanismo de referência e contrarreferência é fundamental em um sistema de saúde.

Segundo Simborg et. al. (1978 *apud* Starfield, 2004) o reconhecimento de informações a respeito das pessoas atendidas pode ser melhorado por meio do aprimoramento dos mecanismos de continuidade, reforçando a ideia de que a continuidade da atenção é um elemento estrutural essencial à coordenação. Neste sentido considera que ao proceder um encaminhamento é necessário oferecer todas as alternativas viáveis, bem como assegurar e avaliar a continuidade da assistência para atender as necessidades do usuário. Além disso, para o adequado funcionamento de um sistema de referência, é necessário primeiro identificar os distintos serviços oferecidos, por distintas entidades, para uma determinada população. Na sequência é preciso classificar estes serviços conforme os diferentes níveis de assistência, estabelecendo uma rede de informação de referência de casos, definindo inclusive os meios de comunicação para operacionalizar a referência e contrarreferência.

O reconhecimento dos serviços disponíveis permeia a construção de RAS e também a definição de linhas de cuidados em saúde, considerando as necessidades dos usuários e os recursos disponíveis no SUS.

Os sistemas integrados ou organizados em RAS têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de enfrentar os desafios mais recentes do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional e outras necessidades populacionais (MUR-VEEMAN et al, 2003; DIAZ, 2004; GILLIES et al, 1993).

Shortell (1996) considera as RAS como um conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde a uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde dessa população, cujos objetivos devem melhorar a continuidade do cuidado através da coordenação e ganhos na eficiência global da provisão.

Mendes (2010) adiciona alguns elementos e conceitua RAS como organizações poliárquicas conformadas a partir de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada —, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

Assim, uma vez instituída, a RAS constitui em um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde com o objetivo de prover atenção integral e contínua de acordo com as necessidades de cada cidadão, a partir da combinação custo/efetiva de alocação de recursos. A crescente difusão de práticas e tecnologias voltadas para a promoção do cuidado integrado tem impulsionado o refinamento conceitual com identificação de suas diversas dimensões e o desenvolvimento de práticas e tecnologias correspondentes (BRASIL, 2015).

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e

econômica. A população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é essencial para que se rompa com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e possa ser instituída a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS (BRASIL, 2015).

A estrutura operacional, constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, configura no segundo elemento da RAS. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde, compreendidos como sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2015).

Entre as regiões avaliadas torna-se imprescindível avançar com a implementação das RAS e organizar Linhas de Cuidado, o que implica, necessariamente, tanto para os gestores e os trabalhadores, quanto para os usuários, o conhecimento dos fatores que beneficiam ou prejudicam, que condicionam e/ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

Para a organização de Linhas de Cuidado é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência como um arranjo do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), onde o usuário, mediante um acesso inclusivo, saiba sobre a

estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele - como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele - seja capaz de influir em seu andamento (CECCIM, 2005).

A organização do sistema de saúde em RAS e Linhas de Cuidado, permeia reestruturação de vários aspectos como mudança de processo de trabalho e aspectos que requererem elevados investimentos financeiros, como por exemplo, recursos da tecnologia da informação, capacitação profissional, e outros recursos no âmbito da tecnologia dura capaz de suprir os vazios assistenciais.

6.3 Subdimensão 3: Gestão do trabalho

A gestão do trabalho no contexto da APS trata de questões relacionadas à força de trabalho, assegurando o desenvolvimento do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. A seguir estão os resultados que caracterizam esta subdimensão.

6.3.1 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal

A formação e qualificação dos profissionais das equipes de APS incluindo as equipes de saúde bucal possui relevância dentre outros aspectos, para a operacionalização dos princípios e atributos da APS.

Na tabela 6, identifica-se entre os profissionais da equipe de atenção primária entrevistados os que possuem formação complementar.

Verifica-se que a maioria dos profissionais entrevistados possui ou está em processo de formação complementar.

Tabela 6 – Formação e qualificação do profissional de saúde bucal entrevistado por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	O(a) senhor (a) possui ou está em formação complementar?	
		SIM	
		n	%
HV	UBS-ESF	8	80
	UBS-ESB	8	88,9
	Posto-ESB	1	100
	Outros-ESB	1	50
AG	UBS-ESF	19	86,4
	UBS-ESB	6	85,7
	UBS-ESF-ESB	13	92,9
	Posto-ESF	3	75
	Policlínica-ESB	1	100
	Outros-ESF	4	100
VC	UBS-ESF	3	75
	UBS-ESB	8	80
	Posto-ESF	1	100
	Posto-ESB	2	100
	Outros-ESB	1	50

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Com relação ao processo de formação, na sequência são apresentados os resultados referentes aos entrevistados quando médico, enfermeiro, cirurgião dentista ou outro profissional de nível superior.

Na região de saúde HV todos os 22 (100%) entrevistados foram enfermeiros, na região AG 10 (19,2%) médicos, 38 (73,1%) enfermeiros e 4 (7,7%) outros profissionais de nível superior. Na região VC 1 (5,3%) médico e 18 (94,7%) enfermeiros.

Os resultados referentes aos processos de formação dos profissionais entrevistados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Formação e qualificação do profissional de atenção primária entrevistado por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Possui quais destes processos de formação?					
		Especialização em SF*	Especialização em SF em curso	Es., Res., Mest, Dout. em SF ou MFC**, concluídos ou não***	Formação Complementar em outras áreas	Sem Formação Complementar	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)	n (100%)
HV	UBS-ESF	5 (50)	-	-	3 (30)	2 (20)	10
	UBS-ESB	4 (44,4)	1 (11,1)	-	3 (33,3)	1 (11,1)	9
	Posto-ESB	-	-	-	1 (100)	-	1
	Outros-ESB	1 (50)	-	-	-	1 (50)	2
AG	UBS-ESF	9 (40,9)	1 (4,5)	4 (18,2)	5 (22,7)	3 (13,6)	22
	UBS-ESB	1(14,3)	-	2 (28,6)	3 (42,9)	1(14,3)	7
	UBS-ESF-ESB	7 (50)	1 (7,1)	5 (35,7)	-	1 (7,1)	14
	Posto-ESF	1 (25)	-	2 (50)	-	1 (25)	4
	Policlínica-ESB	-	-	-	1 (100)	-	1
	Outros-ESF	-	-	-	4 (100)	-	4
VC	UBS-ESF	2 (50)	-	-	1 (25)	1 (25)	4
	UBS-ESB	2 (20)	1 (10)	3 (30)	2 (20)	2 (20)	10
	Posto-ESF	1 (100)	-	-	-	-	1
	Posto-ESB	1(50)	1 (50)	-	-	-	2
	Outros-ESB	-	-	-	1 (50)	1 (50)	2

*SF: saúde da família; **MFC: medicina de família e comunidade; *** Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Verifica-se que a Especialização em Saúde da Família é a formação mais frequente entre os profissionais entrevistados nas regiões de saúde, especialmente no arranjo organizativo do tipo UBS-ESF. Na região AG, a única que possui o arranjo UBS-ESF-ESB, a especialização em SF também é a mais frequente neste tipo de arranjo.

Em relação aos profissionais da equipe de saúde bucal entrevistados, na região HV 81,8 (9) eram dentistas e 18,2% (2) técnico de saúde bucal; na região AG 93,3% (14) dentistas e 6,7% (1) auxiliar de saúde bucal; na região VC 85,7% (12) dentistas e 14,3% (2) auxiliar de saúde bucal.

A formação complementar destes profissionais está descrita por tipo de arranjo organizativo e região de saúde na tabela 8.

Tabela 8 – Tipo de formação e qualificação do profissional de saúde bucal entrevistado por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Possui quais destes processos de formação?				Total n (100%)
		Especialização em Saúde da Família concluída	Especialização em Saúde da Família em curso	Formação Complementar em outras áreas	Sem Formação Complementar	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
HV	UBS-ESB	1 (12,5)	-	3 (37,5)	4 (50)	8
	Posto-ESB	-	1 (100)	-	-	1
	Outros-ESB	-	-	2 (100)	-	2
AG	UBS-ESF-ESB	5 (71,4)	-	2 (28,6)	-	7
	UBS-ESB	3 (42,9)	-	3 (42,9)	1 (14,3)	7
	Policlínica-ESB	-	1 (100)	-	-	1
VC	UBS-ESB	4 (40)	-	2 (20)	4 (40)	10
	Posto-ESB	1 (50)	-	-	1 (50)	2
	Outros-ESB	-	-	1 (50)	1 (50)	2

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região de saúde HV a formação complementar em “outras áreas” é mais frequente, seguida da ausência de formação. Na região AG nota-se que a

especialização em saúde da família é mais frequente nos arranjos UBS-ESF-ESB e UBS-ESB. Na região VC destaca a ausência de formação complementar, seguida pela especialização em SF. É importante ressaltar que nas três regiões de saúde, para os diferentes tipos de arranjos quando os entrevistados foram auxiliares ou técnicos de saúde bucal, estes não possuem formação complementar.

6.3.2 Vínculo

O componente vínculo refere-se a forma de contratação do profissional de APS, bem como ao seu agente contratante. Na tabela 9 são apresentados o percentual de profissionais cujo agente contratante é a administração direta.

Tabela 9 – Agente contratante dos profissionais entrevistados nas unidades de atenção básica por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Qual é seu agente contratante?	
		Administração direta	
		SIM	
		n	%
HV	UBS-ESF	10	100
	UBS-ESB	6	66,7
	Posto-ESB	1	100
	Outros-ESB	2	100
AG	UBS-ESF	15	68,2
	UBS-ESB	4	57,1
	UBS-ESF-ESB	13	92,9
	Posto-ESF	3	75
	Policlínica-ESB	1	100
	Outros-ESF	3	75
VC	UBS-ESF	4	100
	UBS-ESB	9	90
	Posto-ESF	1	100
	Posto-ESB	2	100
	Outros-ESB	2	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região de saúde HV, no tipo de arranjo UBS-ESB os outros tipos de agentes contratantes são Organização Não-Governamental (ONG) 11,1% (1) e Outros 22,2% (2).

Com agente contratante mais heterogêneo, na região de saúde AG tem se no arranjo UBS-ESF contratações por: Fundação Pública de direito privado 4,5% (1), Organização Social (OS) 4,5% (1), ONG 4,5% (1), Empresa 9% (2) e não sabe ou não responderam 9% (2). Para o arranjo UBS-ESB identifica-se Fundação

pública de direito público 14,3% (1) e Empresa 28,6% (2). Para os arranjos UBS-ESF-ESB e Posto-ESF além da contratação direta, tem se contratação por Fundação pública de direito público na frequência de 7,1% (1) e 25% (1), respectivamente. No arranjo Outros-ESF tem contratação por Fundação Pública de direito privado em 25% (1).

Na região VC, apenas no arranjo do tipo UBS-ESB há outro agente contratante, o consórcio intermunicipal de direito público 10% (1).

O tipo de vínculo estabelecido a partir destes agentes contratantes estão descritos na tabela 10.

Tabela 10 – Tipo de vínculo empregatício dos profissionais entrevistados nas unidades de atenção primária por tipo de arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Qual é seu tipo de vínculo?		
		Servidor público estatutário	Empregado público CLT*	Contrato CLT
		n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESF	2 (20)	4 (40)	1 (10)
	UBS-ESB	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)
	Posto-ESB	1 (100)	-	-
	Outros-ESB	-	2 (100)	-
AG	UBS-ESF	8 (36,4)	4 (18,2)	8 (36,4)
	UBS-ESB	5 (71,4)	-	2 (28,6)
	UBS-ESF-ESB	13 (92,9)	-	1 (7,1)
	Posto-ESF	1 (25)	1 (25)	2 (50)
	Policlínica-ESB	1 (100)	-	-
	Outros-ESF	2 (50)	1 (25)	1 (25)
VC	UBS-ESF	3 (75)	1 (25)	-
	UBS-ESB	3 (30)	3 (30)	4 (40)
	Posto-ESF	1 (100)	-	-
	Posto-ESB	-	2 (100)	-
	Outros-ESB	-	1 (50)	1 (50)

*CLT: Consolidação das Leis do Trabalho.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV, além dos vínculos apresentados na tabela 10, verifica-se no arranjo UBS-ESF contrato temporário pela administração pública, regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) em 10% (1) e Outros tipos de vínculo em 20% (2).

No contexto da região AG identifica-se vínculo do tipo Cargo comissionado e Outros tipos de vínculo em 5% (1).

Para as equipes de saúde bucal, quanto ao tipo de vínculo empregatício verifica-se na região HV o tipo: servidor público estatutário para os arranjos UBS-ESB 25% (2) e Posto-ESB 100% (1); contrato temporário por prestação de serviço apenas no arranjo Outros-ESB 50% (1); empregado público CLT no arranjo UBS-ESB 12,5% (1) e Contrato CLT nos arranjos UBS-ESB 62,5% (5) e Outros-ESB 50% (1).

Na região AG o vínculo como servidor público estatutário corresponde a resposta de 100% (11) dos entrevistados.

Com relação a região VC o vínculo como servidor público ocorre apenas no arranjo do tipo UBS-ESB 30% (3); empregado público CLT no arranjo UBS-ESB 30% (3) e Posto-ESB 50% (1); já o contrato CLT predomina nesta região com 40% (4) no arranjo UBS-ESB, 50% (1) no Posto-ESB e 100% (2) em Outros-ESB.

6.3.3 Plano de Carreira

A definição de um plano de carreira conjectura para uma gestão do trabalho que estimule os profissionais de APS e saúde bucal a atuarem de forma longitudinal nas unidades de atenção básica.

Na região de saúde HV identifica-se plano de carreira nos arranjos UBS-ESF 10% (1), sendo que neste arranjo um profissional não soube ou não respondeu, e UBS-ESB 22,2% (2), nos arranjos Posto-ESB e Outros-ESB não há plano de carreira. Para o profissional de saúde bucal, do arranjo Posto-ESB 100% (1) possuem plano de carreira, para UBS-ESB e Outros-ESB, respectivamente 87,5% (7) e 100% (2) não possuem plano de carreira, sendo que no arranjo UBS-ESB 1 (12,5%) profissional não soube responder.

O plano de carreira é mais comum na região AG, sendo nos arranjos: UBS-ESF 22,7% (5), UBS-ESB 71,4% (5), UBS-ESF-ESB 78,6% (11) Policlínica-ESB e Outros com 100% (1) e 25% (1) na sequência. Ressalta-se que no arranjo do tipo Posto-ESF os 4 (100%) profissionais referiram não contar com plano de carreira e no arranjo UBS-ESF 2 (9,1%) profissionais não souberam responder. Com relação a equipe de saúde bucal, no arranjo UBS-ESF-ESB 100% (7) e no UBS-ESB 28,6%

(2) possuem plano de carreira, já 1 (100%) profissional da Policlínica-ESB não possui, contrastando com o profissional da equipe de APS que possui.

Na região VC quanto aos profissionais de APS entrevistados 100% (19) afirmaram ter plano de carreira. No âmbito das equipes de saúde bucal este padrão não se repetiu, sendo que para o arranjo UBS-ESB 20% (2) e Outros-ESB 50% (1) dos profissionais afirmaram possuir tal plano e 20% (2) e 50% (1), respectivamente, não responderam ou não souberam responder. Para os 2 (100%) profissionais do arranjo Posto-ESB não há este benefício.

6.3.4 Discussão

A gestão do trabalho no âmbito da APS refere-se à força de trabalho, assegurando o desenvolvimento do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. A qualificação do vínculo de trabalho, a implantação/implementação de programas de incentivos e premiação às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreira, cargos e salários e o desenvolvimento de ações de acordo com a política nacional de saúde do trabalhador, constituem em parâmetros de qualidade.

Verifica-se entre equipes de APS dos arranjos avaliados que em sua maioria, os profissionais possuem algum processo de formação na área de atenção primária, principalmente a Especialização em Saúde da Família, o que não é tão comum entre as equipes de saúde bucal, visto que os profissionais entrevistados, em sua maioria, possuem formação complementar em outra área.

No contexto da formação, o ensino superior em saúde tem sido alvo de profundas críticas quanto à sua capacidade de cumprir as finalidades gerais de seus programas, de desenvolver no estudante o potencial intelectual, o julgamento, a avaliação crítica, a abordagem criativa de análise e o raciocínio crítico (COSTA, 2007) .

A crítica à formação dos profissionais de saúde refere-se entre outros aspectos ao distanciamento do cuidado integral, dificultando com isso as mudanças de prática, o que requer além da formação complementar, revisão do currículo previsto na formação de profissionais desde a graduação. No contexto dos serviços de saúde, a fim de implantar e fortalecer a atenção à saúde no SUS, são essenciais

os espaços de educação permanente. Para Machado (2003) a qualificação de RH na saúde pode efetivar estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS.

Considerando o princípio da integralidade, os esforços para fortalecimento da APS no Brasil, bem como a perspectiva de que a APS esteja organizada sob a lógica de um modelo assistencial holístico que contemple os determinantes sociais do processo saúde-doença, torna-se relevante que os profissionais atuantes dominem tais concepções e sejam capazes de torná-las exequíveis no contexto dos serviços em que atuam.

No que se refere a gestão do trabalho, um conjunto de ações visam a valorização do trabalhador e o seu trabalho, tais como: a implementação das Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS e o apoio às instâncias do SUS neste sentido; a despreciação dos vínculos de trabalho na área da saúde; o apoio à implantação de Mesas de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – para debater, em especial, as questões relacionadas à regulamentação de novas profissões na área da saúde, e a proposta de organização da gestão do trabalho e da educação na saúde nas três esferas de governo, por meio do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) (BRASIL, 2006c).

Embora predomine a contratação pela administração direta, ou seja, concurso público, coexistem entre as equipes avaliadas profissionais com diferentes vínculos empregatícios. Diante disso é relevante considerar a gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, de modo estratégico, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIASET al., 2006). Neste sentido, é imprescindível estruturar uma efetiva política para a área nas três esferas de governo, contribuindo, desta forma, com a melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS.

Do ponto de vista legal, identifica-se que a multiplicidade de vínculos utilizados no interior do SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, mobilizando ações judiciais

para cumprimento desses dispositivos. O Ministério Público brasileiro tem sido vigilante em relação a essa questão, buscando apropriar-se da dinâmica de funcionamento do SUS por seus procuradores, para atuarem na mediação dessas e de outras questões que integram a gestão do trabalho no SUS, na sua missão de preservação da saúde da população brasileira, mas zelando pelo que preceituam as leis do país (BRASIL, 2011c).

O cotidiano da gestão do trabalho no SUS depara com desafios como a indefinição quanto à regulamentação do regime celetista para o setor público; os Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, mas nem sempre possível de serem resolvidos pelos gestores; o trabalho desregulado e desprotegido; a falta de controle e planejamento sobre os gastos com pessoal; a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos; a baixa eficácia e efetividade dos serviços e a insatisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações (BRASIL, 2011c).

Os municípios brasileiros são os maiores empregadores do SUS e convivem com as limitações impostas pela vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000), e com a disseminação das cooperativas de profissionais no SUS, caracterizadas de uma forma geral por mediações feitas por empresas privadas e ONGs. Esse tipo de contratação tende a se caracterizar por baixos salários e compromete muitas vezes o princípio da longitudinalidade e do fortalecimento do vínculo entre o usuário e o profissional devido a dinâmica de contratação e alta rotatividade dos profissionais, interferindo até mesmo na qualidade dos serviços prestados.

6.4 Subdimensão 4: Organização do processo de trabalho

A organização do processo de trabalho das equipes de APS, incluindo as de saúde bucal permite aprimorar práticas e torná-las ainda mais efetivas na produção do cuidado em saúde. Os resultados desta subdimensão estão descritos a partir dos 16 componentes previamente definidos.

6.4.1 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe

O planejamento das ações a serem desenvolvidas nos serviços de APS constitui em ferramenta relevante para que as necessidades da população assistida possam ser de fato contempladas.

O planejamento e programação são realizados apenas por 1 (10%) equipe da região HV e VC, do arranjo do tipo UBS-ESF e UBS-ESB respectivamente, e a periodicidade é semanal nos dois arranjos. Na região AG verifica-se que no arranjo UBS-ESF ocorre ações de planejamento em 9% (2) das equipes, sendo que para 4,5% (1) o planejamento é semanal. Nesse arranjo, 1 (4,5%) equipe refere não realizar reuniões de planejamento. No arranjo UBS-ESB 42,9% (3) das equipes desenvolvem atividades de programação e planejamento, sendo que 14,3% (1) realizam “bimestral, semestral e anual” e 28,3% (2) das equipes não desenvolvem o planejamento de suas ações. No arranjo UBS-ESF-ESB 7,1% (1) realizam bimestralmente o planejamento e no do tipo Policlínica-ESB 100% (1) trimestralmente.

Planejar e organizar o processo de trabalho das equipes requer muitas vezes o apoio da gestão municipal, principalmente por contemplar diversas ações que não são de autonomia exclusiva das equipes. Na tabela 11 são apresentados os resultados referentes ao apoio dado pela gestão às equipes avaliadas.

Tabela 11 – Apoio recebido para planejamento e organização do processo de trabalho, por arranjos organizativos da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	
		SIM	NÃO
		n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	-
	UBS-ESB	8(88,89)	1(11,11)
	Posto-ESB	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-
AG	UBS-ESF	18(81,82)	4(18,18)
	UBS-ESB	6(85,71)	1(14,29)
	UBS-ESF-ESB	13(92,86)	1(7,14)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-
	UBS-ESB	8(80)	2(20)
	Posto-ESF	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região AG identifica-se entre os arranjos Posto-ESF e UBS-ESF a menor frequência quanto ao apoio dado pela gestão. Nas regiões HV e VC, com exceção do arranjos UBS-ESB, as equipes dos demais arranjos recebem apoio para as atividades de planejamento.

No contexto das equipes de saúde bucal, sobre o planejamento e programação de suas atividades, bem como o apoio recebido para o desenvolvimento destas atividades, na tabela 12 estão compilados os resultados

Tabela 12 – Caracterização do planejamento e organização do processo de trabalho de equipes, por arranjos organizativos da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?			A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?		
		Sim. Somente com a equipe de saúde bucal	Sim. Juntamente com a equipe de atenção básica	Não	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Não se aplica
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	1(12,5)	6(75)	1(12,5)	7(87,5)	1(12,5)	8(100)	-	-
	Posto-ESB	-	1(100)	-	1(100)	-	-	-	1(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	-	2(100)	-	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF-ESB	1(14,3)	6(85,7)	-	6(85,7)	1(14,3)	6(85,7)	-	1(14,3)
	UBS-ESB	-	2(28,6)	5(71,4)	3(42,9)	4(57,1)	4(57,1)	2(28,6)	1(14,3)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)	1(100)	-	-	-	1(100)
VC	UBS-ESB	3(30)	3(30)	4(40)	7(70)	3(30)	1(10)	2(20)	7(70)
	Posto-ESB	-	2(100)	-	2(100)	-	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	-	2(100)	-	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Os resultados demonstram que as equipes de saúde bucal, nos diferentes arranjos organizativos realizam atividades de planejamento em conjunto com a equipe de atenção primária. O apoio da gestão para esta prática é mais frequente

entre os arranjos organizativos da região VC. No arranjo do tipo UBS-ESB das regiões HV e AG o percentual de equipes que recebem apoio é inferior aos outros arranjos.

Considerando os padrões de qualidade do PMAQ, na perspectiva da ampliação do acesso e qualificação das ações, houve apoio da gestão dos municípios das regiões HV e VC para implantação de novas rotinas e aprimoramento do processo de trabalho, na região AG esse apoio foi menos frequente no arranjo UBS-ESB.

Quanto as equipes de saúde bucal que afirmaram desenvolver ações de planejamento, identifica-se na região HV que não há periodicidade para as reuniões e que as equipes consideraram que a questão não se aplicava, sendo que apenas para o arranjo UBS-ESB 12,5% (1) das equipes afirmam que não realizam ações de planejamento. Na região AG para o arranjo UBS-ESB tem-se que 50% (1) das equipes realizam planejamento com periodicidade semestral e a outra metade relata não realizar, embora tenham afirmado na questão anterior que o planejamento era realizado de forma conjunta com a equipe de APS.

6.4.2 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal

A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume-se responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Visto que as equipes de atenção primária devem atuar em territórios previamente definidos, na tabela 13, caracteriza-se o processo de territorialização das equipes avaliadas.

Tabela 13 – Características da territorialização para atuação de equipes de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?			Existe definição da área de abrangência da equipe.	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?*
		SIM	NÃO	Não sabe/Não respondeu	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	3(30)	5(50)	2(20)	10(100)	10(100)
	UBS-ESB	8(88,9)	-	1(11,1)	9(100)	9(100)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	-	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF	14(63,3)	6(27,3)	2(9,1)	20(90,9)**	19(95)***
	UBS-ESB	4(57,1)	2(28,6)	1(14,3)	7(100)	7(100)
	UBS-ESF-ESB	8(57,1)	3(21,4)	3(21,4)	14(100)	14(100)
	Posto-ESF	2(50)	-	2(50)	4(100)	3(75)****
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	2(50)	2(50)	-	4(100)	4(100)
VC	UBS-ESF	3(75)	1(25)	-	4(100)	4(100)
	UBS-ESB	7(70)	1(10)	2(20)	10(100)	10(100)
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)	1(100)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	-	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	-	2(100)	2(100)

*Percentual calculado a partir de respostas SIM da questão II_10_2. **1(4,5%) Não possui área de abrangência definida e 1(4,5%) Não sabe/Não respondeu. ***5%(1) não possui mapas com desenho do território de abrangência. **** 25%(1) não possui mapas com desenho do território de abrangência. Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

A tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe foi utilizada em menor frequência pelas equipes do arranjo do tipo UBS-ESF nas três regiões de saúde, seguida das equipes dos arranjos UBS-ESB e Posto-ESF (HV), o que remete a necessidade de revisão dos meios de definição da área de abrangência e atuação de equipes de atenção primária.

A definição da área de abrangência é realizada por 100% das equipes avaliadas nas três regiões, com exceção do arranjo do tipo UBS-ESF da região AG na qual 1 (14,5%) equipe atua sem território definido. Quanto ao mapa com desenho do território, também na região AG, nos arranjos UBS-ESF e Posto-ESF verifica-se que nem todas as equipes possuem este material disponível.

O mapeamento da área de abrangência constitui em estratégia importante para o diagnóstico situacional bem como o planejamento das ações, na tabela 14 estão os resultados referentes a este tema.

As equipes avaliadas em sua maioria realizaram o último mapeamento no período de “um mês a um ano”, contudo verifica-se que equipes dos arranjos UBS-ESF (HV, AG e VC), UBS-ESB (AG e VC), UBS-ESF-ESB (AG), Posto-ESF (AG) e Outros-ESB (VC) realizaram mapeamento há mais de um ano, chegando até mais de dois anos sem atualização.

Tabela 14 – Realização do último mapeamento da área de abrangência da equipe de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?				
		Menos de 1 mês	De 1 mês a 1 ano	Mais de um 1 a 2 anos	Mais de 2 anos	Não se aplica
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	1(10)	3(30)	-	6(60)	-
	UBS-ESB	-	9(100)	-	-	-
	Posto-ESB	-	1(100)	-	-	-
	Outros-ESB	-	-	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	-	10(45,45)	4(18,18)	5(22,73)	3(13,64)
	UBS-ESB	-	3(42,86)	3(42,86)	1(14,28)	-
	UBS-ESF-ESB	-	6(42,86)	6(42,86)	2(14,28)	-
	Posto-ESF	1(25)	1(25)	-	1(25)	1(25)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	-	-
	Outros-ESF	3	-	1(100)	0	-
VC	UBS-ESF	2(50)	1(25)	-	1(25)	-
	UBS-ESB	1(10)	5(50)	1(10)	3(30)	-
	Posto-ESF	-	1(100)	-	-	-
	Posto-ESB	-	1(50)	1(50)	-	-
	Outros-ESB	-	1(50)	-	1(50)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

A atuação com território definido tem relevância fundamentada no controle epidemiológico, construção de vínculo e ações no ambiente, entre outros aspectos, contudo a definição de território não exclui o atendimento de pessoas residentes fora da área de abrangência da unidade de saúde, as equipes foram

avaliadas quanto a este tipo de atendimento e os resultados são apresentados na tabela 15.

Tabela 15 – Frequência que a equipe atende pessoas fora da sua área de abrangência, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?		
		Todos os dias da semana	Alguns dias da semana	Não se aplica
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	-	2(20)*	6(60)
	UBS-ESB	-	-	9(100)
	Posto-ESB	-	-	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	4(18,2)	2(9,1)**	13(59,1)
	UBS-ESB	2(28,6)	1(14,3)	4(57,1)
	UBS-ESF-ESB	4(28,6)	4(28,6)	6(42,9)
	Posto-ESF	1(25)	1(25)	2(50)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)
	Outros-ESF	1(25)	1(25)	2(50)
VC	UBS-ESF	-	-	4(100)
	UBS-ESB	1(10)	1(10)	8(80)
	Posto-ESF	-	-	1(100)
	Posto-ESB	-	-	2(100)
	Outros-ESB	-	1(50)	1(50)

*Raramente e Nenhum dia 10%(1). ** Raramente, Nenhum dia e Não atende esse tipo de demanda 4,5%(1).

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Nas regiões HV e VC geralmente as equipes não atendem pessoas que residem fora da área de abrangência, sendo que na região AG, entre os arranjos organizativos há atendimento a essa população alguns dias da semana. Apenas a equipe do arranjo do tipo Policlínica-ESB não possui esse tipo de demanda.

As equipes de saúde bucal em um contexto multidisciplinar e interprofissional devem estar articuladas para que possam programar em conjunto as intervenções para a comunidade. Verifica-se no quadro 9 que uma equipe de saúde bucal pode estar vinculada há mais de uma equipe de saúde da família.

Quadro 9 – Número de equipes de saúde da família em que atua cada equipe de saúde bucal, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	VI.11.1 A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?	Total de equipes de saúde bucal
		n	n
HV	UBS-ESB	9	8
	Posto-ESB	1	1
	Outros-ESB	4	2
AG	UBS-ESF-ESB	13	7
	UBS-ESB	8	7
	Policlínica-ESB	1	1
VC	UBS-ESB	10	10
	Posto-ESB	2	2
	Outros-ESB	2	2
	Total	50	40

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV, no arranjo Outros-ESB cada equipe de saúde bucal atua em duas equipes de saúde da família, esta proporção quase se repete na região AG para o arranjo do tipo UBS-ESF-ESB.

6.4.3 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde

A organização dos prontuários dos usuários na unidade de saúde tem sido realizada de distintas maneiras, podendo incluir até mesmo sistemas informatizados, na tabela 16 identifica-se o sistema de informação utilizado pelas equipes para registro das informações.

Considerando as regiões de saúde, no Gráfico 3 estão representados o sistema de informação utilizado pelas equipes de APS para registros das informações de saúde.

Gráfico 3 – Sistema de informação utilizado pelas equipes de atenção básica, por região de saúde, DRS XIII, 2014

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Tabela 16 – Sistema de informação utilizado pela equipe de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?			
		SIAB	e-SUS/SISAB	Sistema de informação próprio	Não sabe/não respondeu
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	4(40)	6(60)	-	-
	UBS-ESB	9(100)	-	-	-
	Posto-ESB	1(100)	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-
AG	UBS-ESF	17(77,3)	-	3(13,6)	2(9,1)
	UBS-ESB	4(57,1)	-	3(42,9)	-
	UBS-ESF-ESB	5(35,7)	-	8(57,1)	1(7,2)
	Posto-ESF	3(75)	-	1(25)	-
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)	-
	Outros-ESF	2(50)	-	2(50)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	-	-
	UBS-ESB	9(90)	-	1(10)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	-	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

O sistema de informação mais comumente utilizado pelas equipes é o SIAB, no período da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, o sistema e-SUS estava começando a ser implantado. Na região AG destaca-se o uso de sistema de informação próprio principalmente nos arranjos do tipo UBS-ESB e UBS-ESF-ESB.

Os prontuários de famílias e usuários nas unidades de saúde podem ser organizados de distintas formas, incluindo o prontuário eletrônico em detrimento do prontuário físico. Na tabela 17 caracteriza-se esta organização sob a perspectiva dos tipos de arranjos organizativos.

Tabela 17 – Caracterização da organização dos prontuários em unidades de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?		Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	5(50)	5(50)	1(10)	9(90)
	UBS-ESB	9(100)	-	-	9(100)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	-	2(100)
AG	UBS-ESF	15(68,2)	7(31,82)	3(13,6)	19(86,4)
	UBS-ESB	1(14,3)	6(85,7)	2(28,6)	5(71,4)
	UBS-ESF-ESB	2(14,3)	12(85,7)	6(42,9)	8(57,1)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	-	4(100)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	-	1(25)	3(75)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	-	4(100)
	UBS-ESB	6(60)	4(40)	1(10)	9(90)
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	-	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV, apenas no arranjo do tipo UBS-ESF 50% (5) das equipes não organizam os prontuários por núcleos familiares. Na região AG, a maioria das equipes avaliadas organizam os prontuários de outra forma que não por núcleos

familiares, com destaque para os arranjos UBS-ESB e UBS-ESF. Na região VC os arranjos com equipe de saúde bucal UBS-ESB, Posto-ESB e Outros-ESB apresentam diferentes formas de organização de seus prontuários, além da definida como padrão de qualidade na avaliação.

Em relação a implantação do prontuário eletrônico, entre as equipes avaliadas verifica-se que não é frequente a disponibilidade deste recurso, na região HV no arranjo UBS-ESF e na VC no arranjo 10% (1) das equipes utilizam prontuário eletrônico. Na região AG os arranjos Posto-ESF e Policlínica-ESB não possuem este recurso para nenhuma das equipes. O arranjo UBS-ESF-ESB se destaca com o maior percentual de equipes utilizando o prontuário eletrônico.

O DAB/MS com o objetivo de incentivar o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde na atenção primária, vêm apoiando o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de gestão da APS, em especial, nos processos de gestão do cuidado e gestão por resultados.

No âmbito das equipes de saúde bucal, na tabela 18, estão especificados os resultados sobre a organização dos prontuários na unidade de saúde, o arquivamento da ficha clínica odontológica junto com o prontuário de família, bem como a organização dos prontuários por núcleos familiares e o sistema de informação utilizado pela equipe de saúde bucal.

Tabela 18 – Organização do prontuário odontológico em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?		Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	7(87,5)	1(12,5)	8(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	-	7(100)	-	7(100)
	UBS-ESB	-	7(100)	-	7(100)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	1(100)
VC	UBS-ESB	6(60)	4(40)	6(60)	4(40)
	Posto-ESB	-	2(100)	-	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Nas unidades das regiões de saúde HV e VC, com maior frequência, a ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família, sendo que no arranjo UBS-ESB das duas regiões verifica-se que algumas equipes não arquivam as fichas juntamente com o prontuário de família, com destaque ainda para o Posto-ESB e Outros-ESB da região VC. Na região AG nenhuma das equipes realiza o armazenamento conforme define o padrão de qualidade.

A organização de prontuários por núcleo familiar é unânime entre os arranjos da região HV, contudo nas equipes da região AG. Na região VC observa-se que nos arranjos UBS-ESB e Outros-ESB há equipes que organizam os prontuários por núcleo familiar.

A integração do prontuário eletrônico com outros pontos da rede de atenção ocorre apenas na região AG para 14,3% (1) das equipes do arranjo do tipo UBS-ESF-ESB.

As equipes de saúde bucal foram questionadas quanto ao uso de sistema de informação, considerando ainda sua integração com toda a equipe de atenção primária. Os resultados estão compilados na tabela 19.

Tabela 19 – Sistema de informação utilizado pela equipe de saúde bucal em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?		
		SIAB	e-Sus/SIAB	Sistema de informação próprio
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	8(100)	-	-
	Posto-ESB	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF-ESB	3(42,9)	-	4(57,1)
	UBS-ESB	-	-	7(100)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)
VC	UBS-ESB	9(90)	-	1(10)
	Posto-ESB	2(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Como identificado entre as EAP, as equipes de saúde bucal também utilizam com maior frequência o SIAB, com exceção das equipes da região AG, que utilizam sistema próprio.

Quanto a capacitação para utilização do sistema e-SUS-AB, verifica-se que apenas 1 (14,3%) equipe da região AG, do arranjo UBS-ESB foi capacitada. Nas demais regiões nenhuma das equipes receberam a capacitação.

6.4.4 Acolhimento à Demanda Espontânea

A concepção mais ampla de Acolhimento considera a postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, e também implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas (TESSER; NETO POLI; CAMPOS, 2010). Na tabela 20 são descritos os resultados da avaliação sobre a realização do acolhimento pelas equipes de APS.

Nas regiões de saúde HV e AG o acolhimento a demanda espontânea não é realizado de forma unânime apenas entre as equipes do arranjo UBS-ESB. Na região HV todas as equipes afirmaram que o usuário consegue sair com consulta agendada quando não é atendido no mesmo dia, esta característica se repete na região VC entre os diferentes arranjos. Na região AG para os arranjos UBS-ESF, UBS-ESB, UBS-ESF-ESB e Outros-ESF há equipes que não conseguem efetuar o agendamento de consulta para o usuário quando ele não pode ser atendido no mesmo dia em que vai a unidade.

Tabela 20 – Caracterização do acolhimento em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?		O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	-	10(100)	-
	UBS-ESB	8(88,89)	1(11,11)	9(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	22(100)	-	21(95,45)	1(4,55)
	UBS-ESB	6(85,71)	1(14,29)	4(57,14)	3(42,56)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	12(85,71)	2(14,29)
	Posto-ESF	4(100)	-	4(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	3(75)	1(25)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	4(100)	-
	UBS-ESB	10(100)	-	10(100)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Apesar do acolhimento não configurar exclusivamente em um ambiente físico, mas em um conjunto de características, tais como postura profissional, responsabilização e contemplar a organização do serviço de APS, as equipes foram avaliadas quanto ao local de realização do acolhimento, os resultados são apresentados na tabela 21.

Tabela 21 – Local de realização do acolhimento em unidades de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Em que local é realizado o acolhimento?					
		Sala específica	Consultório	Sala de espera/recepção	Outro local	Não há local específico	Não se aplica
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	2(20)	6(60)	-	-	2(20)	-
	UBS-ESB	4(44,4)	1(11,11)	2(22,22)	1(11,11)	-	1(11,11)
	Posto-ESB	-	1(100)	-	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-	-	-
AG	UBS-ESF	11(50)	4(18,2)	-	3(13,6)	4(18,2)	-
	UBS-ESB	3(42,9)	1(14,3)	-	2(28,6)	-	1(14,3)
	UBS-ESF-ESB	11(78,6)	1(7,1)	-	-	2(14,3)	-
	Posto-ESF	2(50)	1(25)	-	-	1(25)	-
	Policlínica-ESB	-	-	-	1(100)	-	-
	Outros-ESF	3(75)	1(25)	-	-	-	-
VC	UBS-ESF	1(25)	2(50)	-	-	1(25)	-
	UBS-ESB	2(20)	3(30)	2(20)	2(20)	1(10)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	-	-	-	-
	Posto-ESB	-	-	-	1(50)	1(50)	-
	Outros-ESB	-	1(50)	1(50)	-	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Entre os arranjos organizativos nas três regiões de saúde verifica-se que o acolhimento ocorre predominantemente em sala específica e consultório. Nas três regiões de saúde, para o arranjo do tipo UBS-ESF há equipes que não tem local específico para realização de acolhimento, este aspecto é identificado também nos arranjos UBS-ESF-ESB e Posto-ESF na região AG e UBS-ESB e Posto-ESB na região VC.

No que se refere aos turnos de realização do acolhimento, este ocorre nos períodos manhã e tarde na região HV, com exceção do arranjo do tipo UBS-ESB em que 88,9% (8) das equipes realizam o acolhimento nos dois turnos. No período noturno não ocorre acolhimento.

Na região AG o acolhimento ocorre pela manhã e também a tarde na maioria das unidades avaliadas, sendo que no arranjo UBS-ESB 1 (14,3%) equipe não realiza o acolhimento em nenhum dos turnos e 1 (14,3%) realiza o acolhimento também no período noturno. No arranjo UBS-ESF 1 (4,5%) equipe não realiza acolhimento no turno da tarde e este mesmo número realiza no período noturno. No arranjo Posto-ESF 1 (25%) equipe não realiza acolhimento no período da tarde e 1 (25%) realiza no período noturno. Nos arranjos Policlínica-ESB e Outros-ESF 1 (100 e 25%, respectivamente) equipe realiza acolhimento no período noturno.

Na região VC 1 (10%) equipe do arranjo UBS-ESB realiza acolhimento também no período noturno. Para o arranjo Outros-ESB 1 (50%) acolhe os usuários no período da tarde. Para os demais arranjos, com exceção de Outros-ESB, ocorre acolhimento nos turnos manhã e tarde.

As equipes foram questionadas sobre o tempo de espera do usuário desde a chegada à unidade de atenção primária até o primeiro acolhimento, os resultados estão apresentados na tabela 22.

Tabela 22 – Tempo que o usuário espera desde a chegada à unidade de atenção primária até a primeira escuta/ acolhimento, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Tempo que o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?		
		10 minutos	20 minutos	30 minutos
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	8(80)	2(20)	-
	UBS-ESB	6(66,67)	3(33,33)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	15(68,18)	4(18,18)	2(9,09)
	UBS-ESB	3(42,86)	4(57,14)	-
	UBS-ESF-ESB	8(57,14)	3(21,43)	3(21,43)
	Posto-ESF	2(50)	1(25)	1(25)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	-
VC	UBS-ESF	3(75)	1(25)	-
	UBS-ESB	7(70)	3(30)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-
	Outros-ESB	-	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Entre os arranjos verifica-se que na maioria das vezes o tempo máximo de espera até que ocorra o acolhimento é de 10 minutos, no entanto na região AG para os arranjos do tipo UBS-ESF, UBS-ESF-ESB e Posto-ESB e na região VC no arranjo Outros-ESB o tempo de espera pode chegar a 30 minutos em algumas unidades. Na região AG, no arranjo do tipo UBS-ESF para 1 (4,5%) equipe o tempo de espera chega a 120 minutos.

A realização do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade requer capacitação de profissionais, pois contempla além da postura de

responsabilização, outros conhecimentos, como o clínico. Na tabela 23 identifica-se entre os arranjos as equipes que realizam a avaliação de risco e se estas foram capacitadas para a tarefa.

Tabela 23 – Avaliação de risco e capacitação da equipe para realizar o acolhimento, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?		Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	Não se aplica
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	1(10)	4(40)	5(50)	1(10)
	UBS-ESB	9(100)	-	8(88,9)	1(11,1)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	21(95,5)	1(4,5)	11(50)	8(36,4)*	1(4,5)
	UBS-ESB	5(71,4)	2(28,6)	5(71,4)	-	2(28,6)
	UBS-ESF-ESB	13(92,9)	1(7,1)	12(85,7)	1(7,1)	1(7,1)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	2(50)	1(25)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-	-
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	3(75)	1(25)	-
	UBS-ESB	9(90)	1(10)	7(70)	2(20)	1(10)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-	-
	Posto-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	-	1(50)

*1(4,5%) Não sabe/Não respondeu

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes dos diferentes arranjos geralmente realizam acolhimento com avaliação de risco, na região AG no arranjo UBS-ESB e Posto-ESF é menor a frequência de equipes que desenvolvem essa prática, já na região VC no arranjo do

tipo Outros-ESB o acolhimento com classificação de risco é menos frequente. Verifica-se que a capacitação não contemplou todos os profissionais, mesmo naqueles arranjos em que todas as equipes realizam o acolhimento com avaliação de risco, ou seja, o desenvolvimento desta avaliação não está atrelada totalmente a capacitação prévia dos profissionais da equipe.

Sob a premissa de que o acolhimento é uma prática essencial nos serviços de APS, outro aspecto relevante para atender as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários é o agendamento de consultas, na tabela 22 são apresentados os resultados que caracterizam o agendamento de consultas pelas equipes de atenção primária.

Nas três regiões de saúde de modo geral as consultas podem ser agendadas todos os dias da semana em qualquer horário, na região HV a exceção ocorre no arranjo do tipo UBS-ESF, com agendamento em dias específicos em qualquer horário. Nas regiões AG e VC nos arranjos UBS-ESB há agendamento em qualquer dia da semana, contudo em horários específicos e também em dias específicos fixos e em qualquer horário.

O agendamento de consulta em horário específico é predominante em todos os arranjos, mas há ainda agendamentos por bloco de horas nos arranjos UBS-ESF, UBS-ESB, Outros-ESB, UBS-ESF-ESB, Posto-ESF, Outros-ESF e Outros-ESB. A distribuição de senha ocorre em unidades do tipo UBS-ESF e UBS-ESB nas três regiões de saúde.

Tabela 24 – Características quanto ao agendamento de consultas em serviços de atenção primária, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?			Como os usuários são agendados?		
		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	Dias específicos fixos, em qualquer horário	Com hora marcada	Marcado por bloco de horas	Fila para pegar senha
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	8(80)	-	1(10)*	6(60)	3(30)	1(10)
	UBS-ESB	9(100)	-	-	8(88,9)	1(11,1)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	19(86,4)	2(9,09)	1(4,55)	18(81,8)	4(18,9)	-
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,29)	-	4(57,1)	2(28,6)	1(14,29)
	UBS-ESF-ESB	10(71,4)	3(21,43)	1(7,14)	13(92,9)	1(7,1)	-
	Posto-ESF	4(100)	-	-	2(50)	2(50)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-	-
	Outros-ESF	4(100)	-	-	2(50)	2(50)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	-	3(75)	-	1(25)
	UBS-ESB	8(80)	1(10)	1(10)	6(60)	3(30)	1(10)
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)	-	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-	2(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	1(50)	1(50)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na tabela 23 são apresentados os resultados que especificam quais os meios possíveis para realização do agendamento.

Tabela 25 – Realização do agendamento de consultas em serviços de atenção primária, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Como pode ser feito o agendamento:			
		Presencial		Por Telefone	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	-	2(20)	8(80)
	UBS-ESB	9(100)	-	4(44,4)	5(55,6)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1 (100)
	Outros-ESB	2(100)	-	-	2(100)
AG	UBS-ESF	22(100)	-	9(40,9)	13(59,1)
	UBS-ESB	7(100)	-	6(85,7)	1(14,3)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	3(21,4)	11(78,6)
	Posto-ESF	4(100)	-	2(50)	2(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	2(50)	2(50)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	4(100)	-
	UBS-ESB	10(100)	-	4(40)	6(60)
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Nos diferentes arranjos, predomina o agendamento de forma presencial, sendo que o agendamento por telefone é menos frequente, com destaque apenas para os arranjos do tipo UBS-ESB, Policlínica-ESB da região AG e UBS-ESF, Posto-ESB e Outros-ESB da região VC. Em apenas 1 (11,1%) unidade do arranjo UBS-ESB da região HV o agendamento pode ser realizado também pela internet.

6.4.5 Organização da agenda

A organização da agenda no contexto dos serviços de atenção primária requer a articulação de vários aspectos do processo de trabalho, além de considerar as necessidades apresentadas pela população da área de abrangência, incluindo a disponibilidade para atendimento da demanda espontânea, sem deixar no entanto de oferecer o atendimento programado, através da consulta agendada, que permite o acompanhamento longitudinal e contínuo do usuário. Na tabela 26 caracteriza-se a organização da agenda nas unidades de atenção primária.

Sobre a organização da agenda, na região HV para o arranjo do tipo UBS-ESB nem todas as equipes consideram na programação de suas agendas as atividades com a comunidade. E no arranjo UBS-ESF, desta região, verifica-se que a reserva de horário na agenda para consulta de cuidado continuado é comum para 10% (1) das equipes.

Na região AG, entre os arranjos organizativos, a reserva da agenda para grupos de educação em saúde, atividade comunitário e consultas para cuidado continuado não é uma prática rotineira, ocorrendo em menor frequência.

Na região VC, no arranjo UBS-ESB geralmente não há disponibilidade da agenda para realização de atividade comunitária.

Tabela 26 – Características da organização da agenda em unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?				
		Visita domiciliar	Grupos de educação em saúde	Atividade comunitária	Consultas para cuidado continuado	Acolhimento à demanda espontânea
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	9(90)	9(90)	9(90)	9(90)
	UBS-ESB	9(100)	9(100)	7(78)	9(100)	9(100)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF	22(100)	19(86)	16(73)	20(91)	18(82)
	UBS-ESB	7(100)	6(86)	4(57)	7(100)	5(71)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	14(100)	11(79)	14(100)	12(86)
	Posto-ESF	3(75)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)
	UBS-ESB	9(90)	9(90)	7(70)	9(90)	9(90)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na figura 1 do Apêndice A estão discriminados os grupos populacionais que recebem as ações ofertadas pelas equipes de atenção primária, com destaque para o grupo de mulheres incluindo gestantes, crianças incluindo escolares, idosos, grupos com diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes mellitus. As ações direcionadas para usuários de tabaco, álcool e outras drogas e pessoas com obesidade, asma/DPOC é menos frequente.

Para o arranjo UBS-ESF o atendimento de crianças, usuários de tabaco, usuários de álcool e outras drogas, pessoas com obesidade e com diagnóstico de asma e outros grupos tem sido menos frequente.

Na região AG o arranjo UBS-ESB diferencia-se das unidades de mesmo arranjo nas regiões HV e VC por ofertar com menos frequência ações para crianças, idosos, escolares, pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes.

Considerando aspectos da coordenação do cuidado e do acompanhamento longitudinal e continuado, as equipes foram avaliadas quanto a renovação de receitas para usuários com diagnósticos como hipertensão e diabetes. Os resultados referentes a essa variável são descritos na tabela 27.

No arranjo Posto-ESF, da região AG, nem todas as unidades fornecem receita ao usuário não agendado, com o menor percentual neste tipo de arranjo, seguida pela UBS-ESB da região HV e UBS-ESF-ESB (AG).

Tabela 27 – Renovação de receitas pela equipe de atenção primária, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?			
		SIM		NÃO	
		n	(%)	n	(%)
HV	UBS-ESF	9	90	1	10
	UBS-ESB	7	77,8	2	22,2
	Posto-ESB	1	100	-	-
	Outros-ESB	2	100	-	-
AG	UBS-ESF	20	90,9	2	9,1
	UBS-ESB	6	85,7	1	14,3
	UBS-ESF-ESB	11	78,6	3	21,4
	Posto-ESF	3	75	1	25
	Policlínica-ESB	4	100	-	-
	Outros-ESF	4	100	-	-
VC	UBS-ESF	8	80	2	20
	UBS-ESB	1	100	-	-
	Posto-ESF	2	100	-	-
	Posto-ESB	2	100	-	-
	Outros-ESB	2	100	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No contexto das equipes de saúde bucal, quanto a organização de suas agendas de atendimento, verifica-se que geralmente as consultas odontológicas são ofertadas aos usuários de forma programada, agendamento prévio e também para a demanda espontânea, sendo que apenas na região VC verifica-se que 1(10%) equipe do arranjo do tipo UBS-ESB realiza atendimento apenas de consultas agendadas, conforme na tabela 28.

Tabela 28 – Organização da agenda da equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	
		Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea	Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda
		n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	4(50)	4(50)
	Posto-ESB	-	1(100)
	Outros-ESB	-	2(100)
AG	UBS-ESF-ESB	3(42,9)	4(57,1)
	UBS-ESB	1(14,3)	6(85,7)
	Policlínica-ESB	-	1(100)
VC	UBS-ESB	3(30)	6(60)
	Posto-ESB	2(100)	-
	Outros-ESB	-	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes de saúde bucal foram avaliadas questionadas sobre o compartilhamento de agenda com profissionais da equipe da ESF, a realização de atividades de educação em saúde bucal no território e agendamento de retorno para a continuidade do tratamento do usuário que iniciou o tratamento na unidade. Os resultados estão descritos na tabela 29.

Tabela 29 – Características do agendamento com a equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?		A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?		A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESB	7(87,5)	1(12,5)	7(87,5)	1(12,5)	8(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	3(42,9)	4(57,1)	6(85,7)	1(14,3)	7(100)	-
	UBS-ESB	2(28,6)	5(71,4)	5(71,4)	2(28,6)	7(100)	-
	Policlínica-ESB	-	1(100)	1(100)	-	1(100)	-
VC	UBS-ESB	8(80)	2(20)	8(80)	2(20)	9(90)	1(10)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	-	2(100)	1(50)	1(50)	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

O compartilhamento da agenda da equipe de saúde bucal com a equipe da ESF não é comum nos diferentes arranjos, verifica-se que na região AG no arranjo UBS-ESB o percentual de equipes que realizam esta conduta é menor do que nas outras regiões de saúde para o mesmo tipo de arranjo. O arranjo Posto-ESB também assume característica distinta a depender da região de saúde.

Nas três regiões de saúde as equipes do arranjo UBS-ESB oferta atividades de saúde bucal no território em menor frequência, com resultado um pouco melhor que o arranjo do tipo Outros-ESB.

Entre as equipes de saúde bucal avaliadas, o agendamento de “consulta de retorno” é unânime com exceção de 1 (10%) equipe do arranjo UBS-ESB da região VC.

Tabela 30 – Agendamento de consulta com a equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?				
		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.	Em qualquer dia da semana, em horários específicos.	Dias específicos fixos em até três dias na semana	Dias específicos fixos em mais de três dias na semana	Dia específico fixo uma vez por mês
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	6(75)	-	-	-	2(25)
	Posto-ESB	-	-	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-	-
AG	UBS-ESF-ESB	2(28,6)	1(14,3)	-	-	4(57,1)
	UBS-ESB	6(85,7)	-	-	-	1(14,3)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	-	-
VC	UBS-ESB	6(60)	2(20)	1(10)	-	1(10)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Com relação os dias e horários para agendamento de consulta odontológica, conforme descrito na tabela 30 o agendamento para os diferentes arranjos ocorre predominantemente “qualquer dia da semana e em qualquer horário”, contudo verifica-se no arranjo UBS-ESB nas três regiões de saúde que há unidades que realizam o agendamento apenas “em dia específico fixo e uma vez por mês”, característica essa que pode interferir no acesso em tempo oportuno,

principalmente quanto a prática do acolhimento e da escuta qualificada não estão implementados.

6.4.6 Atenção à Saúde

No Apêndice A, na figura 2 estão relacionados os fluxos possíveis para referenciamento do usuário para consulta especializada a partir de unidades de atenção primária.

Apenas no arranjo UBS-ESF, na região HV o usuário recebe uma ficha de encaminhamento, que permite a referência, contudo não há um serviço ou um profissional determinado para realizar o contato e agendamento.

Verifica-se que nos arranjos UBS-ESF, UBS-ESB, UBS-ESF-ESB, Posto-ESB, Outros-ESB, Policlínica-ESB geralmente a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data é posteriormente informada ao usuário. Embora menos frequente, mas outra possibilidade é o usuário receber uma ficha de referência e ser orientado a dirigir-se a um serviço indicado pela sua equipe. Nos oito arranjos organizativos identifica-se como possibilidades de referenciamento: o agendamento de consulta na unidade e o usuário é informado no momento em que se realiza o agendamento ou o agendamento da consulta é feito pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas.

6.4.7 Exames solicitados pela equipe de atenção básica e que são realizados pela rede de serviços de saúde.

No apêndice A a figura 3 contempla os exames solicitados pela equipe de atenção primária e que são realizados pela rede de serviços de saúde, considerando os seus arranjos organizativos.

Para o arranjo do tipo UBS-ESF os exames que não são solicitados por todas as equipes são o Ecocardiograma, a baciloscopia para hanseníase (AG), o teste rápido para HIV (HV e VC) e o teste rápido para sífilis (HC, AG,VC).

No arranjo UBS-ESB exames como teste de sensibilidade e antibiograma, ecocardiograma, teste rápido HIV e Sífilis são solicitados por um número menor de equipes.

Para o arranjo UBS-ESF-ESB (AG) verifica-se o mesmo padrão do arranjo do tipo UBS-ESF, com menor frequência de equipes solicitando os exames ecocardiograma, baciloscopia para hanseníase e teste rápido para sífilis.

Nos arranjos Posto-ESB, Policlínica-ESB e Outros-ESB (HV) a equipe solicita todos os exames considerados na avaliação: creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma, hemoglobina glicosilada, baciloscopia para tuberculose, radiografia de tórax, cultura de micobactéria, teste de sensibilidade e antibiograma, baciloscopia para hanseníase, mamografia, sorologia para HIV, hepatites B e C, sífilis e os testes rápidos de HIV e sífilis. No arranjo Outros-ESB da região VC as 2 (100%) equipes solicitam creatinina, perfil lipídico ecocardiograma e eletrocardiograma, os demais exames são solicitados por apenas uma delas.

6.4.8 Oferta e resolubilidade de ações da equipe de atenção básica e saúde bucal

A oferta de um conjunto ações, incluindo os procedimentos médicos, de enfermagem e odontólogos, no âmbito da atenção primária contribui para uma resposta satisfatória a demanda do usuário quando este busca atendimento. E a primeira ação nesta trajetória de busca por atenção é o acolhimento com escuta ampliada e qualificada, pois a resposta as necessidades da população não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde. Além disso, a medida em que se oferta determinados serviços na APS é possível minimizar o referenciamento ou diminuir a superlotação de serviços de pronto atendimento, por exemplo.

Na figura 4, do Apêndice A, são apresentadas as ações realizadas pelas equipes de APS, sendo que nos diferentes arranjos verifica-se que as equipes geralmente realizam retirada de pontos, curativos, medicações injetáveis intramuscular e endovenosas e a nebulização/inalação. A drenagem de abscesso, a sutura de ferimentos, a lavagem de ouvido, a extração de unha, a inserção de DIU e outros procedimento são disponibilizados em menor frequência.

No arranjo UBS-ESF nota se que a sutura de ferimentos, a lavagem de ouvido, a extração de unha e a inserção de DIU não ocorre em todas as unidades.

Para o arranjo UBS-ESB além dos procedimentos mencionados para o arranjo UBS-ESF, a drenagem de abscesso também não é realizada por todas as equipes.

Os demais arranjos caracterizam-se de forma similar, sendo no arranjo UBS-ESF, da região AG, apenas 50% (11) das equipes ofertam nebulização/inalação. Verifica-se menor percentual de realização deste procedimento também no arranjo Posto-ESF e Outros-ESF, ambos da região AG.

Nesta perspectiva de avaliar a oferta de serviços pelas EAP, as equipes foram questionadas quanto ao profissional que realiza a coleta de material para o exame citopatológico, e os resultados estão na tabela 31.

Entres as equipes avaliadas, a coleta de material para citologia é realizada pelo médico e/ou enfermeiro, em nenhuma das equipes dos oito arranjos avaliados, o técnico de enfermagem realiza tal procedimento, visto os aspectos legais que norteiam essa prática.

Verifica-se na região AG, no arranjo do tipo UBS-ESF, que 1 (4,5%) equipe não realiza exame citopatológico na unidade e neste arranjo predomina a realização do exame pelo enfermeiro, diferente do que ocorre para este mesmo tipo de arranjo nas regiões de saúde HV e VC, onde verifica-se um equilíbrio entre o percentual de profissionais médicos e enfermeiros que realizam o exame.

Tabela 31 – Profissionais que realizam o exame citopatológico em unidades atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Qual(s) profissional(is) realiza(m) o exame citopatológico?			
		Médico		Enfermeiro	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	8(80)	2(20)	6(60)	4(40)
	UBS-ESB	8(88,9)	1(11,1)	8(88,9)	1(11,1)
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	12(54,5)	10(45,5)	19(86,4)	3(13,6)
	UBS-ESB	7(100)	-	-	7(100)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	13(92,9)	1(7,1)
	Posto-ESF	2(50)	2(50)	4(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-
VC	UBS-ESF	1(25)	3(75)	3(75)	1(25)
	UBS-ESB	9(90)	1(10)	9(90)	1(10)
	Posto-ESF	-	1(100)	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No contexto das equipes de saúde bucal, as ações ofertadas pela equipe, incluindo a realização de biópsia pelo cirurgião dentista, foram avaliadas e os resultados estão descritos na tabela 32.

Tabela 32 – Caracterização das ações realizadas pela equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?		
		Não, porque não há material / instrumental disponível.	Não, porque os casos são encaminhados para outro centro de referência.	
			Não, outros.	
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	-	6(75)	2(25)
	Posto-ESB	-	1(100)	-
	Outros-ESB	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	-	7(100)	-
	UBS-ESB	-	7(100)	-
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-
VC	UBS-ESB	1(10)	5(50)	4(40)
	Posto-ESB	-	-	2(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Verifica-se que nos diferentes arranjos o procedimento de biópsia não é realizado, pois o usuário é referenciado para outro tipo de serviço, provavelmente o serviço especializado como o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Sobre o encaminhamento da peça extraída após biópsia, todas as equipes entrevistadas consideraram que a questão não se aplica, por não haver esse tipo de procedimento na unidade.

As equipes de saúde bucal foram avaliadas quanto aos demais procedimentos que realizam, nas figuras 5 e 6 do Apêndice A estão descritos estes

procedimentos. Verifica-se que nos diferentes arranjos as equipes realizam na maioria das vezes os mesmos tipos de procedimentos, sendo eles: drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, acesso à polpa dentária, aplicação tópica de flúor, exodontia de dente decíduo e de dente permanente, restauração de amálgama e de resina composta, além de restauração em dente decíduo, pulpotomia, raspagem, alisamento e polimento supragengivais e tratamento de alveolite. Nota-se que a cimentação de prótese não ocorre no arranjo Posto-ESB e em uma equipe do tipo Outros-ESB, ambas da região HV. Não são comumente realizados pelas equipes avaliadas os procedimentos como: remoção de dentes impactados, frenectomia, remoção de cistos, ulotomia/ulectomia e os denominados “outros tipos de procedimento”.

Na tabela 33, são apresentados os resultados quanto a finalização de um tratamento odontológico, denominado de “tratamento concluído” (TC).

O tratamento em saúde bucal pode exigir mais de um atendimento, por isso é relevante monitorar a conclusão destes tratamentos a fim de que não sejam descontinuados e o usuário não sofra prejuízos. Sobre o “tratamento concluído” verifica-se que nas regiões HV e VC a maioria das equipes conseguem concluir os tratamentos dos usuários atendidos, já na região AG o tratamento alguns usuários foi concluído, como informaram as equipes avaliadas nesta região de saúde.

Tabela 33 – Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal em unidades de atenção básica, por região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Equipe de Saúde Bucal realiza tratamento concluído (TC)?		
		Para todos os usuários atendidos	Para alguns usuários atendidos	Nunca realiza TC
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	6(75)	2(25)	-
	Posto-ESB	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF-ESB	1(14,3)	6(85,7)	-
	UBS-ESB	1(14,3)	6(85,7)	-
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-
VC	UBS-ESB	6(60)	3(30)	1(10)
	Posto-ESB	2(100)	-	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.4.9 Práticas Integrativas e Complementares

O desenvolvimento de práticas integrativas e complementares não é uma prática comum entre os serviços de APS dos diferentes arranjos. Na região HV, no arranjo UBS-ESB 1 (11,1%) equipe oferece tais serviços e esta equipe afirma não ter recebido da gestão apoio através de atividade ou curso de educação permanente sobre o tema.

Na região AG as equipes dos arranjos UBS-ESF 40,9% (9), UBS-ESB 14,3% (1) e UBS-ESF-ESB 21,4% (3) oferecem ações das práticas integrativas e complementares, sendo que entre estes três arranjos, apenas 33,3% (3) das equipes do arranjo UBS-ESF afirmaram ter recebido algum tipo de capacitação e apoio por parte da gestão.

Na região VC, as práticas integrativas e complementares são ofertadas em unidades do tipo UBS-ESF 25% (1), UBS-ESB 10% (1) e Outros-ESB 50% (1), sendo que das equipes que desenvolvem ações nesta área, verifica-se que nos arranjos UBS-ESF e Outros-ESF há algum tipo de atividade de formação sobre o tema, oferecidos pela gestão.

6.4.10 Promoção da Saúde

A promoção da saúde no contexto do trabalho das equipes de APS é uma importante estratégia, à medida que destaca ações intersetoriais para enfrentamento dos problemas referentes ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas lícitas e ilícitas e outros aspectos. Além disso, destaca a responsabilidade dos indivíduos em preservar a sua saúde por meio de hábitos saudáveis, incluindo-o em seu autocuidado, compreendendo a sua condição de protagonista. Na figura 7, do Apêndice A, estão descritos os tipos de ações de promoção da saúde realizada pelas equipes.

Os resultados demonstram que as equipes dos diferentes arranjos ofertam ações educativas e de promoção da saúde em menor frequência para homens, e que abordam menos os temas referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território, bem como o abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, além do abuso, dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos e grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma) e outros temas conforme necessidade do território.

A equipe do arranjo do tipo Policlínica-ESB não realiza ações de promoção da saúde.

As ações de promoção da saúde geralmente estão direcionadas para mulheres (com foco nos aspectos sobre o câncer do colo do útero e de mama); planejamento familiar, com exceção do arranjo Outros-ESB (VC) em que as equipes não realizam ações com este tema; gestantes e puérperas (aleitamento materno); idosos, em menor frequência entre equipes dos arranjos UBS-ESF (HV) e UBS-ESB (AG); alimentação saudável, com exceção do arranjo UBS-ESF (HV); abordagens sobre o tema saúde sexual e reprodutiva, sendo que no arranjo Outros-ESB não ocorre e em menor frequência é abordado pelas equipes do arranjo UBS-ESB (AG);

as atividades em grupo com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas, são realizadas em menor frequência nos arranjos UBS-ESF (HV e AG), UBS-ESB (AG) e Outros-ESB (VC).

Os resultados que identificam as práticas de promoção de saúde desenvolvidas pelas equipes na UBS estão descritos na tabela 34.

As EAP, nos distintos arranjos, incentivam e desenvolvem nas UBS e/ ou no território a atividade física.

Verifica-se que no arranjo UBS-ESB nas três regiões de saúde há equipes que não realizam ações de promoção da saúde, o mesmo ocorre no arranjo Outros-ESB (HV e VC). Na região AG um percentual importante de equipes do arranjo UBS-ESF não realizam ações de promoção da saúde.

Tabela 34 – Atividades de promoção incentivadas e desenvolvidas pelas equipes, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território:			
		Práticas corporais	Atividade física	Outro(s)	Não desenvolve atividade
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	2(22,2)	9(100)	1(11,1)	-
	UBS-ESB	4(44,4)	6(66,7)	4(44,4)	3(33,3)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	-	-
	Outros-ESB	-	-	-	2(100)
AG	UBS-ESF	8(36,4)	15(68,2)	8(36,4)	7(31,8)
	UBS-ESB	1(16,7)	3(50)	-	3(50)
	UBS-ESF-ESB	8(57,1)	9(64,3)	3(21,4)	4(28,6)
	Posto-ESF	2(50)	4(100)	2(50)	-
	Policlínica-ESB	-	-	-	-
	Outros-ESF	3(75)	4(100)	2(50)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	1(25)	-
	UBS-ESB	5(50)	8(80)	5(50)	2(20)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.4.11 Programa Bolsa-Família

O Programa Bolsa-Família (PBF) faz parte do Plano Brasil sem Miséria, que tem entre os seus objetivos a erradicação da extrema pobreza no Brasil por meio da elevação da renda familiar *per capita*, da ampliação do acesso aos serviços públicos e da inclusão produtiva. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa constitui em estratégia para efetivar o compromisso do SUS com a erradicação da miséria, bem como com a garantia do direito à saúde às famílias beneficiárias (BRASIL, 2009d).

O acompanhamento das famílias do PBF em serviços de APS visa o cumprimento do calendário básico de vacinação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de sete anos, o seguimento do calendário de pré-natal da gestante, da assistência pós-parto, bem como à realização da vigilância nutricional.

Na tabela 35 são apresentados os resultados referentes ao acompanhamento realizado pelas EAP às famílias inscritas no PBF.

As equipes possuem em sua maioria registro das famílias do território que estão cadastradas no PBF, contudo é menos frequente a disponibilidade do mapa de acompanhamento entre as equipes avaliadas.

Tabela 35 – Registro e acompanhamento das famílias cadastradas no programa Bolsa-Família, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe possui registro das famílias cadastradas no Programa Bolsa-Família?		Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	1(10)	8(88,9)	1(11,1)
	UBS-ESB	8(88,9)	1(11,1)	5(62,5)	3(37,5)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)
AG	UBS-ESF	21(95,5)	1(4,5)	16(76,2)	5(23,8)
	UBS-ESB	7(100)	-	5(71,4)	2(28,6)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	12(85,7)	2(14,3)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	2(66,7)	1(33,3)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	2(50)	2(50)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	2(50)	2(50)
	UBS-ESB	10(100)	-	6(60)	4(40)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.4.12 Visita Domiciliar e Cuidados realizados no domicílio

A atenção domiciliar no contexto da prática em saúde constitui-se em modalidade geral da atenção prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (MARRELLI, 1997).

No que se refere a organização de visitas domiciliares e os cuidados realizados no domicílio, verifica-se na tabela 36 que nos distintos arranjos as equipes possuem protocolo ou algum tipo de critério para definição de visitas domiciliares a serem realizadas e as famílias são visitadas com periodicidade distinta de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade.

Tabela 36 – Organização de visitas domiciliares e cuidados realizados no domicílio, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?			
		A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?			
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	1(10)	10(100)	-
	UBS-ESB	9(100)	-	9(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	15(68,2)	7(31,8)	22(100)	-
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	6(85,7)	1(14,3)
	UBS-ESF-ESB	12(85,7)	2(14,3)	14(100)	-
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	4(100)	-
	UBS-ESB	10(100)	-	10(100)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes de saúde bucal foram avaliadas quanto a realização de visita domiciliar, os resultados estão compilados na tabela 37. Verifica-se que nas regiões de saúde HV e VC a realização de visita domiciliar é mais comum entre as equipes dos diferentes arranjos, já na região VC é menos frequente entre os seus diferentes arranjos. A utilização de protocolo ou algum outro documento que norteiam a

definição de situações prioritárias para visita domiciliar é utilizada por um número menor de equipes no arranjo UBS-ESB das três regiões de saúde.

Tabela 37 – Visita domiciliar realizada pelas equipes de saúde bucal, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?				A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?			
		SIM		NÃO		SIM		NÃO	
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	7(87,5)	1(12,5)	5(71,4)	2(28,6)				
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-				
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-				
AG	UBS-ESF-ESB	5(71,4)	2(28,6)	4(80)	1(20)				
	UBS-ESB	3(42,9)	4(57,1)	-	3(100)				
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	-				
VC	UBS-ESB	7(70)	3(30)	5(71,4)	2(28,6)				
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-				
	Outros-ESB	2(100)	-	-	2(100)				

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Quanto as ações que as equipes de saúde bucal desenvolvem em domicílio, os resultados estão apresentados na tabela 38.

Nas regiões de saúde, entre os arranjos avaliados, nota-se que a orientação do usuário é a prática mais comumente desenvolvida em visitas domiciliares pelas equipes de saúde bucal, seguida da consulta para acamados e por último a realização de procedimentos clínicos.

Tabela 38 – Ações desenvolvidas em visita domiciliar pela equipe de saúde bucal, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	No cuidado domiciliar, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam:			
		Apenas orientações de higiene bucal	Consultas (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado)	Realização de procedimentos clínicos	Outro(s)
		SIM	SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	7(100)	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	-	-
	Outros-ESB	1(50)	2(100)	1(50)	-
AG	UBS-ESF-ESB	4(80)	5(100)	1(20)	1(20)
	UBS-ESB	2(66,7)	2(66,7)	2(66,7)	-
	Policlínica-ESB	-	-	-	-
VC	UBS-ESB	6(85,7)	6(85,7)	1(14,3)	2(28,6)
	Posto-ESB	2(100)	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.4.13 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

A implantação do NASF para apoio das EAP não está consolidada, verifica-se que na região HV não há este serviço. Na região AG as equipes dos arranjos UBS-ESF-ESB, Posto-ESF, Policlínica-ESB e Outros-ESB e na região VC as do tipo Posto-ESB e Outros-ESB não contam com o serviço do NASF.

Os resultados sobre a composição do NASF e interação com a equipe de atenção primária segue na tabela 39.

Tabela 39 – Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e interação com equipes de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?			Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?*		
		SIM	NÃO	Não se aplica/ Não tem NASF	SIM	NÃO	Não sabe/Não respondeu
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AG	UBS-ESF	-	2(9,1)	20(90,9)	2(100)	-	-
	UBS-ESB	3(21,4)	-	11(78,6)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)
	UBS-ESF	3 (75)	1(25)	-	3 (75)	-	1(25)
VC	UBS-ESB	2(20)	-	8(80)	2(100)	-	-
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)	-	-

*Em relação as equipes que contam com o apoio do NASF.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Para as equipes que recebem apoio do NASF, verifica-se na região AG que entre os arranjos o debate entre a gestão e a equipe para definir a composição da equipe do NASF ocorreu para algumas equipes, já na região VC a maioria das equipes afirmaram que a gestão debateu sobre a composição do NASF antes de defini-la. O planejamento das ações do NASF junto com as equipes é também menos frequente na região AG.

As EAP foram questionadas sobre os aspectos que fundamentam as ações do NASF, e os resultados estão descritos na tabela 40. Destaca-se a necessidade/demandas da equipe atenção primária e também as demandas diretas dos usuários.

Tabela 40 – Caracterização da atuação do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com quais aspectos:							
		Necessidade/demandas da sua equipe		Realidade epidemiológica e social deste território		Demandas diretas dos usuários		Outros	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AG	UBS-ESF	2(100)	-	-	2(100)	1(50)	1(50)	-	2(100)
	UBS-ESB	3(100)	-	1(33,3)	2(66,7)	1(33,3)	2(66,7)	1(33,3)	2(66,7)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	4(100)	-	4(100)	-	1(25)	3 (75)
	UBS-ESB	2(100)	-	2(100)	-	2(100)	-	1(50)	1(50)
	Posto-ESF	-	1(100)	-	1(100)	1(100)	-	-	1(100)

*Em relação as equipes que contam com o apoio do NASF.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

A interação da equipe do NASF com as EAP é essencial para que de fato o apoio matricial se efetive, sobre esta interação os resultados estão descritos na tabela 41. Identifica-se que geralmente o NASF atende as solicitações da equipe em tempo adequado. No entanto, há necessidade de aperfeiçoar ou até mesmo definir critérios e formas para acionamento do apoio da equipe do NASF em situações imprevistas.

Tabela 41 – Interação da equipe do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família com as equipes de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:			Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?		
		Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	SIM	NÃO	Não sabe/Não respondeu
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AG	UBS-ESF	2(100)	-	-	1(50)	1(50)	-
	UBS-ESB	-	1(33,3)	2(66,7)	-	1(33,3)	2(66,7)
VC	UBS-ESF	3 (75)	1(25)	-	2(50)	2(50)	-
	UBS-ESB	1(50)	1(50)	-	1(50)	1(50)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)	-	-

*Em relação as equipes que contam com o apoio do NASF.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No Apêndice A, nas figuras 8 e 9, são apresentados os resultados referente as ações de apoio ofertadas pela equipe do NASF às equipes de APS. Identifica-se que as consultas individuais do profissional do NASF, as visitas domiciliares, a discussão de casos e a elaboração de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares), bem como a discussão de temas e ações de educação permanente são as ações mais frequentes entre os arranjos das duas regiões de saúde. De forma menos comum ocorrem as ações como: consultas compartilhadas; grupos terapêuticos ou de educação em saúde; intervenções na comunidade; gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas; organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF; definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional; monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada e apoio à organização do processo de trabalho da equipe.

Às equipes que recebem apoio do NASF foi solicitado que atribuíssem uma nota de 0 a 10, considerando o trabalho desenvolvido pelas equipes do NASF junto aos serviços de atenção primária. As notas estão descritas na tabela 42.

Tabela 42 – Notas atribuídas a equipe NASF, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?			
		Nota 7	Nota 8	Nota 9	Nota 10
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AG	UBS-ESF	-	1(50)	-	1(50)
	UBS-ESB	3(100)	-	-	-
VC	UBS-ESF	1(25)	1(25)	1(25)	1(25)
	UBS-ESB	-	1(50)	-	1(50)
	Posto-ESF	-	1(100)	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As EAP atribuíram notas que variaram de 7 a 10, sendo a nota 8 a pontuação mais comumente atribuída para as equipes do NASF.

6.4.14 Reunião da equipe

A realização de reunião permite a EAP discutir, elaborar e decidir estratégias a fim de concretizar as ações necessárias para garantir ou restaurar a saúde da população de determinado território.

Verifica-se que as equipes avaliadas geralmente realizam reunião, com exceção da equipe do arranjo Posto-ESB (HV) e algumas equipes do arranjo UBS-ESF (AG) e UBS-ESB(AG), sendo que neste último arranjo mais da metade das equipes não realizam reunião, conforme resultados apresentados na tabela 43.

Tabela 43 – Equipes que realizam reunião, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza reunião?			
		SIM		NÃO	
		n	%	n	%
HV	UBS-ESF	10	100	-	-
	UBS-ESB	8	100	-	-
	Posto-ESB	-	-	1	100
	Outros-ESB	2	100	-	-
AG	UBS-ESF	21	95,5	1	4,5
	UBS-ESB	3	42,9	4	57,1
	UBS-ESF-ESB	14	100	-	-
	Posto-ESF	4	100	-	-
	Policlínica-ESB	1	100	-	-
	Outros-ESF	4	100	-	-
VC	UBS-ESF	4	100	-	-
	UBS-ESB	10	100	-	-
	Posto-ESF	1	100	-	-
	Posto-ESB	2	100	-	-
	Outros-ESB	2	100	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes de saúde bucal foram questionadas sobre a participação em reuniões da equipe de atenção primária, os resultados estão descritos na tabela 44.

Verifica-se que a participação da equipe de saúde bucal em reuniões da EAP assume características peculiares a depender da região de saúde e não necessariamente do tipo de arranjo organizativo. Sendo que na região AG a participação da equipe de saúde bucal em reunião compartilhada é menos frequente.

Tabela 44 – Participação das equipes de saúde bucal em reuniões da equipe de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?		
		Sempre	Às vezes	Nunca
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	8(100)	-	-
	Posto-ESB	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF-ESB	5(71,4)	1(14,3)	1(14,3)
	UBS-ESB	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)
VC	UBS-ESB	8(80)	2(20)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No Apêndice A, a figura 10 refere-se ao planejamento das atividades da equipe de saúde bucal e são especificados os aspectos considerados para este planejamento. Os resultados evidenciam a relevância dos aspectos: construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal; considera as metas para a atenção básica pactuada pelo município; as informações do sistema de informação da atenção básica; as informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros) e as questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras).

Em menor frequência as equipes de saúde bucal consideram em seu planejamento as questões ambientais do território (incluindo acesso a terra) e também os desafios apontados a partir da autoavaliação.

No arranjo UBS-ESF-ESB verifica-se que são poucos os aspectos considerados para planejamento das equipes, sendo que apenas o aspecto metas para a atenção básica pactuada pelo município é considerada por 100% (7) das equipes.

6.4.15 Apoio Matricial

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Essa retaguarda refere-se tanto a assistência quanto ao suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Na tabela 45 são apresentados os resultados referente a disponibilidade de apoio matricial para as EAP. Verifica-se que na região AG, entre os arranjos UBS-ESB e Posto-ESF as equipes recebem apoio matricial em menor frequência.

No Apêndice A, na figura 11 estão descritos os resultados quanto a origem dos profissionais que realizam o apoio matricial à equipe de atenção primária. Os resultados demonstram que o apoio matricial, na maioria das vezes, é realizado por profissional de vigilância em saúde, especialistas da rede e profissionais de outra modalidade de apoio matricial, sendo que este último tipo de apoio não ocorre nas unidades do tipo Policlínica-ESB e Posto-ESF (VC).

Tabela 45 – Apoio matricial à equipe de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	
		SIM	NÃO
		n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	-
	UBS-ESB	9(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-
AG	UBS-ESF	19(86,4)	3(13,6)
	UBS-ESB	3(42,9)	4(57,1)
	UBS-ESF-ESB	12(85,7)	2(14,3)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-
	UBS-ESB	9(90)	1(10)
	Posto-ESF	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

O apoio matricial pelo NASF é menos frequente pois nem todas as regiões e unidades contam com este serviço. O apoio recebido pelo CAPS, Polo da academia da saúde e centro especializado em reabilitação é menos frequente ou até

mesmo não ocorre por ausência destes serviços. Nota-se que características da região interferem mais na definição de quais profissionais realizam o apoio matricial do que o tipo de arranjo propriamente.

As equipes de saúde bucal foram questionadas também sobre a origem dos profissionais que realizam o apoio matricial, as informações estão compiladas na figura 12 do Apêndice A. O apoio para as equipes de saúde bucal geralmente é dado por profissionais do CEO nas três regiões de saúde. Nota-se que embora na região HV não foi identificado pelas equipes de atenção primária o NASF, a equipe de saúde bucal do arranjo UBS-ESB aponta que a origem do apoio matricial é do NASF. Apenas na região AG verifica-se apoio proveniente da equipe do CAPS para os arranjos UBS-ESF-ESB e UBS-ESB. O apoio proveniente de outros centros/policlínicas de especialidades (não CEO) é menos frequente.

6.4.16 Acesso a prótese dentária

No contexto da APS, a interação entre equipes de saúde bucal e de atenção primária possibilita a criação de um espaço de práticas e relações para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Assim, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2017a). Sob estas premissas a garantia do acesso a prótese dentária deve ser ampliada pelas equipes que atuam em APS.

Sobre a confecção de próteses dentárias em unidades de atenção primária, verifica-se com exceção de 1 (10%) equipe do arranjo UBS-ESB da região VC, que as demais equipes não realizam nenhuma etapa para confecção de próteses. A equipe da região VC realiza a etapa denominada de “consulta de retorno para avaliar a instalação da prótese”.

6.4.17 Discussão

A organização do trabalho na atenção primária consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território (BRASIL, 2013a).

Os processos de trabalhos das equipes avaliadas, sob a perspectiva dos componentes de avaliação selecionados, demonstram pequenas particularidades entre os arranjos organizativos, como a atuação em território definido, mais comum entre equipes organizadas na lógica da ESF, o acolhimento a demanda espontânea e tempo de espera que foram relativamente maiores em serviços com arranjos não configurados com equipes de ESF.

No âmbito da organização do processo de trabalho, o exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. Trata-se de um processo contínuo de pensar o futuro, o que implica tomada de decisão permanente dentro de um contexto que sofre influências constantes. O planejamento permite analisar uma realidade e identificar o que se deseja alcançar e as decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados. Planejar, portanto, passa a ser uma necessidade cotidiana, um processo permanente para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar. No entanto, os resultados evidenciaram que esta não é uma prática comum entre as equipes.

A atuação em território definido permite às equipes de APS incluindo as de saúde bucal, melhor organização de suas ações em consonância com as necessidades e peculiaridades da população de uma determinada comunidade. De modo geral, a estruturação territorial dos serviços do SUS vem sendo feita no Brasil através da chamada “territorialização da saúde”. O território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade. Sem isso a atenção primária não pode cumprir seu papel de porta de entrada para o SUS, pois o território definido indica a porta, ou seja, o serviço e a população a passar por ela (STARFIELD, 2002).

Quanto a organização dos prontuários, verifica-se que principalmente nos arranjos organizados em uma perspectiva distinta da ESF, a organização não é por núcleo familiar. Nos serviços que dispõem de prontuário, via de regra, sua organização é centrada na lógica do atendimento individual, e, quando organizado pela família, o que se observa são acúmulos de fichas individuais num único envelope familiar. A proposta do Prontuário de Saúde da Família é transformar o prontuário individual em um prontuário adequado às necessidades da ESF, considerando o trabalho em equipe, tendo como foco a família e as pessoas que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da equipe (MINAS GERAIS, 2007).

Além dessa proposta de organização de prontuários, é relevante ressaltar a necessidade cada vez maior da informatização dos serviços de APS, com a utilização de recursos como os da tecnologia da informação, prontuários eletrônicos e compartilhados.

Neste sentido a estratégia e-SUS-AB busca reestruturar e integrar as informações da APS em nível nacional, com redução da carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na atenção primária, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais. O e-SUS permite adaptação a realidade dos municípios, especialmente no que diz respeito à informatização e à conectividade das UBS. Nas UBS onde os ambientes de atendimento (recepção, consultórios, sala de procedimentos) contam com computadores, é possível a utilização do Sistema com Prontuário Eletrônico, mesmo sem acesso à internet, que fornece informações individualizadas de cada um dos usuários da unidade e contém funcionalidades que facilitam o dia a dia das equipes, como a organização das agendas dos profissionais da APS (BRASIL, 2016).

O acolhimento e escuta qualificada são práticas que no contexto da APS definem a organização de agendas e até mesmo influencia no estreitamento do vínculo e no acompanhamento longitudinal. O acolhimento a demanda espontânea deve está previsto entre as atribuições das EAP, incluindo as de saúde bucal, considerando a premissa de que a APS configura-se em porta de entrada ao sistema de saúde e a garantia de acesso, o acolhimento disponibiliza para o cidadão um determinado trabalho (assistência) que possa provocar um efeito positivo sobre a situação apresentada.

No que se refere ao agendamento de consultas, estudos apontam a possibilidade do contato não presencial entre a população e sua equipe de saúde, para aumentar o acesso e vínculo por meio telefônico e correio eletrônico (e-mail). Entre as vantagens destacam-se a agilidade no agendamento de consultas, fornecimento de informações, promoção da continuidade da assistência e menor circulação de pessoas na US (PONTE, 2011; PINHÃO et al., 2009).

Quanto a resolatividade das equipes de atenção primária e saúde bucal, verifica-se principalmente entre os arranjos organizados na perspectiva da ESF que há uma oferta menor de ações como extração de unhas, nebulização e lavagem de ouvido. Para as equipes de saúde bucal verifica-se oferta mais ampla de serviços nos diferentes arranjos. A resolatividade está associado à resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço e à satisfação desses e dos profissionais (TURRINI et al., 2008). A resposta ou resolução não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde. Por sua vez, a resolatividade pode ser avaliada em dois aspectos: no próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde, que se estendem desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de APS até a solução de seu problema em outros serviços da RAS (TURRINI et al., 2008).

A resolubilidade das ações de saúde está implicada no trabalho efetivo da equipe multiprofissional, que busca solucionar os problemas individuais e coletivos demandados pela população. No entanto, os profissionais enfrentam dificuldades quanto à formação de uma equipe completa, às condições de trabalho e à regência do modelo biomédico, ainda imperativo na rede de serviços ofertada.

No âmbito das Práticas Integrativas e Complementares, verifica-se que esta não é comum entre as equipes avaliadas. No Brasil, desde 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, tem-se buscado incorporar na APS as seguintes práticas: plantas medicinais – fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa – acupuntura, medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia. Avanços na ampliação dessas práticas perpassam a formação e capacitação dos profissionais bem como a aceitação da população.

No processo de trabalho das equipes de atenção primária, as ações de promoção da saúde assumem protagonismo, junto com as de prevenção. Os resultados evidenciam equipes atuando com ações de promoção da saúde para diferentes grupos de risco, contudo nota-se uma lacuna na abordagem sobre o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A promoção da saúde tem na sua raiz conceitual o alívio do sofrimento das pessoas, e essa relação, apesar de não estar claramente explícita em sua definição, é muito importante para os profissionais da saúde. Na busca do alívio do sofrimento, existem ações que pertencem ao campo dos serviços de saúde e ações externas aos serviços de saúde. Estas últimas incluem moradia, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, lazer, paz, trabalho com condições dignas, mobilidade, enfim, uma gama de ações que visam o bem comum, a redistribuição das riquezas e a redução das desigualdades sociais (WHO, 2009; GERVAS, 2010).

A política do Bolsa Família instituída pelo governo brasileiro tem na sua configuração aspectos da promoção da saúde, por auxiliar na redução do sofrimento de milhões de pessoas que viviam abaixo da linha da pobreza, ou seja, uma medida sanitária cujo núcleo de ação está fora dos serviços de saúde, mas que envolve ações intersetoriais (RASSELLA et al., 2013). As equipes de atenção primária estão envolvidas no acompanhamento das condicionalidades do programa de forma regular, não havendo diferenças relevantes entre as atividades realizadas pelas equipes do diferentes arranjos avaliados.

A promoção da saúde permanece em constante debate teórico e conceitual e apresenta-se, ainda multifacetada, nos diversos campos da saúde humana e da sociedade. Entretanto, a concepção resultante da Carta de Ottawa, de 1986, permanece como principal ideário norteador das políticas governamentais para a

área da saúde. Assim sendo, a definição que prevalece é aquela que considera a Promoção da Saúde como o processo de capacitação de indivíduos, famílias e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde e atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (HEATH, 2007).

A promoção da saúde reforça o conceito de determinação social da saúde, com objetivo de impactar favoravelmente a qualidade de vida. Ações intersetoriais e intrasetoriais são imprescindíveis para ampliação da consciência sanitária, com direitos e deveres da cidadania, educação em saúde para mudança das condições de vida da população.

O trabalho interprofissional na APS assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família como um todo, em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. Sendo assim, a assistência domiciliar desenvolvida pelos profissionais da APS devem ser consideradas de modo a lhes revelar suas perspectivas, possibilitando uma reflexão acerca de sua prática profissional na ESF.

A prática da visita domiciliar é mais comum entre equipes de APS organizada sob a lógica da ESF, no entanto verifica-se entre as equipes de saúde bucal um padrão semelhante entre os diferentes arranjos. As equipes de saúde bucal, em sua maioria, realizam visitas domiciliares com foco em orientações de promoção da saúde e prevenção de doença, e quando necessário intervenções em usuários acamados.

A incorporação do atendimento domiciliar à saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, quando o espaço-domicílio das famílias e comunidades passam a ser considerados e, assim, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para as equipes de APS (TRADI; BASTOS, 1998).

Quanto ao apoio matricial, verifica-se que na região de saúde HV não há NASF disponível, e que nas regiões AG e VC nem todas equipes dos diferentes tipos de arranjos são favorecidas pelo apoio matricial. No entanto, o apoio matricial pode ser realizado por outras equipes e/ ou profissional, o que ocorre de forma mais discreta entre os arranjos organizativos, com destaque para o apoio oferecidos pelas equipes do CAPS e pelas equipes do CEO quando se trata da saúde bucal. As diretrizes definidas entre EAP e equipe NASF devem prever critérios para acionar o

apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CUNHA; CAMPOS; 2011).

Entre as equipes avaliadas nota-se que o apoio matricial muitas vezes se restringe ao atendimento do usuário pelo profissional do NASF, do CAPS ou do CEO, por exemplo, contudo é preciso esclarecer os profissionais tanto da equipe de APS incluindo a de saúde bucal, quanto os apoiadores especialistas, independente da origem destes, sobre a função do apoio matricial e qual o objetivo do apoio.

Apesar da atenção primária nas regiões avaliadas se organizarem de oito formas possíveis, não se verifica diferenças importantes entre as unidades de saúde avaliadas no que se refere ao processo de trabalho. Visto que nesta dissertação os dados foram extraídos a partir da avaliação do PMAQ-AB, cujos instrumentos referem aos aspectos estruturais e do processo de trabalho, faz-se necessário avaliar resultados das ações de saúde, para que possam ser determinados os impactos de algumas peculiaridades dos diferentes arranjos nos resultados epidemiológicos e sanitários.

6.5 Subdimensão 5: Participação, controle social e satisfação do usuário

A entrevista com usuários foi sistematizada no banco de dados por municípios avaliados, com isso, nesta subdimensão os resultados são apresentados por região, sem considerar portanto a que tipo de unidade de APS o usuário está vinculado.

6.5.1 Mecanismos de participação e interação dos usuários

A avaliação dos mecanismos de participação considerou os espaços para operacionalizar a interação dos usuários, bem como meios de comunicação para sugestões e reclamações.

No âmbito da comunicação entre usuários, serviços e equipes, verifica-se que nas três regiões a maioria dos entrevistados nunca precisou estabelecer qualquer tipo de contato para reclamações e/ou sugestões, conforme resultados descritos na tabela 46.

Nas regiões HV 8,7% (8), AG 12,1% (25) e VC 1,3% (1) dos usuários tentaram realizar algum tipo de sugestão ou reclamação mas não conseguiram. Nota

se que os mecanismos de interação e participação dos usuários ainda não são totalmente exequíveis, visto que 4,3% (4) (HV), 3,4% (7) (AG) e 1,3% (1) (VC) relataram dificuldade para efetivar sua demanda na unidade de saúde.

Tabela 46 - Acesso dos usuários para comunicação (reclamações ou sugestões) nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Quando o (a) senhor (a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o (a) senhor (a) consegue?	Horizonte Verde		Aquífero Guarani		Vale das Cachoeiras	
	n	%	n	%	n	%
Sim	8	8,7	39	18,8	2	2,6
Sim, mas com dificuldade	4	4,3	7	3,4	1	1,3
Não	8	8,7	25	12,1	1	1,3
Nunca precisou	69	75,0	134	64,7	71	93,4
Não sabe/não respondeu/não lembra	3	3,3	2	1,0	1	1,3
TOTAL	92	100	207	100	76	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Ao serem questionados sobre o retorno após proceder com alguma reclamação ou sugestão, nota-se que para os usuários da região HV, AG e VC, o total de usuários a que esta questão se aplica foi 9, 40 e 3 respectivamente. Nesta ordem 44,4%(4), 20% (8) e 66,7% (2) não obtiveram qualquer tipo de retorno. E nas regiões HV 3 (33,3%) e AG 11 (27,5%) usuários referiram que receberam retorno, mas que este demorou para acontecer.

Ainda na perspectiva de mecanismos e meios de comunicação, na Tabela 47, apresentam-se os resultados sobre o conhecimento dos usuários quanto a existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações na esfera municipal, estadual ou nacional.

Tabela 47 – Conhecimento dos usuários quanto a existência de telefone da ouvidoria do município, do Estado ou do Ministério da Saúde nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

O (a) senhor (a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?	Horizonte Verde		Aquífero Guarani		Vale das Cachoeiras	
	N	%	N	%	N	%
SIM	17	18,5	63	30,4	30	39,5
NÃO	19	20,7	65	31,4	21	27,6
Não respondeu	56	60,9	79	38,2	25	32,9
TOTAL	92	100	207	100	76	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Os usuários da região VC em sua maioria conhecem o número de telefone de ouvidoria ou central de reclamações. No entanto nas três regiões o desconhecimento é relevante, representando 20,7%(19), 31,4% (65) e 27,6% (21) na ordem, HV, AG e VC.

O Conselho de Saúde nas três esferas de gestão do SUS constitui em espaço importante de participação popular, visto seu caráter deliberativo. As necessidades identificadas a nível local devem ser direcionadas a estes espaços, neste sentido, quanto a existência de conselho local de saúde os resultados estão descritos na tabela 48.

Tabela 48 – Espaço de participação popular nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Na sua unidade de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular?	Horizonte Verde (92)		Aquífero Guarani (207)		Vale das Cachoeiras (76)	
	N	%	N	%	N	%
SIM	8	8,7	40	19,3	11	14,5
NÃO	11	12,0	43	20,8	17	22,4
Não sabe/Não respondeu	73	79,3	124	59,9	48	63,2
TOTAL	92	100	207	100	76	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Dos usuários entrevistados 20,7% (19) (HV), 40,1%(83) (AG) e 36,9% (28) (VC) conseguiram responder sobre a existência ou não de espaços de participação popular, o que evidencia de certo modo o desconhecimento destes usuários quanto a relevância de participação social no SUS e até mesmo ao que é chamado de Conselho Local de Saúde.

6.5.2 Acesso aos Serviços de Saúde

No cerne do acesso aos serviços de saúde, foram contempladas variáveis relacionadas ao acesso às ações de saúde bucal, visto a histórica dicotomia entre o cuidado do corpo em geral e os cuidados relacionados à saúde da boca.

No gráfico 4 representa-se o percentual de usuários entre os entrevistados que já passaram por consulta odontológica.

Gráfico 4 – Percentual de usuários que passaram por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Identifica-se que o percentual de usuários que já passaram em alguma consulta odontológica na unidade de APS nas referidas regiões de saúde, está entre 22,8 a 31,6%. Evidenciando o quanto o acompanhamento preventivo e mesmo curativo em saúde bucal é incipiente.

6.5.3 Acolhimento à demanda espontânea

O atendimento da demanda espontânea constitui em realidade dos serviços de APS, e também se configura em característica relevante na ótica de que esses serviços sejam porta de entrada de uma rede de atenção. O resultado referente aos usuários que se sentiram acolhidos ao procurarem a unidade de APS, sem estarem agendado para consulta odontológica, está representado no gráfico 5.

Gráfico 5 – Percentual de usuários acolhidos em demanda espontânea para atendimento odontológico em unidades de atenção básica por região de saúde

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Verifica-se que nas três regiões de saúde o percentual de usuários que sempre são acolhidos está entre 42 e 46%, e que 77,2% (71) (HV), 72,9% (151) (AG) e 68,4%(52) (VC) dos usuários entrevistados não procuraram atendimento sem hora marcada.

Na tabela 49 são apresentados os resultados referentes ao tempo mínimo de espera dos usuários que vão à unidade APS para serem atendidos por um profissional de saúde bucal, sem estarem agendados.

Tabela 49 – Tempo médio de espera para atendimento de saúde bucal quando o usuário não está agendado nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Quanto tempo, em média, o (a) senhor (a) espera para ser atendido por um profissional de saúde bucal quando não tem hora marcada?	Horizonte Verde		Aquífero Guarani		Vale das Cachoeiras	
	n	%	n	%	n	%
10 a 30 minutos	7	53,8	19	54,3	8	57,1
30 a 60 minutos	5	38,5	5	14,3	4	28,6
60 a 90 minutos	-	-	2	5,6	-	-
90 a 120 minutos	1	7,7	6	16,7	-	-
150 a 180 minutos	-	-	1	2,8	-	-
180 minutos	-	-	1	2,8	-	-
Não sabe/não respondeu	-	-	1	2,8	2	14,3
Total	13	100	35	100	14	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

O tempo mínimo de espera nas três regiões foi de 10 minutos, e o máximo de 180. Entre 10 e 60 minutos foi o tempo médio mais recorrente entre os usuários.

6.5.4 Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado

O vínculo e a responsabilização são características essenciais para o trabalho em APS, assim como a coordenação do cuidado, atributo que requer acompanhamento longitudinal e contínuo, de forma articulada com a rede de atenção à saúde.

A realização de busca ativa de usuários faltosos a consultas e outras populações específicas é uma prática própria da APS, na tabela 50, são descritos os resultados quanto a realização de contato pelo profissional de saúde quando o usuário interrompe o tratamento ou falta em consulta odontológica nas unidades de APS, considerando apenas os usuários a que esta questão se aplica.

Tabela 50 – Realização de contato pelo profissional de saúde quando o usuário interrompe o tratamento ou falta em consulta odontológica nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Quando o (a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	Horizonte Verde		Aquífero Guarani		Vale das Cachoeiras	
	n	%	n	%	n	%
Sim, sempre	3	14,3	8	14,3	5	20,8
Sim, algumas vezes	-		3	5,4	-	-
Não	3	14,3	24	42,9	2	8,3
Nunca abandonou ou faltou	14	66,7	18	32,1	17	70,8
Não sabe/não respondeu/ não lembra	1	4,8	3	5,4	-	-
Total	21	100	56	100	24	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

A realização da busca ativa de usuários que interromperam o tratamento odontológico ou faltaram em consulta ocorre para 14 a 21% dos entrevistados das regiões de saúde, contudo observa-se com esses resultados que a busca ativa não faz parte da realidade de todas as equipes. Na região de saúde AG do total de 56 (100%) de usuários que teriam indicação para receber contato do profissional a fim de que ele retomasse o acompanhamento no serviço de APS, 42,9% (24) não receberam este contato.

6.5.5 Discussão

Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade (BRASIL, 2013a).

Entre os usuários avaliados nota-se que as questões sobre a avaliação do serviço de saúde foram positivas, no entanto há desconhecimento dos mecanismos de participação popular e os usuários não estão conscientes do papel que podem exercer na gestão das unidades de APS.

A participação social é um dos princípios do SUS que implica a incorporação de aspectos de ordem organizacional, bem como a adoção de uma postura ético-política, de caráter democrático para sua concretização. Esse tipo de participação, conforme proposto pelo SUS, representa um avanço, pois expressa a possibilidade de participação da população na organização, gestão e controle de ações e serviços de saúde. Pode, ainda, expressar a possibilidade de definição conjunta entre população e poder público quanto à aplicação de recursos destinados à saúde, e também a sua fiscalização (ACIOLI, 2005).

A participação da população deve contemplar uma nova forma de atuação em saúde, através do estabelecimento de relações entre trabalhadores, usuários e comunidade. Envolve fatores inerentes à realidade individual e social de diferentes culturas e modos de ver o processo saúde-doença, pelo compromisso de cada sujeito em contribuir para a resolução de seus problemas de saúde.

Contudo, deve-se considerar que as formas de efetivação da participação social na organização do SUS são concretizadas em instâncias que protagonizam a participação da comunidade na gestão do sistema (ASSIS; VILLA, 2003).

No âmbito do SUS, os espaços instituídos para o exercício da cidadania através da participação e do controle social são as Conferências e os Conselhos de Saúde, os quais se encontram regulamentados na Lei 8.142/90 (ASSIS, VILLA, 2003; ACIOLI, 2005).

Na APS é particularmente importante o papel de estimular a criação ou fortalecimento dos conselhos locais e distritais de saúde, porquanto é a partir da organização desses conselhos que as equipes podem pactuar a programação da unidade e elaborar o diagnóstico do território e uma agenda de seguimento e de avaliação das atividades e monitoramento dos indicadores.

Ressalta-se que entre os desafios para fortalecer a participação social está o significado atribuído a esta participação pelos profissionais de saúde e também pela população, envolvendo aspectos subjetivos no lidar com cada um dos diferentes interesses de natureza estética, emocional, moral e social, entre outros fatores culturais de cada um dos sujeitos envolvidos na produção da saúde.

6.6 Subdimensão 6: Apoio Institucional

O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções, visto a complexidade que configura o desenvolvimento das ações de saúde no contexto da APS.

6.6.1 Apoio Institucional da gestão municipal para as equipes de APS e Saúde Bucal

Na tabela 51 são descritos o percentual de equipes de APS que recebem apoio institucional, além de serem evidenciada a influência do PMAQ-AB na indução deste apoio.

Na região HV o apoio institucional não ocorre para 40% (4) das equipes do arranjo do tipo UBS-ESF e 11,1% (1) do tipo UBS-ESB. Já na região AG, nos arranjos UBS-ESF 27,3% (6), 14,3% (2) do tipo UBS-ESF-ESB e 50% (2) de Posto-ESF não recebem o apoio. Na região VC apenas no arranjo do tipo UBS-ESB 20% (2) das equipes não contam com este suporte.

Quanto a indução do apoio institucional a partir do PMAQ-AB nota-se nos diferentes arranjos que o Programa não foi propulsor desta prática na maioria das vezes, o que remete a possibilidade deste apoio ser oferecido as equipes previamente a adesão do PMAQ-AB ou até mesmo não serem realizados apesar das proposições do Programa.

Tabela 51 – Caracterização do apoio institucional recebidos pelas equipes de atenção primária, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Sua equipe recebe apoio institucional?		Esse apoio foi por indução do PMAQ?		
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	Não se aplica
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESF	6 (60)	4 (40)	3 (30)	3 (30)	4 (40)
	UBS-ESB	8 (88,9)	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (60,7)	1 (11,1)
	Posto-ESB	1 (100)	-	-	1 (100)	-
	Outros-ESB	2 (100)	-	-	2 (100)	-
AG	UBS-ESF	16 (72,7)	6 (27,3)	5 (22,7)	11 (50)	6 (27,3)
	UBS-ESB	7 (100)	-	1 (14,3)	6 (85,7)	-
	UBS-ESF-ESB	12 (85,7)	2 (14,3)	2 (14,3)	10 (71,4)	2 (14,3)
	Posto-ESF	2 (50)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	2 (50)
	Policlínica-ESB	1 (100)	-	-	1 (100)	-
	Outros-ESF	4 (100)	-	2 (50)	2 (50)	-
VC	UBS-ESF	4 (100)	-	1 (25)	3 (75)	-
	UBS-ESB	8 (80)	2 (20)	5 (50)	3 (30)	2 (20)
	Posto-ESF	1 (100)	-	-	1 (100)	-
	Posto-ESB	2 (100)	-	1 (50)	1 (50)	-
	Outros-ESB	2 (100)	-	1 (50)	1 (50)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na tabela 52 são apresentados os resultados sobre a disponibilidade de apoio institucional para a equipe de saúde bucal.

Tabela 52 – Frequência de equipe de saúde bucal que recebe apoio institucional, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Sua Equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde?	
		SIM	NÃO
		n (%)	n (%)
HV	UBS-ESB	7 (87,5)	1 (12,5)
	Posto-ESB	1 (100)	-
	Outros-ESB	2 (100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	6 (85,7)	1 (14,3)
	UBS-ESB	5 (71,4)	2 (28,6)
	Policlínica-ESB	1 (100)	-
VC	UBS-ESB	6 (60)	4 (40)
	Posto-ESB	1 (50)	1 (50)
	Outros-ESB*	1 (50)	-

*Neste arranjo o apoio ocorreu a partir da adesão ao PMAQ-AB para 50% (1) das equipes.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

O apoio institucional é menos frequente na região VC, sendo que nas três regiões de saúde, no arranjo do tipo UBS-ESB, o apoio é oferecido a um percentual menor de equipes em detrimento das equipes dos demais arranjos.

As equipes de saúde bucal foram questionadas sobre quais as atividades que o apoiador institucional geralmente realiza, considerando os arranjos organizativos e regiões de saúde, na tabela 53 apresentam-se as atividades de apoio realizadas para aquelas equipes que afirmaram receber o suporte da gestão.

Tabela 53 – Atividades realizadas pelo apoiador institucional junto a equipes de saúde bucal, por tipo de arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESB	4 (57)	6 (86)	5 (71)	5 (71)	4 (57)	3 (43)	3 (43)	3 (43)	3 (43)
	Posto-ESB	1 (100)	-	1 (100)	1 (100)	1 (100)	-	1 (100)	1 (100)	-
	Outros-ESB	2 (100)	1 (50)	1 (50)	2 (100)	1 (50)	1 (50)	1 (50)	2 (100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	6 (100)	6 (100)	5 (83)	4 (66)	2 (33)	3 (50)	5 (83)	5 (83)	-
	UBS-ESB	2 (40)	4 (80)	3 (60)	4 (80)	2 (40)	1 (20)	4 (80)	4 (80)	-
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	-	-	-	1(100)	-	-
VC	UBS-ESB	2 (33)	1 (17)	1 (16)	1 (177)	1 (17)	-	-	5 (83)	2 (33)
	Posto-ESB	1 (100)	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-
	Outros-ESB	-	2(100)	-	-	-	-	-	1 (50)	-

1.Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e também do próprio apoio institucional; 2.Apoio à autoavaliação; 3.Apoio para monitoramento e avaliação de informação e indicadores de saúde bucal; 4.Apoio ao planejamento e organização da equipe; 5.Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados; 6.Oficina com objetivo específico definido; 7.Educação permanente; 8.Participa das reuniões com a equipe; 9.Outro(s).

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV, para o arranjo do tipo UBS-ESB verifica-se que o apoio a autoavaliação, ao monitoramento e avaliação de informação e indicadores de saúde bucal, bem como o planejamento e organização da equipe são práticas comumente desenvolvidos pelo apoiador institucional. As discussões sobre processo de trabalho e apoio institucional, bem como os espaços de educação permanente necessitam ser aprimorados.

Na região AG destacam-se como atividades de apoio institucional no arranjo UBS-ESF-ESB a discussão sobre o processo de trabalho e o apoio a autoavaliação. A participação em reunião de equipes está entre as atividades mais

frequentes no arranjo UBS-ESB, além das ações de educação permanente, que também é considerada atividade de apoio no arranjo do tipo Policlínica-ESB.

Na região VC, diferente do que se observa nas outras duas regiões de saúde, “a participação em reuniões com a equipe” é a prática predominante nos arranjos UBS-ESB e Outros-ESB.

No que se refere ao apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação disponibilizado a equipe de saúde bucal, verifica-se que na região HV no arranjo UBS-ESB 75% (6) das equipes recebem apoio, sendo que para 1 (12,5%) equipe a questão não se aplica. Nos arranjos Posto-ESB 100% (1) e Outros-ESB 50% (1) das equipes receberam este apoio.

Na região AG nos arranjos UBS-ESF-ESB e UBS-ESB 42,9% (3) das equipes recebem apoio para discussão dos dados de monitoramento e para o arranjo Policlínica-ESB não ocorre o apoio para a única equipe deste arranjo.

Para a região VC nota-se a realização do apoio para 30% (3) das equipes do arranjo UBS-ESB e 50% (1) para as do arranjo Posto-ESB. No arranjo UBS-ESB 1 (10%) entrevistado não soube responder quanto a realização ou não deste apoio, já no arranjo do tipo Outros-ESB 100% (2) não souberam.

6.6.2 Discussão

O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho e, sempre que necessário, busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas (BRASIL, 2013a).

Segundo Campos e Domitti (2007), o Apoio é pensado como uma função gerencial que, a partir do princípio da cogestão, visa reformular o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. A compreensão dada por estes autores é a de que, na cogestão, são experimentadas formas de acolher as demandas provenientes dos diversos atores envolvidos no contexto, oferecendo diretrizes e submetendo tanto as demandas quanto as ofertas

a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos de mudança do modo mais interativo possível.

Verifica-se uma tendência das equipes dos diferentes arranjos em afirmarem que recebem apoio da gestão para desenvolvimento de suas atividades, aspecto que pode ter relação ainda com a perspectiva de fiscalização dada ao processo de avaliação. A cogestão como base do Apoio Institucional pressupõe um modo de agir mais dialogado por parte da organização que intenta projetos de mudança. Busca-se construir relações e ações que valorizem o princípio da autonomia dos sujeitos e dos coletivos sobre suas próprias realidades e problemas. Assim, o Apoio Institucional procura enfrentar as práticas verticais e autoritárias, presentes nas relações intra e interinstitucionais, para superar os modelos de supervisão centrados na realização e fiscalização de normas e padrões que, em geral, são previamente estabelecidos por pequena parte da organização (BARROS et al., 2012).

O Apoio Institucional configura-se como um arranjo que possibilita melhor organização das práticas e maior apropriação dos trabalhadores em relação ao seu fazer cotidiano. Com a finalidade de fortalecer os sujeitos e os coletivos implicados na construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, os arranjos de Apoio contribuem na perspectiva de transformar os modelos de gestão hierarquizados em modelos mais horizontalizados. A participação em reuniões de equipe, a manutenção de um canal de comunicação permanente entre equipes e apoiador é essencial para que se efetiva mudanças do processo de trabalho.

6.7 Subdimensão 7: Educação Permanente

O redirecionamento do modelo de atenção requer a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2013a). Nesta perspectiva é relevante avaliar a educação permanente no âmbito da APS.

6.7.1 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas

As equipes de APS e de saúde bucal, dos diferentes arranjos organizativos, participam de ações de educação permanentes diversificadas, conforme se verifica na figura 13 do Apêndice A. As ações de educação permanente em que as equipes mais participam nas três regiões e nos diferentes arranjos organizativos, foram Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão, Cursos presenciais, e troca de experiências. As ferramentas como Telessaúde e Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) são pouco utilizadas pelas equipes de APS e não são utilizadas pelas equipes de saúde bucal. Os recursos como os ofertados pelas Universidades Abertas do SUS (UNASUS) são utilizados principalmente pelas equipes de APS e com menor frequência pelas equipes de SB, sendo que cursos de educação a distância são realizados principalmente pelas equipes de saúde bucal e em menor frequência pelas EAP. A unidade enquanto espaço de formação de graduação e pós-graduação, considerando a residência, bem como a tutoria e preceptoria ainda são mecanismos de educação permanente que não estão fortalecidos, principalmente entres as equipes de saúde bucal.

No contexto das equipes de saúde bucal os profissionais que estão envolvidos nas ações de educação permanente são: a equipe de saúde bucal completa na região HV para os arranjos Posto-ESB 100% (1) e Outros-ESB 100% (2), sendo que no arranjo do tipo UBS-ESB são 75% (6), para 1 (12,5%) entrevistado apenas o cirurgião dentista participa de ações de educação permanente e a questão não se aplica para 12,5% (1).

Na região AG predomina a participação da equipe de saúde completa nas ações de educação permanente, com 85,7% (6) no arranjo UBS-ESF-ESB, 71,4% (5) no do tipo UBS-ESB e 100% (1) no arranjo Policlínica-ESB. A participação apenas do cirurgião dentista e apenas do auxiliar ou técnico em saúde bucal é identificada no arranjo UBS-ESB para 14,3% (1). No arranjo UBS-ESF-ESB 14,3% (1) das equipes consideraram que apenas o auxiliar ou técnico em saúde bucal estão envolvidos com a educação permanente.

Na região VC a equipe de saúde bucal completa participa das ações de educação permanente em 50% (5) das equipes no arranjo do tipo UBS-ESB, 100% (2) do arranjo Posto-ESB e 50% (1) no arranjo Outros-ESB. Para os arranjos UBS-

ESB e Outros-ESB 20% (2) e 50% (1), respectivamente, afirmaram que apenas o cirurgião dentista participa deste processo, sendo que no arranjo UBS-ESB para 30% (3) a questão não se aplica.

Sobre as potencialidades das ações de educação permanente em contemplar as demandas das equipes de APS, na tabela 54 é possível verificar que nas três regiões de saúde, entre os diferentes arranjos as ações realizadas “contemplam muito” ou apenas “contempla” as necessidades das equipes. Nas regiões HV e AG no arranjo do tipo UBS-ESF 30% (3) e 4,5% (1), respectivamente, consideraram que as ações “não contemplam” as reais necessidades da equipe.

Tabela 54 – Contemplação das demandas e necessidades da equipe a partir de educação permanente, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?				Total n (100%)
		Contempla muito e contempla	Contempla razoavelmente ou pouco	Não contempla	Não se aplica	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
HV	UBS-ESF	2(20)	5(50)	3(30)	-	10
	UBS-ESB	7(77,8)	2(22,2)	-	-	9
	Posto-ESB	1(100)	-	-	-	1
	Outros-ESB	2(100)	-	-	-	2
AG	UBS-ESF	11(50)	9(40,9)	1(4,5)	1(4,5)	22
	UBS-ESB	4(57,1)	3(42,9)	-	-	7
	UBS-ESF-ESB	11(78,6)	3(21,4)	-	-	14
	Posto-ESF	2(50)	2(50)	-	-	4
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	-	1
	Outros-ESF	2(50)	2(50)	-	-	4
VC	UBS-ESF	3(75)	-	-	1(25)	4
	UBS-ESB	4(40)	5(50)	-	1(10)	10
	Posto-ESF	1(100)	-	-	-	1
	Posto-ESB	2(100)	-	-	-	2
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-	-	2

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Para as equipes de saúde bucal, no que se refere às demandas e suas necessidades, as ações de educação permanente contemplam tais necessidades para a região HV nas seguintes frequências: arranjo UBS-ESB para 75% (6) das equipes, para 12,5% (1) dos entrevistados essa questão não se aplica. Para o tipo Posto-ESB 100% (1) e Outros-ESB 50% (1) dos entrevistados afirmaram que as ações atendem às demandas da equipe.

Para a região AG, no arranjo UBS-ESF-ESB 28,6% (2) dos entrevistados consideraram que as ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe, sendo que no arranjo UBS-ESB as necessidades foram contempladas para 57,1% (4). No arranjo Policlínica-ESB o único entrevistado considerou que as ações “não contemplam” as necessidades da equipes.

No contexto da região VC, para os arranjos UBS-ESB 20% (2) e Posto-ESB 50% (1) dos entrevistados consideraram as ações de educação permanente capazes de contemplar as necessidades da equipe, sendo que no arranjo UBS-ESB para 30% (3) dos entrevistados a questão não se aplica. No arranjo Outros-ESB os 2 (100%) entrevistados apontam que as ações não contemplam as necessidades da equipe.

No que se refere a relação ensino e serviço, no gráfico 6, representa-se o percentual de unidades de APS que recebem estudantes.

Gráfico 6 – Percentual de unidades de atenção primária que recebem estudantes, professores e/ou pesquisadores

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Considerando a interação entre serviço de saúde e instituições de ensino, no contexto das equipes de APS e SB, na tabela 55 estão descritos os resultados por tipo de arranjo organizativo e respectivas regiões de saúde.

No contexto das equipes de APS verifica-se nas três regiões de saúde certa heterogeneidade quanto a articulação entre serviço e ensino nos diferentes arranjos, contudo com destaque para o arranjo UBS-ESF e UBS-ESF-ESB, ambos com estratégia de saúde da família.

Na região VC nota-se menor articulação entre serviço e instituições de ensino, sendo que no âmbito das equipes de saúde bucal não há entre os arranjos unidades que recebam estudantes, docentes ou pesquisadores.

Para as unidades que recebem estudantes, docentes e/ou pesquisadores, no que concerne a articulação de suas atividades com processo de trabalho das equipes, na região HV apenas no arranjo UBS-ESB verifica-se que 40% (2) das equipes consideram que as atividades são razoavelmente articuladas, nos arranjos UBS-ESF 100% (3), Outros-ESB 100% (2) e UBS-ESB 60% (3) avaliam como muito articuladas.

Na região AG, entre os arranjos as atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores foram consideradas como “muito articuladas”, para 83,3% (10) das equipes do arranjo UBS-ESF, 60% (3) do arranjo UBS-ESB, 57,1% (8) para o tipo UBS-ESF-ESB e 100% (3) das equipes do arranjo Outros-ESF. Foram consideradas “razoavelmente articuladas” para 16,7% (2) das equipes UBS-ESF, 40% (2) do arranjo UBS-ESB e 42,8% (6) das equipes do arranjo UBS-ESF-ESB.

Ainda sobre esta articulação serviço e ensino, na região VC verifica-se que 100% (1) das equipes do arranjo UBS-ESF e Posto-ESB, 75% (3) das equipes do arranjo tipo UBS-ESB estão com atividades “muito articuladas” com o processo de trabalho das equipes, sendo que apenas no arranjo UBS-ESB 25% (1) das equipes consideraram que a articulação é “pouca”.

Tabela 55 – Frequência com que unidades de APS recebem estudantes e professores, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II.7.11 A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?		
		1 a 3 vezes/semana	4 a 5 vezes/semana	Não recebe
		n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESF	-	3(30)	7(70)
	UBS-ESB	3 (33,3)	1(11,1)	5 (55,6)
	Posto-ESB	-	-	1(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	2(9,1)	10(45,5)	10(45,5)
	UBS-ESB	2(28,6)	3(42,9)	2(28,6)
	UBS-ESF-ESB	1(7,1)	13(92,3)	-
	Posto-ESF	-	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)
	Outros-ESF	-	3(75)	1(25)
VC	UBS-ESF	-	1(25)	3(75)
	UBS-ESB	3(30)	1(10)	6(60)
	Posto-ESF	-	-	1(100)
	Posto-ESB	-	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	-	-	2(100)
		1 a 3 vezes/semana	4 a 5 vezes/semana	Não recebe
		n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESB*	3(37,5)	-	4(50)
	Posto-ESB**	-	-	-
	Outros-ESB	-	1(50)	1(50)
AG	UBS-ESF-ESB	2(28,6)	1(14,3)	4(57,1)
	UBS-ESB	-	1(14,3)	6(85,7)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)
VC	UBS-ESB***	-	-	7(70)
	Posto-ESB	-	-	2(100)
	Outros-ESB	-	-	2(100)

*Não se aplica para 12,5%(1). ** Não se aplica para 100%(1). *** Não se aplica para 30%(3).

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Quando este mesmo aspecto foi questionado à equipe de saúde bucal, na região HV para os arranjos UBS-ESB e Outros-ESB 100% (3 e 1 respectivamente)

não souberam responder, o mesmo ocorre em 33,3% (1) dos entrevistados do arranjo UBS-ESF-ESB da região AG. Na região AG para o arranjo UBS-ESF-ESB 33,3% (1) dos entrevistados consideraram as ações “muito articuladas”, e esse mesmo percentual de entrevistado avaliou como “razoavelmente articuladas” a interação entre as ações do serviço e as ações de ensino. Para a equipe do arranjo UBS-ESB a avaliação foi considerada como “razoavelmente articuladas” para 100% (1) dos entrevistados.

Nas três regiões de saúde, quanto a utilização do recurso de Telessaúde, verifica-se que em nenhuma das equipes este recurso está incorporado como ferramenta para educação permanente, sendo que entre os motivos para a não utilização está a inexistência do serviço no município ou região de saúde. Na região AG para os arranjos do tipo UBS-ESF-ESB 42,9% (3) dos entrevistados consideraram ainda a dificuldade de acesso/conectividade como limitante e no arranjo UBS-ESB 12,5% (1) dos entrevistados apontam como limitação a falta de possibilidade de acesso no horário de trabalho e este mesmo percentual considera que a equipe não tem necessidade ou demanda que justifique o acesso.

6.7.2 Discussão

Para o redirecionamento do modelo de atenção há a necessidade de transformação permanente da dinâmica de funcionamento dos serviços, incluindo o processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover a partir destas reflexões as transformações que o serviço precisam para que a população seja integralmente assistida (BRASIL, 2013a).

Embora essencial, a educação permanente não é uma prática comum entre as equipes de APS, como demonstram os resultados. Considerando que as ações de educação permanente contemple desde a aquisição e atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios

enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), verifica-se a necessidade de ampliar os espaços de educação permanente.

Além disso, os recursos da Telemedicina e da Educação à Distância podem ser utilizados com maior frequência, considerando a ampla oferta, como na UNASUS, de curso de Especialização em Saúde da Família e outras capacitações pontuais sobre temas específicos do cotidiano das equipes de APS.

A Política Nacional de Educação Permanente, Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, determina como pressuposto importante da educação permanente o planejamento e programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004d).

O diálogo entre universidade, serviços e comunidade é que permite a modificação da formação dos profissionais de saúde, na perspectiva da graduação e educação permanente, contudo, há de se avançar nesta relação, visto que muitas vezes os objetivos propostos não necessariamente são acompanhados pelas práticas profissionais, diante das diferentes concepções de saúde e cuidado, e de distintas lógicas de organização do trabalho em saúde. No contexto das práticas em saúde identifica-se diferentes interesses e disputas, permeados por questões subjetivas.

A formação e a atuação em serviços de saúde estão interligadas, contudo verifica-se com os resultados que é preciso avançar na sensibilização dos profissionais para o fortalecimento do papel do SUS como ordenador da formação em saúde.

6.8 Subdimensão 8: Monitoramento e Avaliação

A incorporação do monitoramento e avaliação constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. Para esta subdimensão foram considerados os resultados quanto a disponibilidade de informação para equipes de atenção primária por parte da gestão, bem como a realização de autoavaliação.

6.8.1 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe

Na perspectiva de verificar o apoio da gestão as equipes de APS, no contexto do planejamento, avaliação e monitoramento, na tabela 56 estão apresentados os resultados, incluindo os da equipes de saúde bucal.

Tabela 56 – Monitoramento de indicadores e apoio da gestão a equipes de atenção primária e saúde bucal, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?
		SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	6(60)	7(70)	5(50)
	UBS-ESB	8(88,9)	9(100)	7(77,8)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF	18(81,8)	18(81,8)	14 (63,6)
	UBS-ESB	7(100)	6(85,7)	6(85,7)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	13 (92,9)	13(92,9)
	Posto-ESF	3(75)	3(75)	2(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	4(100)	4(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	4(100)
	UBS-ESB	9(90)	10(100)	10(100)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)
Para equipes de Saúde Bucal				
		SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	6(75)	7(87,5)	6(75)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	1(50)
AG	UBS-ESF-ESB	3(42,9)	5(71,4)	3(42,9)
	UBS-ESB	3(42,9)	4(57,1)	3(42,9)
	Policlínica-ESB	-	-	-
VC	UBS-ESB	6(60)	5(50)	3(30)*
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	1(50)
	Outros-ESB	1(50)	2(100)	-**

*Neste arranjo 1(10%) profissional não soube responder.** Neste arranjo 100% (2) não souberam responder a questão.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No que se refere a disponibilidade de informações por parte da gestão, para as equipes, a fim de que auxiliem na análise de situação de saúde é possível identificar que na região HV para o arranjo UBS-ESF apenas 60% (6) das equipes recebem este apoio. No contexto das equipes de saúde bucal este apoio é mais incipiente, principalmente na região AG, na qual para o arranjo Policlínica-ESB não há apoio ou prática da equipe na perspectiva do monitoramento.

Para as variáveis “realização de monitoramento” e “análise dos indicadores e informações de saúde” pelas equipes de APS e SB, na região VC esta rotina está incorporada por 100% (19) das equipes de APS e 66,7% (8) das equipes de saúde bucal. Na região HV o menor percentual está no modelo UBS-ESF 70% (7) das equipes de APS e no contexto das equipes de saúde bucal o arranjo UBS-ESB 87,5% (7). Na região AG verifica-se entre os arranjos tanto das equipes de APS como as de saúde bucal que a análise de indicadores precisa ser fortalecida e incorporada como prática para todas as equipes.

Na região HV no arranjo do tipo UBS-ESF 50% (5) das equipes não recebem apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação. Na região AG, também para o arranjo UBS-ESF verifica-se o menor percentual 63,6% (14) das equipes são apoiadas em discussões de monitoramento. Com relação às equipes de saúde bucal este apoio é igual ou inferior a 50% entre os arranjos das regiões AG e VC.

Quanto a participação anterior das equipes de APS no PMAQ-AB e a incorporação de aspectos identificados a partir dos resultados do primeiro ciclo do Programa na organização do processo de trabalho da equipe os resultados estão descritos na tabela 57.

Tabela 57 – Frequência de equipes que participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB e incorporação de resultados no processo de trabalho, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A sua equipe já participou do PMAQ?		Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	
		SIM		SIM	
		n	%	n	%*
HV	UBS-ESF	4	40	3	75
	UBS-ESB	4	44,4	4	100
	Posto-ESB	1	100	1	100
	Outros-ESB	-	-	-	-
AG	UBS-ESF	9	40,9	8	88,9
	UBS-ESB	5	71,4	3	60
	UBS-ESF-ESB	5	35,7	5	100
	Posto-ESF	2	50	1	50
	Policlínica-ESB	-	-	-	-
	Outros-ESF	3	75	3	100
VC	UBS-ESF	4	100	4	100
	UBS-ESB	10	100	9	90
	Posto-ESF	1	100	1	100
	Posto-ESB	2	100	2	100
	Outros-ESB	2	100	2	100

*Percentual calculado em relação as equipes que responderam SIM a questão II_8_6.

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Com relação a participação anterior no PMAQ-AB é possível notar que na região AG entre os diferentes arranjos muitas equipes estão participando pela primeira vez, principalmente nos arranjos UBS-ESF, UBS-ESF-ESB. A região VC destaca-se porque 100% (19) das equipes já participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB e com exceção do arranjo do tipo UBS-ESB, os demais afirmaram que os resultados do primeiro ciclo foram considerados na organização do processo e trabalho da equipe.

As equipes de APS e SB foram questionadas ainda sobre a realização de autoavaliação nos últimos seis meses que antecederam a avaliação externa do Programa e também sobre o instrumento utilizado, as respostas foram compiladas e estão descritas na tabela 58.

A autoavaliação das equipes constitui em etapa do Programa, na perspectiva de que as equipes identifiquem possíveis necessidades e dificuldades, revendo assim a organização dos serviços e suas práticas.

Sobre os instrumentos utilizados para autoavaliação nas três regiões de saúde, entre os diferentes arranjos, houve predomínio da utilização do AMAQ, instrumento de autoavaliação proposto pelo PMAQ-AB. Na região HV, no arranjo UBS-ESF 1 (12,5%) equipe utilizou outro instrumento que não foi especificado. Nos arranjos UBS-ESB e Posto-ESB 1 equipe, (16,7 e 100% respectivamente), utilizaram instrumento desenvolvido pelo próprio município ou pela equipe. Na região AG, no arranjo UBS-ESB 1 (16,7%) equipe utilizou o AMQ, instrumento de autoavaliação proposto em programa anterior do Ministério da Saúde para avaliação das equipes da ESF.

Com relação às equipes de SB, nos arranjos Posto-ESB (HV) e Policlínica-ESB (AG) não houve autoavaliação. Na região AG no arranjo do tipo UBS-ESB 1 (16,7%) equipe utilizou instrumento elaborado pelo município ou equipe.

Tabela 58 – Frequência de equipes que realizaram a autoavaliação e instrumento utilizado, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	Qual o instrumento utilizado?	
			AMAQ	Outro(s)
			SIM n (%)	SIM n (%)
HV	UBS-ESF	8(80)*	7(87,5)	1(12,5)
	UBS-ESB	6(66,7)	5(83,3)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	-
AG	UBS-ESF	18(81,8)**	17(94,4)	1(5,6)
	UBS-ESB	6(85,7)***	5(83,3)	-
	UBS-ESF-ESB	13(92,9)	11(84,6)	2(15,4)
	Posto-ESF	3(75)	3(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	3(75)	1(25)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	-
	UBS-ESB	10(100)	10(100)	-
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	-

Equipe de Saúde Bucal

		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESB	8(100)	8(100)	-
	Posto-ESB	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	6(85,7)	5(83,3)	1(16,7)
	UBS-ESB	6(85,7)	5(83,3)	-
	Policlínica-ESB	-	-	-
VC	UBS-ESB	3(30)	3(100)	-
	Posto-ESB	1(50)	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	-

*10%(1) não soube responder; ** 4,5%(1) não soube responder; *** 14,3%(1) não soube responder.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.8.2 Discussão

A incorporação do monitoramento e avaliação constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como uma ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira, propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados (BRASIL, 2013a).

Nos arranjos organizativos avaliados, verifica-se que o monitoramento não é prática comum entre as equipes, destaca-se ainda que o apoio da gestão é fundamental para impulsionar as equipes neste processo, que inclui entre outros aspectos a pactuação e revisão de indicadores. Ressalta-se que as ações de monitoramento e avaliação potencializam o aprimoramento das políticas públicas, a medida que preservam os aspectos formativos e pedagógicos, sob a perspectiva de uma abordagem de informação para a ação, de forma a se tornarem parte do conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de atenção primária.

O monitoramento deve ser organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados já que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. Configura em parte integrante do planejamento no âmbito da APS, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias para organização do monitoramento estão: a definição das ações prioritárias para o acompanhamento; a definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; a definição de responsáveis; a periodicidade do acompanhamento; os instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; os mecanismos de divulgação de resultados; a discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2013a).

A construção e fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, com vistas a sua inserção firme e decisiva nas práticas de saúde, seja do cuidado ou da gestão, requer o percurso de longos caminhos. Entretanto, o PMAQ-AB em toda sua proposta objetiva trazer à prática do cotidiano, ao campo do real e

com direcionalidade às necessidades de saúde da população, as reflexões e proposições teóricas da avaliação.

6.9 Subdimensão 9: Infraestrutura e Equipamentos

Nesta subdimensão são contemplados a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na APS. Os resultados dos componentes selecionados são apresentados na sequência.

6.9.1 Acessibilidade na Unidade de Saúde

Conforme a NBR 9.050 da ABNT, a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos. (ABNT, 2004). No contexto das UBS, considerando que as EAP são responsáveis pela população de um determinado território, com características epidemiológicas diversificadas, e inclui neste grupo idosos e pessoas portadora de algum tipo de limitação física e/ou mental é que se torna imprescindível a estruturação do serviços de saúde de forma acessível.

Na tabela 59 estão descritos os resultados que caracterizam as regiões de saúde quanto a acessibilidade de suas unidades de saúde.

Os resultados evidenciam, principalmente no arranjo do tipo UBS-ESF nas três regiões de saúde, unidades que não possuem: todos os corredores adaptados, entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas ou até mesmo não dispõe de cadeira de rodas para deslocamento do usuário.

Tabela 59 – Acessibilidade nas unidades de saúde, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Nas dependências da unidade:					
		Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas		Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas		Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	5(71,4)	2(28,6)	5(71,4)	2(28,6)	6(85,7)	1(14,3)
	UBS-ESB	8(100)	-	8(100)	-	8(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	1(100)	-	1(100)	-	-	1(100)
AG	UBS-ESF	12(70,6)	5(29,4)	12(70,6)	5(29,4)	15(88,3)	2(11,8)
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	7(100)	-	7(100)	-
	UBS-ESF-ESB	5(100)	-	5(100)	-	5(100)	-
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	4(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)	4(100)	-
VC	UBS-ESF	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)	4(100)	-
	UBS-ESB	8(80)	2(20)	8(80)	2(20)	10(100)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-	2(100)	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.9.2 Veículo na Unidade de Saúde

A disponibilidade de veículo nas unidades de atenção primária pode ser necessária para realização das atividades da equipe principalmente quando estas atuam em território com ampla extensão geográfica, no qual há certa distância entre a unidade de saúde e a residência dos usuários, ou mesmo para realização de intervenções de vigilância em saúde o veículo pode ser necessário. Na tabela 60 são apresentados os resultados quanto a disponibilidade de veículo nas unidades de APS.

Tabela 60 – Disponibilidade de veículo nas unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (ex.: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros)?				
		SIM		NÃO		TOTAL
		n	%	n	%	100%
HV	UBS-ESF	3	42,9	4	57,1	7
	UBS-ESB	4	50	4	50	8
	Posto-ESB	1	100	-	-	1
	Outros-ESB	-	-	1	100	1
AG	UBS-ESF	4	23,5	13	76,5	17
	UBS-ESB	2	28,6	5	71,4	7
	UBS-ESF-ESB	-	-	5	100	5
	Posto-ESF	1	25	3	75	4
	Policlínica-ESB	-	-	1	100	1
	Outros-ESF	-	-	4	100	4
VC	UBS-ESF	2	50	2	50	4
	UBS-ESB	6	60	4	40	10
	Posto-ESF	-	-	1	100	1
	Posto-ESB	2	100	-	-	2
	Outros-ESB	1	50	1	50	2

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Verifica-se que entre os arranjos organizativos das regiões HV e AG é menos frequente a disponibilidade de veículo para as unidades, diferente da região VC em que se nota maior número de unidade com veículo disponível principalmente nos arranjos UBS-ESB e Posto-ESB. Ressalta-se que a avaliação da disponibilidade de veículo não deixa claro se há necessidade ou não deste recurso nas unidades de atenção primária.

6.9.3 Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços

Quanto a identificação visual das unidades de APS e a sinalização das ações e serviços realizados, na figura 14 do Apêndice A identificam-se as informações divulgadas aos usuários. Verifica-se que entre os arranjos predomina a divulgação do horário de funcionamento da unidade de saúde, seguida da divulgação da escala dos profissionais com nome e horário de trabalho e também com maior frequência há divulgação do telefone da ouvidoria do MS, da SES ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A divulgação quanto a participação da unidade no PMAQ-AB é pouco comum, mas é preciso considerar que muitas equipes estão participando pela primeira vez do Programa. No que se refere a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe e sobre o uso de crachás de identificação pelos membros da equipe, no arranjo UBS-ESF das três regiões a frequência de respostas positivas foi inferior quando comparada a outras divulgações realizadas pelas equipes.

Ressalta-se que nos arranjos UBS-ESF (HV e AG) as unidades divulgam menos informações aos usuários, o mesmo ocorre para o arranjo UBS-ESB nas três regiões de saúde.

A sinalização dos ambientes da unidade de saúde facilita o acesso e contribui na definição de fluxos internos, sobre esta sinalização, verifica-se que na região HV o arranjo UBS-ESF apresenta o menor percentual de unidades sinalizadas, 42,9% (3). Na região AG também no arranjo UBS-ESF 11,8% (2) e UBS-ESB 14,3% (1) das unidades estão sem sinalização. Na região VC verifica-se esta ocorrência no arranjo do tipo UBS-ESF com 25% (1), as demais unidades estão sinalizadas.

6.9.4 Características estruturais e ambiência da unidade de saúde

A estrutura física das unidades de atenção primária devem ser adequada à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade, ao número de usuários esperados e também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde. Na perspectiva da ambiência, estes fatores delineiam prioridades, estabelecem limites e propõem a organização dos processos de trabalho, (BRASIL, 2008b).

A definição a priori de aspectos estruturais mínimos que devem fundamentar a construção de unidades de APS não impede que os municípios ampliem as perspectivas estruturais considerando as necessidades locais.

No Apêndice A, nas figuras 15 a 20 são caracterizadas as unidades de atenção primária avaliadas, segundo arranjos organizativos, considerando os ambientes existentes, o compartilhamento do ambiente com outro e quando compartilhado se este é o ambiente principal para determinado serviço.

Com relação aos ambientes existentes nas unidades de atenção primária, verifica-se nos arranjos UBS-ESF-ESB e Policlínica-ESB, ambos exclusivos da região AG, estruturas mais completas. Verifica-se no arranjo UBS-ESF das três regiões que há percentual significativo de unidades que não possuem os ambientes mínimos considerados no padrão de qualidade do PMAQ-AB, tais como sanitários para pessoa com deficiência, vestuário para funcionário, sala de acolhimento multiprofissional, sala de vacina, consultório para consulta de enfermagem (HV e AG), consultórios com sanitário anexo (HV e AG), sala de inalação (AG), sala de coleta, sala de utilidades, de esterilização e estocagem de material esterilizado, sala de administração e gerência, sala de atividade coletivas, almoxarifado, depósito de material de limpeza (DML), sala de armazenamento temporário de resíduos e roupa (roupa limpa).

No arranjo UBS-ESB verifica-se que geralmente as unidades não dispõem de consultório com sanitário anexo, sala de coleta, sala de utilidades, sala de esterilização e estocagem de material esterilizado, sala de administração e gerência, almoxarifado, sala de armazenamento temporário e roupa.

Entre as unidades avaliadas nas três regiões de saúde, verifica-se que sua estrutura geralmente contempla sanitário para os usuários, sala de recepção e espera, sala de acolhimento multiprofissional, consultório médico, consultório com sanitário anexo, sala de procedimento, sala de curativo, sala de ACS, copa, e abrigo externo de resíduos sólidos.

Com relação as unidades que possuem farmácia, este ambiente foi caracterizado na tabela 61, e outras informações sobre este ambiente estão no apêndice A, figura 21, considerando os padrões mínimos para que ocorra dispensação de medicamentos de forma segura nas unidades de APS.

No arranjo do tipo UBS-ESB é mais frequente a dispensação de medicamentos, contudo na região AG nos outros cinco tipos de arranjos também

ocorre a dispensação de medicamentos, geralmente estes medicamentos são armazenados e acondicionados de forma adequada nas unidades de APS dispensadoras.

O ambiente da farmácia em unidades de APS geralmente possuem sala de seguimento farmacoterapêutico e sala de estocagem de medicamentos, sendo menos comum a área de fracionamento, conforme resultados descritos na figura 21 do Apêndice A.

Tabela 61 – Características estruturais de farmácias em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Sobre os ambientes da Farmácia:			
		Área de dispensação de medicamentos	O ambiente é compartilhado com outro?	É o ambiente principal?	Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente?
		SIM	SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	1(14,3)	-	-	2(50)
	UBS-ESB	4(50)	-	-	6(75)
	Posto-ESB	-	-	-	-
	Outros-ESB	-	-	-	-
AG	UBS-ESF	4(23,5)	-	-	6(85,7)
	UBS-ESB	6(85,7)	2(33,3)	2(100)	5(83,3)
	UBS-ESF-ESB	4(80)	-	-	4(80)
	Posto-ESF	2(50)	1(50)	1(100)	2(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	1(25)	-	-	1(25)
VC	UBS-ESF	-	-	-	-
	UBS-ESB	4(40)	-	-	5(71,4)
	Posto-ESF	-	-	-	-
	Posto-ESB	1(50)	-	-	1(100)
	Outros-ESB	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Quanto as características e ambiência das unidades de atenção primária, na tabela 62 estão descritos os resultados da avaliação de aspectos como ventilação e climatização, iluminação e acústica.

Com relação aos consultórios odontológicos, verifica-se que a ventilação e climatização não estão adequadas em consultórios dos arranjos do tipo UBS-ESB (AG e VC), há problemas com a iluminação também neste arranjo destas regiões de saúde. Apenas no arranjo Posto-ESB (VC) identifica-se consultório odontológico com piso e paredes que não são de superfícies laváveis. A acústica não está adequada entre consultórios dos arranjos do tipo UBS-ESB (AG e VC) e Posto-ESB (VC), a dificuldade em se garantir a privacidade dos usuários ocorre entre unidades deste dois arranjos nas regiões AG e VC.

Tabela 62 – Características estruturais e ambiência das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se:								
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização	Os ambientes são bem iluminados	Os pisos, paredes da unidade de saúde são de superfícies e laváveis	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno	Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário	Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza	A sala de espera está em boas condições de limpeza e possui lugares suficientes para os usuários aguardarem.
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	7(100)	7(100)	6(85,7)	5(71,4)	7(100)	7(100)	7(100)
	UBS-ESB	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)
	Posto-ESB	-	1(100)	1(100)	-	-	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	-	1(100)	1(100)	1(100)
AG	UBS-ESF	15(88,2)	16(94,1)	15(88,2)	13(76,5)	17(100)	16(94,1)	13(76,5)
	UBS-ESB	6(85,7)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	6(85,7)
	UBS-ESF-ESB	4(80)	4(80)	4(80)	4(80)	5(100)	4(80)	4(80)
	Posto-ESF	3(75)	3(75)	3(75)	3(75)	4(100)	2(50)	3(75)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)	-	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	4(100)	2(50)	-	3(75)	4(100)	4(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	3(75)	3(75)	4(100)	4(100)	4(100)
	UBS-ESB	10(100)	10(100)	9(90)	9(90)	9(90)	10(100)	10(100)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	0	2(100)	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Entre os arranjos avaliados verifica-se que a acústica da unidade de saúde, na maioria das vezes, não evita ruídos do ambiente externo e interno.

Na tabela 63 estão descritas as mesmas características tendo em vista a avaliação dos consultórios odontológicos.

Tabela 63 – Características estruturais e ambiência do consultório odontológico por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de arranjo	Sobre as características estruturais e ambiência do consultório odontológico, observar se: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.				
		O consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização	O consultório odontológico apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)	O piso e as paredes do consultório odontológico são de superfícies lisas e laváveis	O ambiente está em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor.	O consultório odontológico permite privacidade ao usuário
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESB	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
AG	UBS-ESF-ESB	5(100)	5(100)	5(100)	5(100)	4(80)
	UBS-ESB	5(71,4)	6(85,7)	7(100)	5(71,4)	4(57,1)
	Policlínica-ESB	-	-	-	-	-
VC	UBS-ESB	5(50)	9(90)	8(80)	7(70)	9(90)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.9.5 Equipamentos de tecnologias da informação e Telessaúde na Unidade de Saúde

Os equipamentos que permitem acesso as tecnologias da informação e Telessaúde podem reestruturar as informações da APS, pois se bem utilizados permitem modernizar a plataforma tecnológica e informatizar as unidades de atenção primária, além de oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. A informatização contribui minimizando a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na APS, permitindo que a coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade a parte.

No quadro 10 estão relacionados o número de impressoras em condições de uso por arranjo organizativo, considerando a quantidade de unidades avaliadas.

Apenas no arranjo Outros-ESB da região HV não há impressora em condição de uso disponível, sendo que em alguns arranjos verifica-se há mais de uma impressora por unidade. O arranjo Policlínica-ESB destaca-se por uma equipe dispor de 11 impressoras.

No que se refere ao acesso a telefone na UBS, nas regiões de saúde HV em todas as unidades não há acesso, ressalta-se que a falta de acesso não significa que a unidade não possua o recurso. Na região AG nos arranjos UBS-ESB 14,3% (1) e UBS-ESF-ESB 40% (2) e na região VC no arranjo UBS-ESB 10% (1) das equipes possuem acesso ao telefone na UBS.

A disponibilidade de equipamentos de tecnologia da informação nas unidades de saúde está descrita na figura 22 do Apêndice A. Os consultórios odontológicos nas três regiões de saúde são os que menos possuem computadores e entre aqueles que possuem é menor a frequência dos computadores que permitem acesso à internet. Nos arranjos da região AG verifica-se maior disponibilidade de computadores tanto para consultórios médicos como de enfermagem, contudo a disponibilidade de internet é maior nos consultórios médicos, padrão este que se observa nas demais regiões de saúde. Em todas as unidade avaliadas há pelo menos um computador conectado a internet.

Quadro 10 – Quantidade de impressoras em condições de uso e unidades avaliadas por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Quantas impressoras em condições de uso?	Total de Unidades Avaliadas
		QUANTIDADE	QUANTIDADE
		n	n
HV	UBS-ESF	12	7
	UBS-ESB	9	8
	Posto-ESB	1	1
	Outros-ESB	0	1
AG	UBS-ESF	58	17
	UBS-ESB	66	7
	UBS-ESF-ESB	53	5
	Posto-ESF	6	4
	Policlínica-ESB	11	1
	Outros-ESF	11	4
VC	UBS-ESF	5	4
	UBS-ESB	19	10
	Posto-ESF	2	1
	Posto-ESB	5	2
	Outros-ESB	4	2

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Com relação ao ambiente da Farmácia, nas unidades com este serviço disponível na tabela 64 são apresentados o percentual que possuem computador.

Tabela 64 – Disponibilidade de computadores em farmácias de unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Existe computador na farmácia?
		SIM
		n(%)
HV	UBS-ESF	1(14,3)
	UBS-ESB	2(25)
	Posto-ESB	-
	Outros-ESB	-
AG	UBS-ESF	3(17,6)
	UBS-ESB	6(85,7)
	UBS-ESF-ESB	4(80)
	Posto-ESF	-
	Policlínica-ESB	1(100)
	Outros-ESF	1(25)
VC	UBS-ESF	-
	UBS-ESB	3(30)
	Posto-ESF	-
	Posto-ESB	1(50)
	Outros-ESB	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No arranjo UBS-ESF verifica-se a menor disponibilidade de computador para uso exclusivo da farmácia ou do profissional que realiza a dispensação de medicamentos na unidade de saúde.

9.6 Equipamentos e materiais

A disponibilidade de recursos como equipamentos e outros materiais nas unidades de atenção primária interfere em aspectos macro da gestão do sistema de saúde municipal, visto que ao ampliar a resolutividade dos serviços de APS é possível redefinir fluxos de referência para outros pontos da RAS. Nas figuras 23 à 27 do Apêndice A estão descritos os resultados referentes a disponibilidade de equipamentos e materiais considerados como mínimos para que as ações e intervenções na APS sejam ampliadas.

Os resultados evidenciam que a disponibilidade de microscópio não é comum entre as unidades de atenção primária, mesmo que estas estejam em áreas endêmicas de malária. Ressalta-se que além da disponibilidade do equipamento é necessário verificar se há profissional habilitado para o uso, o que não foi considerado nesta avaliação. A maioria das unidades avaliadas não estão em área endêmica para malária.

Os recursos materiais e equipamentos mais comumente disponíveis nas unidades de atenção primária nos arranjos avaliados são: aparelho de pressão adulto e infantil, saída de ar comprimido ou oxigênio, balança antropométrica de 150 kg, balança infantil, régua antropométrica, estetoscópio adulto e infantil, foco de luz para exame ginecológico, glicosímetro, mesa para exame ginecológico com perneira, mesa para exame clínico, sonar, termômetro clínico, suporte de soro, otoscópio.

Entre os equipamentos que geralmente não estão disponíveis nas unidades de saúde identificam-se aparelhos de nebulização, balança antropométrica de 200 kg, geladeira exclusiva para vacina, geladeira para farmácia, oftalmoscópio, kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro), Pinard, lanterna clínica e termômetro de cabo extensor.

Para as equipes de saúde bucal, na figura 28 do Apêndice A estão discriminados os equipamentos e materiais odontológicos disponíveis em unidades de atenção primária. Verifica-se que nas três regiões de saúde os equipamentos geralmente indisponíveis entre as equipes são: autoclave, avental de chumbo, jato de bicarbonato, macro modelo da arcada dentária, macro escova dental, ultrassom odontológico, caixa de revelação (câmara escura), estufa, negatoscópio e seladora. Os equipamentos geralmente disponíveis são amalgamador; aparelho de RX

odontológico, com exceção do arranjo Posto-ESB (HV) e Outros-ESB (VC); ar condicionado, exceto nos arranjos do tipo UBS-ESB e Outros-ESB da região HV e Posto-ESB e Outros-ESB da região VC; cadeira odontológica, que na maioria estão em condições de uso e com estofamento adequado, além de estarem realizando o movimento de “subida”, “descida” e “reclinar” de forma adequada; cuspeira; sugador; refletor; mocho; cart odontológico, exceto no arranjo Outros-ESB (HV); caneta de alta e baixa rotação; compressor de ar com válvula de segurança e fotopolimerizador. Verifica-se que no geral os equipamentos estão em condição de uso.

Ainda sobre os equipamentos odontológicos, os profissionais foram questionadas se estes são compartilhados entre as equipes e quantas equipes utilizam os mesmos equipamentos. Os resultados estão apresentados na tabela 65.

As equipes que compartilham equipamentos são em maioria do arranjo UBS-ESB, sendo que este compartilhamento ocorre com até três equipes no arranjo UBS-ESF-ESB.

Tabela 65 – Uso compartilhado de equipamento por equipes de saúde bucal, por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de arranjo	Equipamentos Odontológicos			
		Os equipamentos odontológicos são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?		Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?	
		SIM	NÃO	Não sabe/não respondeu	QUANTIDADE
		n(%)	n(%)	n(%)	n
HV	UBS-ESB	1(14,3)	6(85,7)	-	2
	Posto-ESB	-	1(100)	-	-
	Outros-ESB	1(100)	-	-	2
AG	UBS-ESF-ESB	1(20)	2(40)	2(40)	3
	UBS-ESB	1(14,3)	3(42,9)	3(42,9)	2
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)	-
VC	UBS-ESB	2(20)	8(80)	-	2
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	-	1
	Outros-ESB	-	1(50)	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.9.7 Discussão

A subdimensão “Infraestrutura e Equipamentos” objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na APS. A disponibilidade deve estar de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

Entre as unidades avaliadas, verifica-se para os arranjos organizativos com ESF que há limitações quanto a disponibilidade de consultórios, salas de vacina, banheiro para deficientes quando comparado aos demais arranjos. Esta característica pode ter relação com o fato de que muitas equipes de ESF tem sido implementadas em residências que são adaptadas como unidades de saúde.

No campo da avaliação em saúde, a estrutura é um dos componentes destacados por Donabedian (1980), com abordagem que baseia no modelo sistêmico onde a estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (os recursos ou insumos financeiros, humanos e materiais utilizados). Starfield (2004) também valoriza a estrutura como um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde, enfatizando a influência exercida no comportamento individual pelo ambiente físico, político, econômico e social, sobre este e os demais componentes. A estrutura, denominada pela autora como capacidade, corresponde àquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços.

Segundo Vuori (1991) a maior fraqueza da abordagem estrutural está relacionada com seus pressupostos de validade, ou seja, a presunção que uma boa estrutura por si só garanta um bom processo e este, por sua vez, um bom resultado. Como pondera o autor, no caso da atenção à saúde, as cadeias que ligam a estrutura aos resultados são longas e, geralmente, apresentam ligações fracas, insustentáveis logicamente e não comprovadas.

Ressalta-se que os espaços sugeridos como padrão de qualidade devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados. É importante salientar que nada impede que os municípios ampliem as perspectivas estruturais propostas pelo PMAQ-AB, até porque, não é objetivo do Programa a padronização das estruturas físicas das UBS, mas, sim, auxiliar municípios com dificuldades na definição das questões estruturais.

6.10 Subdimensão 10: Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos

A disponibilidade e a suficiência nas unidades de atenção primária de insumos, instrumentais e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde é de extrema importância, a fim de que se garanta entre outros aspectos a resolubilidade.

6.10.1 Imuno-biológicos na unidade de saúde

A imunização constitui em importante mecanismo de prevenção de doenças, o acesso a este recurso, bem como a disponibilidade deste serviço em unidades de APS contribui no controle epidemiológico de determinadas doenças e garante proteção de populações vulneráveis como as de crianças, gestantes e idosos, além de contemplar outros ciclos de vida. Com relação a disponibilidade de vacinação na unidade de saúde, na tabela 66 identifica-se por arranjo organizativo e região de saúde as unidades que ofertam este serviço.

Tabela 66 – Oferta de vacinação nas unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Esta unidade oferta regularmente vacinação?				
		SIM		NÃO		TOTAL
		n	%	n	%	100%
HV	UBS-ESF	3	42,9	4	57,1	7
	UBS-ESB	8	100	-	-	8
	Posto-ESB	-	-	1	100	1
	Outros-ESB	1	100	-	-	1
AG	UBS-ESF	5	29,4	12	70,6	17
	UBS-ESB	6	85,7	1	14,3	7
	UBS-ESF-ESB	4	80	1	20	5
	Posto-ESF	2	50	2	50	4
	Policlínica-ESB	1	100	-	-	1
	Outros-ESF	1	25	3	75	4
VC	UBS-ESF	3	75	1	25	4
	UBS-ESB	6	60	4	40	10
	Posto-ESF	1	100	-	-	1
	Posto-ESB	1	50	1	50	2
	Outros-ESB	1	50	1	50	2

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Nas regiões de saúde HV e AG, para os arranjos UBS-ESF verifica-se a menor disponibilidade de vacinação, com oferta em 42,9% (4) e 29,4% (5), respectivamente, das unidades de APS, seguido na região AG do arranjo Outros-ESF com 25% (1). Na região VC nos arranjos Posto-ESB e Outros-ESB verifica-se que 50% (1) das unidades disponibilizam o serviço. Nos arranjos que não contemplam a ESF a frequência de oferta regular de vacinação é geralmente maior nas três regiões de saúde.

6.10.2 Testes Diagnósticos na unidade de saúde

A disponibilidade de testes diagnósticos foi avaliada a partir de testes definidos como mínimos de se terem no contexto dos serviços de APS, a partir da definição dos padrões de qualidade do PMAQ-AB.

Na tabela 67 são apresentados os resultados referentes aos testes diagnósticos realizados nas unidades de saúde, considerando os diferentes arranjos organizativos.

O teste rápido para detectar sífilis, nas três regiões de saúde e em seus diferentes arranjos não está na maioria das vezes disponível, já o teste rápido de gravidez predomina como insumo disponível entre as unidades de APS nos diversos arranjos, seguido do teste rápido de HIV que está disponível em boa parte das unidades avaliadas. Nas regiões de saúde HV e AG nas unidades dos arranjos Outros-ESF e Outros-ESB, respectivamente é possível verificar que não há disponibilidade regular de materiais para realização do teste rápido de sífilis e HIV.

No que se refere ao teste rápido de malária e pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa) verifica-se na região AG que no arranjo UBS-ESF 2 (11,8%) unidades nunca têm os materiais disponíveis. Para o arranjo UBS-ESB 1 (14,3%) unidade nunca tem o teste rápido de malária e 2 (28,6%) nunca têm o teste para pesquisa de plasmódio. As demais unidades avaliadas, nas três regiões de saúde consideraram que os testes não são necessários, por não estarem em região endêmica.

Tabela 67 – Testes diagnósticos disponíveis nas unidades de atenção primária por tipo de arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Teste rápido de sífilis			Teste rápido gravidez			Teste rápido HIV		
		SD*	AD**	ND***	SD	AD	ND	SD	AD	ND
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	3(42)	-	4 (57)	4 (57)	-	3(43)	3(43)	1(14)	3(43)
	UBS-ESB	2(25)	1(12)	5(63)	6(75)	-	2(25)	5(63)	2(25)	1(13)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-	-	1(100)	-	-
	Outros-ESB	-	-	1(100)	1(100)	-	-	-	-	1(100)
AG	UBS-ESF	4(23)	2(12)	11(65)	13(77)	2(12)	2(12)	6(35)	2(12)	9(53)
	UBS-ESB	4 (57)	-	3(43)	7(100)	-	-	4 (57)	-	3(43)
	UBS-ESF-ESB	2(40)	-	3(60)	5(100)	-	-	3(60)	-	2(40)
	Posto-ESF	1(25)	1(25)	2(50)	3(75)	-	1(25)	1(25)	1(25)	2(50)
	Policlínica-ESB	-	-	1(100)	1(100)	-	-	-	-	1(100)
	Outros-ESF	-	-	4(100)	4(100)	-	-	-	-	4(100)
VC	UBS-ESF	-	1(25)	3(75)	3(75)	-	1(25)	1(25)	1(25)	2(50)
	UBS-ESB	4(40)	-	6(60)	5(50)	1(10)	4(40)	5(50)	-	5(50)
	Posto-ESF	-	-	1(100)	1(100)	-	-	-	-	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	-	-	2(100)	-	-	2(100)	-	-
	Outros-ESB	-	1(50)	1(50)	1(50)	-	1(50)	-	1(50)	1(50)

*SD – Sempre disponíveis; ** AD – Às vezes disponível; *** ND – Nunca disponíveis.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.10.3 Medicamentos Componentes da Farmácia Básica

A dispensação de medicamentos nos municípios estudados ocorre principalmente de forma centralizada. No Gráfico 7 representa-se o percentual de unidades de atenção primária em que ocorre a dispensação de medicamentos.

Gráfico 7 – Percentual de unidades de atenção básica que realizam a dispensação de medicamentos por região de saúde do DRS XIII, 2014

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Nas três regiões de saúde o percentual de unidades de saúde que realizam a dispensação de medicamentos ainda é inferior a 50%. Na tabela 68 são apresentados os resultados quanto a dispensação de medicamentos.

Verifica-se que nas três regiões de saúde nas unidades do arranjo do tipo UBS-ESB é mais frequente a dispensação de medicamentos de forma descentralizada, contudo como demonstrado no Gráfico 7, a dispensação de medicamentos na maioria dos municípios avaliados está centralizada.

Tabela 68 – Característica da dispensação dos medicamentos nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A dispensação de medicamentos no município é descentralizada?	
		SIM	NÃO
		n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	1(14,3)	6 (85,7)
	UBS-ESB	3 (37,5)	5 (62,5)
	Posto-ESB	-	1(100)
	Outros-ESB	-	1(100)
AG	UBS-ESF	3(17,6)	14 (82,4)
	UBS-ESB	6 (85,7)	1(14,3)
	UBS-ESF-ESB	4(80)	1(20)
	Posto-ESF	2(50)	2(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	-
	Outros-ESF	1(25)	3(75)
VC	UBS-ESF	-	4(100)
	UBS-ESB	3(30)	7(70)
	Posto-ESF	-	1(100)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	-	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Nas unidades em que ocorre a dispensação de medicamentos, outros profissionais além do farmacêutico e do auxiliar de farmácia estão incumbidos desta tarefa. Na tabela 69 identifica-se os possíveis profissionais que realizam a dispensação de medicamentos por região de saúde.

Tabela 69 – Profissionais que realizam a dispensação dos medicamentos nas unidades de atenção básica em regiões de saúde do DRS XIII, 2014.

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Na unidade qual profissional faz a dispensação dos medicamentos?					
		Farmacêutico		Técnico em farmácia		Técnico em enfermagem	
		SIM		SIM		SIM	
		n	%	n	%	n	%
HV	UBS-ESF	-	-	1	100	-	-
	UBS-ESB	3	100	1	33,3	-	-
AG	UBS-ESF	3	100	2	66,6	1	33,3
	UBS-ESB	6	100	6	100	1	16,7
	UBS-ESF-ESB	4	100	4	100	-	-
	Posto-ESF	1	50	2	100	-	-
	Policlínica-ESB	1	100	-	-	-	-
	Outros-ESF	1	100	-	-	-	-
VC	UBS-ESB	-	-	2	66,6	1	33,3
	Posto-ESB	1	100	-	-	1	100

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV não ocorre dispensação de medicamentos nas unidades do tipo Posto-ESB e Outros-ESB, e na região VC nas unidades configuradas como UBS-ESF, Posto-ESF e Outros-ESB. Na região AG há dispensação em todos os arranjos avaliados. Nas unidades que realizam dispensação de medicamentos verifica-se que o farmacêutico e/ou técnico em farmácia são os profissionais que dispensam medicamentos geralmente. Na região AG, além destes dois profissionais, no arranjo do tipo UBS-ESF a dispensação pode ocorrer por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde ou ainda recepcionista e auxiliar administrativo em 33,3% (1) das unidades avaliadas. A dispensação ocorre também pelo médico, enfermeiro e cirurgião dentista nos arranjos UBS-ESB e Posto-ESF em 16,6% (1) e 50% (1) das unidades, respectivamente. Nos arranjos Outros-ESF e UBS-ESB a dispensação é realizada também por recepcionista ou auxiliar administrativo na frequência de 100% (1) e 16,6% (1) das unidades, nessa ordem.

6.10.3 Discussão

A disponibilidade e a suficiência de insumos, Imuno-biológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação e controle das vacinas e medicamentos pela UBS é tido como padrão de qualidade.

Entre os serviços avaliados destaca-se a dispensação centralizada de medicamentos e a oferta irregular de vacinas nas unidades de saúde.

O acesso a medicamentos tem sido compreendido a partir do equilíbrio entre quatro dimensões — disponibilidade, capacidade aquisitiva, aceitabilidade e acessibilidade geográfica, cujas barreiras se apresentam tanto na perspectiva da oferta quanto da demanda (BIGDELI ET AL., 2013; PETERS ET AL., 2008), sendo as duas primeiras mais frequentemente abordadas quando se trata de avaliação de acesso no âmbito internacional (CAMERON, 2013).

A dificuldade de acesso a medicamentos para o tratamento de saúde pode acarretar complicações do quadro clínico, com evolução para internações hospitalares e aumento da morbimortalidade, gerando ainda mais custos para o sistema de saúde.

No que se refere a disponibilidade de imuno-biológicos, tem-se que o controle de doenças transmissíveis, especialmente as imunopreveníveis, é possível dentre outros aspectos, pela disponibilidade de vacinas através do Programa Nacional de Imunização, sendo este um componente essencial. As atividades de vacinação estão entre as intervenções de saúde pública de melhor custo-efetividade (MORAES et al., 2000).

Considerando a relevância epidemiológica da vacinação, torna-se relevante o acesso a este recurso em unidade de APS próximas ao local de residência da população, permitindo que a cobertura vacinal no país seja suficiente, a fim de manter sob controle doenças como sarampo, tétano neonatal, difteria e coqueluche, dentre outras e ainda cumprir compromissos internacionais como a erradicação da poliomielite no Brasil (BRASIL, 2013e).

As coberturas vacinais em crianças subsidiam análises de variações geográficas e temporais para cada tipo de imuno-biológico. Seu uso ainda possibilita identificar importantes situações de insuficiência, que necessitem de medidas de intervenção, assim como subsidiar processos de planejamento, execução,

monitoramento e avaliação de políticas públicas relativas à atenção a saúde da criança e ao controle de doenças imunopreveníveis (RIPSA, 2008).

Com forte inserção na atenção básica, o serviço de vacinação ofertado nas UBS tem contribuído com a maioria das ações realizadas nas áreas programáticas, especialmente na atenção à saúde da criança, cujo calendário de vacinação até os doze meses de idade, inclui parâmetros de cobertura vacinal que podem ser de 90% (vacina BCG e contra rotavírus humano), 95% (vacina pentavalente, meningocócica C, tríplice viral, pneumocócica 10 e contra poliomielite e hepatite B) e 100% (vacina contra febre amarela) (BRASIL, 2013e).

Diante da relevância da vacinação é imprescindível que as unidades de saúde ofertem este serviço. Considerando aqui a necessidade de articulação da gestão municipal a fim de operacionalizar o envio de imuno-biológicos até a unidade de saúde que não possua geladeira com controle de temperatura. A capacitação de profissionais deve ser considerada para efetivação deste serviço.

6.11 Subdimensão 11: Atenção Integral à Saúde

A atenção integral à saúde caracteriza-se por atender o conjunto de necessidades que um usuário apresenta, a partir da disponibilidade de ações e serviços de saúde, organizados de forma articulada e norteados por políticas públicas e por uma RAS, representando assim respostas governamentais a problemas de saúde específicos (MATTOS, 2001).

Na perspectiva do cuidado integral à saúde, a subdimensão “Atenção Integral à Saúde” contempla a oferta nas unidades de APS de ações à população em diferentes ciclos de vida, com intervenções focadas nesses ciclos, ou de forma específica em condições de doença já instaladas e fatores de risco e vulnerabilidade.

Para esta subdimensão foram considerados os resultados da avaliação de 11 componentes, contemplando a atenção integral à saúde de diferentes grupos e condições.

6.11.1 Atenção ao pré-natal, parto e puerpério

A atenção integral à saúde das gestantes e das puérperas é uma estratégia fundamental para prevenir mortes maternas, abortamentos, nati-mortalidades, óbitos neonatais e sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávido-puerperal.

Com relação a este componente, os resultados sobre o preenchimento mensal de dados no sistema de informação do pré-natal e quanto a realização de consulta de puerpério até 10 dias após o parto estão descritos na tabela 70.

Os resultados evidenciam que nas três regiões de saúde entre os diferentes arranjos faz parte da rotina a alimentação do sistema de informação referente ao pré-natal, com destaque na região AG para os arranjos UBS-ESF 4 (18,2%) equipes e Posto-ESF 1 (25%) equipe, na região VC UBS-ESF 2 (50%) e UBS-ESB 3 (30%) equipes não preenchem regularmente o sistema de informação.

A consulta de puerpério até 10 dias após o parto para as equipes do arranjo UBS-ESF das três regiões de saúde não é uma prática comum, o mesmo ocorre para o arranjo Posto-ESF na região AG e Posto-ESB na região VC.

Tabela 70 – Acesso ao sistema de informação do pré-natal e consulta de puerpério realizados pela equipe de atenção primária, bucal por tipo de arranjo organizativo em região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?		A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	8(80)	2(20)	6(60)	4(40)
	UBS-ESB	9(100)	-	9(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	18(81,8)	4(18,2)	19(86,4)	3(13,6)
	UBS-ESB	7(100)	-	5(71,4)	2(28,6)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	12(85,7)	2(14,3)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-
VC	UBS-ESF	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)
	UBS-ESB	7(70)	3(30)	9(90)	1(10)
	Posto-ESF	-	1(100)	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes que afirmaram realizar a consulta de puerpério até 10 dias após o parto foram avaliadas quanto as principais ações que realizam para viabilizarem o atendimento no prazo oportuno, os resultados estão descritos na tabela 71.

Tabela 71 – Ações realizadas pelas equipes de atenção primária para garantir consulta de puerpério, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?							
		Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher		Visita domiciliar de outros membros da equipe		Consulta em horário especial em qualquer dia da semana		Outro(s)	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	6(100)	-	1(16,7)	5(83,3)	3(50)	3(50)	-	6(100)
	UBS-ESB	9(100)	-	8(88,9)	1(11,1)	8(88,9)	1(11,1)	2(22,2)	7(77,8)
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-	-	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	16(84,2)	3(15,8)	12(63,2)	7(36,8)	9(47,4)	10(52,6)	5(26,3)	14(73,7)
	UBS-ESB	1(20)	4(80)	-	5(100)	4(80)	1(20)	1(20)	4(80)
	UBS-ESF-ESB	9(75)	3(25)	8(66,7)	4(33,3)	7(58,3)	5(41,7)	4(33,3)	8(66,7)
	Posto-ESF	2(100)	-	2(100)	-	2(100)	-	1(50)	1(50)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	1(100)	1(100)	-	-	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-	3(75)	1(25)	1(25)	3(75)
VC	UBS-ESF	3(100)	-	3(100)	-	3(100)	-	1(33,3)	2(66,7)
	UBS-ESB	9(100)	-	7(77,8)	2(22,2)	7(77,8)	2(22,2)	4(44,4)	5(55,6)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-	-	1(100)
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-	1(50)	1(50)	-	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

A visita do agente comunitário se destaca, entre as três regiões de saúde e seus diferentes arranjos, como a estratégia mais utilizada para potencializar a realização da consulta de puerpério até o décimo dia após o parto.

O monitoramento das gestantes que tiveram parto é relevante para que ocorra continuidade do atendimento a mulher neste período e também ao recém-

nascido, evitando assim complicações para ambos. Sobre este monitoramento, estão descritos na tabela 72 os resultados referentes aos mecanismos utilizados pela equipe.

Tabela 72 – Ações de monitoramento de gestante no pós-parto, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

		Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?							
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Recebe a contra referência da maternidade		Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto		Recebe informação da secretaria municipal de saúde		Outros	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	4(40)	6(60)	2(20)	8(80)	2(20)	8(80)	6(60)	4(40)
	UBS-ESB	1(11,1)	8(88,9)	4(44,4)	5(55,6)	2(22,2)	7(77,8)	8(88,9)	1(11,1)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)	1(100)	-	-	1(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	2(100)	-	-	2(100)	-	2(100)
AG	UBS-ESF*	13(59,1)	9(40,9)	1(4,5)	21(95,5)	11(50)	11(50)	10(45,5)	12(54,5)
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	1(14,3)	6(85,7)	4(57,1)	3(42,9)	1(14,3)	6(85,7)
	UBS-ESF-ESB	13(92,9)	1(7,1)	2(14,3)	12(85,7)	10(71,4)	4(28,6)	2(14,3)	12(85,7)
	Posto-ESF**	1(25)	3(75)	-	4(100)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESF	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)	2(50)	2(50)
VC	UBS-ESF***	3(75)	1(25)	-	4(100)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)
	UBS-ESB	2(20)	8(80)	4(40)	6(60)	1(10)	9(90)	8(80)	2(20)
	Posto-ESF	1(100)	-	-	1(100)	1(100)	-	-	1(100)
	Posto-ESB****	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	-	2(100)	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	2(100)	-

Não possuem sistema de monitoramento: *AG: UBS-ESF 4,5%(1); ** AG: Posto-ESF 50%(2); ***VC: UBS-ESF 25%(1); **** VC: Posto-ESB 50%(1).

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

O monitoramento da gestante durante o seu percurso pela RAS ainda é incipiente, mecanismos como a contrarreferência não é comum, e a falta de sistema informatizado constitui sem dúvida em uma limitação, diante das premissas previstas no princípio da coordenação do cuidado, continuidade e longitudinalidade.

O acompanhamento integral de gestantes inclui também as ações de saúde bucal, com exceção de 1 (10%) equipe do arranjo UBS-ESB da região VC, nas três regiões de saúde 100% das equipes avaliadas afirmaram realizar acompanhamento de gestantes.

6.11.2 Atenção à criança desde o nascimento até dois anos de vida

A atenção à saúde da criança está entre as prioridades da APS na perspectiva de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de equidade, com ênfase no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a assistência que se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde.

A realização de consulta de puericultura está entre as estratégias de acompanhamento infantil. Nas três regiões de saúde 100% das equipes realizam consultas de puericultura, exceto 1 (10%) equipe da região HV, 1 (4,5%) da região AG e 1 (25%) equipe da região VC, do arranjo do tipo UBS-ESF.

Na tabela 73 caracteriza-se o registro de informações para o cuidado integral da criança realizado por equipes que afirmaram desenvolver ações de puericultura.

Observa-se que os registros referentes a violência familiar e acidentes são menos frequente, principalmente por parte das equipes do arranjo UBS-ESF das três regiões de saúde.

Tabela 73 – Informações registradas sobre o acompanhamento da criança desde o nascimento até os dois anos de vida, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:						
		1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*
		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	7(70)	7(70)	7(70)	5(50)	3(30)	-
	UBS-ESB	9(100)	9(100)	9(100)	8(89)	8(89)	9(100)	4(44)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	-	-	-
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	-
AG	UBS-ESF	21(96)	22(100)	21(96)	19(86)	17(77)	15(68)	1(5)
	UBS-ESB	7(100)	7(100)	5(71)	6(86)	4(57)	1(14)	-
	UBS-ESF-ESB	14(100)	14(100)	14(100)	14(100)	10(71)	9(64)	1(7)
	Posto-ESF	4(100)	3(75)	2(50)	3(75)	3(75)	3(75)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	1(25)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	3(75)	3(75)	-
	UBS-ESB	10(100)	10(100)	10(100)	9(90)	9(90)	7(70)	-
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	-

*1. Vacinação em dia da criança; 2. Crescimento e desenvolvimento; 3. Estado nutricional; 4. Teste do pezinho; 5. Violência família; 6. Acidentes e 7. Outro(s).

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As ações de vigilância alimentar e nutricional, bem como incentivo ao aleitamento materno são relevantes e essenciais no contexto da atenção integral a saúde da criança. Os resultados referentes a estas variáveis estão descritos a tabela 74.

Tabela 74 – Frequência de equipes que realizam ações de vigilância alimentar, amamentação e alimentação complementar para criança desde o nascimento até os dois anos de vida, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?		A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	4(40)	6(60)	5(50)	5(50)
	UBS-ESB	9(100)	-	7(77,8)	2(22,2)
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF	19(86,4)	3(13,6)	18(81,8)	4(18,2)
	UBS-ESB	5(71,4)	2(28,6)	7(100)	-
	UBS-ESF-ESB	11(78,6)	3(21,4)	14(100)	-
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	4(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)	-
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	4(100)	-
	UBS-ESB	8(80)	2(20)	10(100)	-
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na região HV para o arranjo do tipo UBS-ESF verifica-se o menor percentual de equipes que consideram aspectos sobre vigilância alimentar, amamentação e alimentação complementar. Na região AG, para as equipes dos arranjos UBS-ESB, Posto-ESF, UBS-ESF-ESB e UBS-ESF a vigilância alimentar não é uma prática comum a todas as equipes, sendo que no arranjo UBS-ESF verifica-se que 18,2% (4) das equipes não monitoram o índice de aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

6.11.3 Atenção de Saúde Bucal à criança até os 5 (cinco) anos de idade

A consulta de puericultura deve monitorar vários aspectos da saúde e da vida da criança, contemplando além das ações básicas de saúde os agravos que porventura possam ocorrer, além de ser o espaço para estreitamento de um vínculo de afetividade e confiança com a família e a criança. A participação de outros profissionais de saúde é fundamental neste contexto, incluindo o dentista para o acompanhamento da equipe de saúde bucal.

Na região HV, no arranjo UBS-ESB apenas 2 (25%) equipes não realizam atendimento de crianças de até cinco anos. Nas regiões AG e VC 100% (15 e 14, respectivamente) das equipes atendem esse público.

6.11.4 Atenção à pessoa com Obesidade

A obesidade é uma condição crônica cada vez mais comum entre crianças e adultos, tanto em países pobres como nos ricos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a obesidade como um problema de saúde pública tão preocupante quanto a desnutrição. Diante do impacto desta condição para a saúde dos indivíduos a identificação de quadros de sobrepeso e outros aspectos que configurem risco é importante na prática das equipes de APS.

No âmbito da atenção à pessoa com obesidade os resultados evidenciaram que as equipes nos diferentes arranjos realizam a mensuração do peso e altura de grupos populacionais específicos tais como crianças de menores de dois anos, crianças menores de 10 anos e gestantes. Principalmente no arranjo UBS-ESF, nas três regiões de saúde, verifica-se que não é prática comum a aferição destes dados em toda população que passa por atendimento na unidade de saúde, conforme resultados apresentados na figura 33 do Apêndice A.

Com relação a conduta adotada pela equipe após identificar usuário adulto com obesidade, na região HV, 100% (22) das equipes ofertam consultas de acompanhamento deste usuário na UBS, com destaque também para o encaminhamento para serviço especializado e atividades coletivas sobre atividade física e alimentação saudável. O apoio matricial ainda é incipiente, nos arranjos UBS-ESF e UBS-ESB, conforme figura 34 do Apêndice A.

Na região AG nota-se condutas diversificadas entre os diferentes arranjos, com destaque para o encaminhamento para o serviço especializado nos arranjos organizativos desta região de saúde. Sendo que nos arranjos UBS-ESB e UBS-ESF.ESB 28,6% (2) e 7,1% (1) das equipes, respectivamente, referem não realizar ação específica.

Na região VC ocorre certo equilíbrio entre as condutas realizadas após a equipe identificar a obesidade no adulto. Sugere-se o acompanhamento do usuário na UBS, inclusão em atividade coletiva, solicitação de apoio matricial e encaminhamento para serviço especializado. No arranjo do tipo Outros-ESB 50% (1) das equipes não realizam ação específica ao identificar usuário com obesidade, conforme se verifica na figura 34 do Apêndice A.

6.11.5 Atenção à pessoa com Tuberculose

No Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública e está permeado em raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,5 mil mortes em decorrência da doença (BRASIL, 2017b). A tuberculose tem cura, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento é gratuito e podem ser iniciados em serviços de atenção primária.

Sobre a atenção a pessoa com tuberculose, na Tabela 75 são descritos os resultados da avaliação.

As estimativas dos casos anuais de tuberculose e sintomáticos respiratórios são acompanhadas com menor frequência entre as equipes dos arranjos UBS-ESF (HV e AG). A frequência de cura é relativamente menor entre os usuários acompanhados por equipes dos arranjos UBS-ESB e UBS-ESF-ESB.

Tabela 75 – Atenção à pessoa com Tuberculose por arranjo organizativo da atenção primária em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?		Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura?		
		SIM	NÃO	A maioria dos casos (acima de 85%)	Alguns casos (84% ou menos)	Não se aplica
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	7(70)	3(30)	6(60)	-	4(40)
	UBS-ESB	8(88,9)	1(11,1)	2(22,2)	2(22,2)	5(55,6)
	Posto-ESB	1(100)	-	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	16(72,7)	6(27,3)	11(50)	1(4,5)	10(45,5)
	UBS-ESB	7(100)	-	-	6(85,7)	1(14,3)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	5(35,7)	9(64,3)	-
	Posto-ESF	1(25)	3(75)	2(50)	1(25)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1	-	-
	Outros-ESF	2(50)	2(50)	4(100)	-	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	2(50)	1(25)	1(25)
	UBS-ESB	9(90)	1(10)	3(30)	2(20)	5(50)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-	-	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	1(50)	-	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.11.6 Atenção a pessoa com Hanseníase

Embora o número de casos de hanseníase tenha diminuído no Brasil, essa doença ainda se constitui em um problema de saúde pública o que exige uma vigilância resolutiva. A hanseníase, quando diagnosticada e tratada tardiamente

pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não só pelas lesões que os incapacitam fisicamente, mas pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade. As incapacidades físicas nos olhos, nas mãos e nos pés podem ser evitadas ou reduzidas, se os portadores de hanseníase forem identificados e diagnosticados o mais rápido possível, tratados com técnicas simplificadas e acompanhados nas questões psicossociais no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2010e).

Os resultados sobre o acompanhamento de usuários com diagnóstico de hanseníase em unidades de atenção primária estão descritos na tabela 76.

Os resultados evidenciam que o acompanhamento de usuários com diagnóstico de hanseníase se diferencia especialmente entre as regiões de saúde, não sendo identificadas diferenças entre os arranjos organizativos propriamente dito. Verifica-se nos arranjos das regiões HV e VC um percentual menor de equipes que possuem registro dos usuários com hanseníase. A realização de diagnóstico de casos novos é menos comum entre as equipes do arranjo UBS-ESB da região AG. A vigilância de contatos intradomiciliares dos casos novos da doença é realizado em menor frequência entre as equipes dos arranjos UBS-ESF (HV), UBS-ESB e UBS-ESF-ESB da região AG.

Tabela 76 – Acompanhamento de usuários com diagnóstico de hanseníase unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?			A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?	A equipe realiza a vigilância de contatos intra domiciliares de casos novos de hanseníase?*
		Não há usuário com hanseníase no território				
		SIM n(%)	NÃO n(%)		SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	6(60)	1(10)	3(30)	8(80)	4(66,67)
	UBS-ESB	4(44,4)	-	5(55,6)	9(100)	4(100)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	-	1(100)
	Outros-ESB	-	-	2(100)	2(100)	-
AG	UBS-ESF	12(92,3)	1(7,69)	9(40,9)	18(81,82)	9(75)
	UBS-ESB	6(85,7)	-	1(14,3)	4(57,14)	4(66,67)
	UBS-ESF-ESB	13(92,9)	-	1(7,1)	11(78,57)	7(53,85)
	Posto-ESF	2(50)	-	2(50)	3(75)	2(100)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-
	Outros-ESF	2(50)	-	2(50)	4(100)	2(100)
VC	UBS-ESF	2(50)	-	2(50)	3(75)	2(100)
	UBS-ESB	4(40)	-	6(60)	9(90)	4(100)
	Posto-ESF	-	-	1(100)	1(100)	-
	Posto-ESB	1(50)	-	1(50)	2(100)	1(100)
	Outros-ESB	1(50)	-	1(50)	2(100)	1(100)

*Para o total de equipes de cada arranjo que responderam SIM a questão II_22_1

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.11.7 Atenção ao usuário em Sofrimento Psíquico

A Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou na implantação do SUS as condições institucionais para o seu desenvolvimento e fortalecimento. A implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais no campo da saúde mental. Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas

na APS, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. A maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço (SOUZA; RIVERA, 2010).

Na tabela 77 são apresentados os resultados referentes ao atendimento de usuários em sofrimento psíquico pelas EAP.

O atendimento de pessoas em sofrimento psíquico é realizado em menor frequência pelas equipes dos arranjos UBS-ESF e UBS-ESB das regiões HV e AG e no arranjo Outros-ESB da região VC. Parte das equipes dos arranjos UBS-ESF, UBS-ESB, UBS-ESF-ESB, Postos-ESF e Outros-ESF não oferecem atendimento no mesmo dia.

Na região HV, no arranjo UBS-ESF e Posto-ESB 44,4% (4) e 100% (1) das equipes, respectivamente, realizam o atendimento de usuário em sofrimento psíquico em até um dia. No arranjo do tipo UBS-ESB 25% (2) das equipes em dois dias e 12,5% (1) em 15 dias.

No cenário da região AG nos arranjos UBS-ESF 11,8% (2) das equipes, UBS-ESB 16,7% (1), UBS-ESF-ESB 14,3% (2) e Posto-ESF 33,3% (1) das equipes realizam o atendimento em até um dia. No arranjo Outros-ESF 25% (1) das equipes realizam o atendimento em até dois dias. O atendimento é realizado em até cinco dias por 33,3% (1) das equipes do arranjo Posto-ESF, em até sete dias por 17,6% (3) das equipes da UBS-ESF e 25% (1) das equipes do arranjo Outros-ESF. O atendimento é realizado em 30 dias por 5,9% (1) das equipes do arranjo UBS-ESF, 40 e 60 dias por 7,1% (1) das equipes do arranjo UBS-ESF-ESB.

Na região VC a única equipe do arranjo Outros-ESB atende o usuário no prazo máximo de 15 dias. O atendimento para usuário em sofrimento psíquico é realizado em até dois dias por 30% (3) das equipes do arranjo UBS-ESB e em até 7 dias por 20% (2) das equipes deste arranjo. No arranjo UBS-ESF 25% (1) das equipes disponibilizam o atendimento até sete dias.

Tabela 77 – Atendimento de usuários em sofrimento psíquico em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?		Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?
		SIM	NÃO	Atendido no mesmo dia
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	1(10)	3(33,3)
	UBS-ESB	8(88,9)	1(11,1)	5(62,5)
	Posto-ESB	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	2(100)
AG	UBS-ESF	17(77,3)	5(22,7)	11(64,7)
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	5(83,3)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	-	10(71,4)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	1(33,3)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	-	2(50)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	3(75)
	UBS-ESB	10(100)	-	5(50)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na figura 35 do Apêndice A são apresentados os resultados sobre as estratégias utilizadas pelas equipes de atenção primária para cuidar de usuários em

sofrimento psíquico. Verifica-se que o Registro da História de Vida e atendimento com profissional de saúde mental está entre as estratégias frequentemente adotadas pelas equipes nos diferentes arranjos. A oferta de atendimento em grupo, seguida de aumento do tempo de consulta são estratégias menos frequentes.

A capacitação da equipe para atendimento de usuários em sofrimento psíquico é relevante e permite aprimorar também o desenvolvimento de estratégias para intervenção junto a populações com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Na tabela 78 são descritos os resultados que caracterizam atenção em saúde mental no contexto da APS.

Os resultados demonstram que entre os diferentes arranjos organizativos da APS, das três regiões de saúde, o percentual de equipes capacitadas é inferior a 70%, com exceção dos arranjos Posto-ESB (HV), Policlínica-ESB e Outros-ESF.

As equipes do arranjo UBS-ESB realizam atividades direcionadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas com maior frequência.

Quanto ao registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como o uso de ansiolíticos de um modo geral, verifica-se que as equipes dos arranjos UBS-ESF, UBS-ESB (HV e VC), Posto-ESB, Posto-ESF (AG) não realizam este registro habitualmente.

Tabela 78 – Caracterização do atendimento aos usuários em sofrimento psíquico, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	-	1(10)	3(30)
	UBS-ESB	3(33,3)	8(88,9)	5(55,6)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	-
	Outros-ESB	-	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF	7(31,8)	5(22,7)	12(54,6)
	UBS-ESB	4(57,1)	3(42,9)	7(100)
	UBS-ESF-ESB	6(42,7)	6(42,9)	14(100)
	Posto-ESF	1(25)	2(50)	1(25)
	Policlínica-ESB	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	3(75)	4(100)
VC	UBS-ESF	-	1(25)	3(75)
	UBS-ESB	6(60)	3(30)	7(70)
	Posto-ESF	-	-	1(100)
	Posto-ESB	1(50)	2(100)	1(50)
	Outros-ESB	-	-	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.11.8 Atenção à pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) contempla desde a prevenção de agravos até a proteção da saúde, passando pela reabilitação, sendo objetivos desta Política: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; prevenir agravos que determinem o

aparecimento de deficiências. Uma das diretrizes da Política visa ao fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da inclusão. Assim como a melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiência no SUS, incluindo assim as ações ofertadas no contexto da APS (BRASIL, 2009e).

Sobre o registro do número de usuários com deficiência, verifica-se na tabela 79 que no arranjo UBS-ESB da região AG o registro é realizado por um número menor de equipes e na região VC no arranjo Outros-ESB 50% (1) das equipes também não registram habitualmente o número de usuários atendidos que são portadores de alguma deficiência.

Tabela 79 – Registro do número de usuários com deficiência, por arranjo organizativo da atenção primária, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência?		
		SIM	NÃO	Não se aplica*
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	7(70)	3(30)	-
	UBS-ESB	8 (88,9)	-	1(11,1)
	Posto-ESB	1(100)	-	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	18(81,8)	4(18,2)	-
	UBS-ESB	4(57,1)	3(42,9)	-
	UBS-ESF-ESB	12(85,7)	2(14,3)	-
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	-
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-
	Outros-ESF	3(75)	-	1(25)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	-
	UBS-ESB	10(100)	-	-
	Posto-ESF	1(100)	-	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	-

* Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

6.11.9 População Rural, Assentados, Quilombolas

A distância entre os serviços de saúde e a residência dos usuários, é um importante determinante da utilização dos serviços (KUMAR, 2004). Para Adami (1993), no entanto, a proximidade geográfica não se constitui elemento central

determinante, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento. Quando comparados com moradores de áreas urbanas, residentes rurais necessitam de uma viagem mais longa em face de outros problemas tais como pior qualidade das vias de rodagem e dificuldades de transporte público (ARCURY et al., 2005).

No que se refere ao atendimento à população rural, assentados, quilombolas e indígenas, os resultados são apresentados na tabela 80.

Entre as equipes avaliadas nas três regiões de saúde, verifica-se que não é comum a realização de ações junto à população rural, comunidades tradicionais e assentados. Sendo que no arranjo do tipo UBS-ESF é que se verifica a maior frequência de atendimento a este grupo populacional.

Tabela 80 – Desenvolvimento de ações com população rural, assentados, quilombolas e indígenas por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/ assentados/população rural?		
		SIM	NÃO	Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	2(20)	2(20)	6(60)
	UBS-ESB	3(33,3)	-	6(66,7)
	Posto-ESB	1(100)	-	-
	Outros-ESB	-	-	2(100)
AG	UBS-ESF	5(22,7)	6(27,3)	11(50)
	UBS-ESB	-	5(71,4)	2(28,6)
	UBS-ESF-ESB	-	10(71,4)	4(28,6)
	Posto-ESF	-	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	-	1(25)	3(75)
	Outros-ESF	1(25)	2(50)	1(25)
VC	UBS-ESF	2(20)	3(30)	5(50)
	UBS-ESB	-	1(100)	-
	Posto-ESF	-	1(100)	-
	Posto-ESB	1(50)	-	1(50)
	Outros-ESB	-	-	2(100)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As equipes que realizam atendimento à população rural, assentados, quilombolas e indígenas foram avaliadas quanto a disponibilidade de transporte e

sobre as orientações realizadas pelos agentes comunitários de saúde à população. Os resultados estão descritos na tabela 81.

Tabela 81 – Características do atendimento à população rural, assentados, quilombolas e indígenas por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe atende às comunidades tradicionais/ assentados/ população rural?*	Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população? **	Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água? ***
		SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	2(100)	1(50)	1(100)
	UBS-ESB	3(100)	1(33,33)	1(100)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	-	-	-
AG	UBS-ESF	5(100)	5(100)	2(40)
	UBS-ESB	-	-	-
	UBS-ESF-ESB	-	-	-
	Posto-ESF	-	-	-
	Policlínica-ESB	-	-	-
	Outros-ESF	1(100)	1(100)	1(100)
VC	UBS-ESF	2(100)	2(100)	2(100)
	UBS-ESB	-	-	-
	Posto-ESF	-	-	-
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	-
	Outros-ESB	-	-	-

* Total considerando as equipes que responderam SIM a questão II_31_1.

**Total considerando as equipes que responderam SIM a questão II_31_3.

***Total considerando as equipes que responderam SIM a questão II_31_5.

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Os resultados evidenciam que apenas na região HV para partes das equipes dos arranjos UBS-ESF e UBS-ESB não há transporte disponível.

A orientação sobre o uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água é realizada por aquelas equipes que possuem transporte para ir até as moradias, sendo que no arranjo UBS-ESF da região HV menos da metade das equipes que realizam atendimento e visitas domiciliares abordam este tema.

As equipes que afirmaram realizar atendimento às comunidades tradicionais/ assentados/ população rural foram avaliadas quanto a orientação da população rural sobre o uso seguro de agrotóxico em seu território, sendo que na região HV no arranjo UBS-ESF 50% (1) das equipes, UBS-ESB 66,7% (2) das equipes e no arranjo Posto-ESB 100% (1) das equipes desenvolvem orientações com este tema. Na região VC 50% (1) das equipes do arranjo UBS-ESF realizam este tipo de orientação, a outra equipe deste arranjo não realiza esta orientação por não atenderem população rural.

6.11.10 Atenção à Pessoa Tabagista

O tabagismo é um importante fator de morbidade, sendo uma das causas de mortalidade evitáveis no mundo. Como principal precursor dos males pulmonares, o tabagismo, foi disseminado pelas tribos indígenas e depois pela sociedade mundial acreditando-se ser portador de efeitos medicinais, porém, posteriormente comprovado pela medicina um importante agressor ao aparelho respiratório, levando a instalação de lesões pulmonares irreversíveis. Configurando-se em grave problema de saúde pública. Na tabela 82 são apresentados os resultados sobre o atendimento a pessoas tabagistas.

Tabela 82 – Atendimento a tabagistas em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de:					A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?	
		Atividades em grupo e individuais	Somente atividades em grupo	Somente Atividades individuais	A equipe não oferece tratamento aos tabagistas	Não se aplica	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	-	-	2(20)	-	8(80)	1(50)	1(50)
	UBS-ESB	3(33,3)	-	5(55,5)	-	1(11,1)	8(100)	-
	Posto-ESB	1(100)	-	-	-	-	-	1(100)
	Outros-ESB	-	-	-	-	2(100)	-	-
AG	UBS-ESF	2(9,09)	1(4,45)	5(22,73)	2(9,09)	12(54,54)	9(90)	1(10)
	UBS-ESB	-	-	3(42,86)	1(14,28)	3(42,86)	4(100)	-
	UBS-ESF-ESB	3(23,08)	1(7,69)	2(15,38)	1(7,69)	7(53,85)	7(100)	-
	Posto-ESF	-	-	1(25)	-	3(75)	1(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	-	-	1(100)	-
	Outros-ESF	1(25)	-	2(50)	-	1(25)	3(100)	-
VC	UBS-ESF	1(25)	-	3(75)	-	-	4(100)	-
	UBS-ESB	3(30)	1(10)	2(20)	0	4(40)	5(83,33)	1(16,67)
	Posto-ESF	1(100)	-	-	-	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	-	-	-	2(100)	-
	Outros-ESB	1(50)	-	-	-	1(50)	1(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

As atividades individuais são mais frequentes, entre os arranjos organizativos, como a estratégia de tratamento de usuários tabagistas. Sendo que o

questionamento sobre o uso do tabaco é menos frequentes entre as equipes do arranjo UBS-ESB da região VC.

6.11.11 Atenção ao câncer de boca

No Brasil, o câncer de boca no ano de 2010 acometeu aproximadamente 15 mil pessoas. Dependendo da unidade da federação analisada, a doença chega a ser a quinta colocada entre as neoplasias malignas de maior incidência em homens (INCA, 2010). Os determinantes socioeconômicos, em estudos mais recentes, são identificados como fatores cuja associação ao aparecimento de novos casos de câncer da boca é relevante (PEREIRA, 2012).

A prevenção primária do câncer de boca visa ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência da doença, modificando os hábitos de vida da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco como o tabaco, o álcool e a exposição solar dos lábios, antes mesmo que a doença se instale. Os resultados sobre o monitoramento e prevenção do câncer de boca estão compilados na tabela 83.

Tabela 83 – Monitoramento e prevenção do câncer de boca pelas equipes de saúde bucal, por tipo de arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?			A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos-confirmados de câncer de boca?			A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?	
		SIM	NÃO	Desconhece	SIM	NÃO	Desconhece	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	6(75)	2(25)	-	8(100)	-	-	8(100)	-
	Posto-ESB	-	1(100)	-	1(100)	-	-	1(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	-	2(100)	-	-	2(100)	-
AG	UBS-ESF-ESB	7(100)	-	-	7(100)	-	-	7(100)	-
	UBS-ESB	7(100)	-	-	7(100)	-	-	7(100)	-
	Policlínica-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-	-	1(100)	-
VC	UBS-ESB	8(80)	1(10)	1(10)	10(100)	-	-	9(90)	1(10)
	Posto-ESB	-	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	1(50)	-	1(50)	2(100)	-	-	2(100)	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

A maioria das equipes possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca, e todas possuem serviço de referência para encaminhamento destes casos, exceto a equipe do arranjo Posto-ESB. As ações de prevenção e detecção precoce do câncer de boca são realizadas por quase todas as equipes de saúde bucal, exceto entre as equipes do arranjo UBS-ESB da região VC.

6.11.12 Discussão

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programada quanto da demanda espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos, idosos), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Contempla uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde (BRASIL, 2013d).

Entre as equipes avaliadas verifica-se ampla oferta de serviços para atenção a saúde de grupos populacionais ou para condições específicas como Obesidade, Tabagismo e período de gestação. No entanto é relevante ressaltar que o instrumento adotado pelo PMAQ-AB não permite avaliar a efetividade das ações ofertadas e nem avalia de forma exata o acesso da população da área de abrangência a estes serviços.

A organização da atenção à saúde na atenção primária deve fundamentar-se nas necessidades da população assistida, contudo o MS define áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, tais como a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

As intervenções para as áreas estratégicas e outras áreas definidas de acordo com as necessidades de cada território devem considerar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, com melhoria da qualidade de vida, visto que grande parte das doenças que acometem a população é passível de prevenção (RECINE; RADAELLI, 2001).

6.12 Subdimensão 12: Programa Saúde na Escola – PSE

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças, o que requer das equipes de APS muitas vezes disponibilidade e capacitação profissional, bem como articulação intersetorial,

Para esta subdimensão foram considerados dois componentes e os resultados são apresentados a seguir.

6.12.1 Atividades na Escola

As equipes foram questionadas quanto a realização de atividades na escola e sobre o levantamento do número de escolares com necessidades de saúde que requerem acompanhamento, os resultados estão descritos na tabela 84.

Verifica-se que nas três regiões de saúde, nos diferentes arranjos organizativos é comum que as equipes realizem atividades na escola, apenas na região AG nos arranjos UBS-ESB e UBS-ESF-ESB que a frequência é inferior a 100% das equipes, com 85,7% em ambos os arranjos.

Apesar de realizarem atividades na escola verificam-se nas três regiões de saúde que o percentual de equipes que realizam o levantamento das necessidades de saúde dos escolares é baixo, principalmente nos arranjos UBS-ESF.

Tabela 84 – Equipes que realizam atividades na escola, por arranjo organizativo, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A equipe realiza atividades na escola?		A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	1(10)	2(22,2)	7 (77,8)
	UBS-ESB	9(100)	-	7 (77,8)	2(22,2)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	-	-	2(100)
AG	UBS-ESF	21(95,5)	1(4,5)	8(38,1)	13 (61,9)
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	4(66,7)	2(33,3)
	UBS-ESF-ESB	12(85,7)	2(14,3)	8 (66,7)	4(33,3)
	Posto-ESF	4(100)	-	-	4(100)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	-
	Outros-ESF	4(100)	-	4(100)	-
VC	UBS-ESF	4(100)	-	3(75)	1(25)
	UBS-ESB	10(100)	-	8(80)	2(20)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-
	Posto-ESB	2(100)	-	2(100)	-
	Outros-ESB	2(100)	-	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Na figura 36, do Apêndice A, estão apresentadas as atividades realizadas nas escolas pelas EAP, considerando os principais temas enfocados pelas equipes para promoção da saúde e prevenção de doenças.

As possíveis respostas foram:

1. Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis);
2. Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas;

3. Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS;
4. Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas;
5. Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde;
6. Debate com os professores da escola;
7. Não realiza ações de promoção e prevenção;
8. Outros;
9. Nenhuma das anteriores.

Considerando essas variáveis e a numeração atribuída a elas de 1 a 9, a seguir destacam-se os principais resultados por tipo de arranjo organizativo em cada região de saúde.

Na região HV, para o arranjo UBS-ESF as atividades de promoção e prevenção mais comumente realizadas pelas equipes foram as de número 3 e 4, com 77,8% (7) e 66,7% (6) das equipes realizando tais ações, sendo que apenas 22,2% (1) das equipes realizam as ações 1 e 6, além disso 1 (22,2%) equipe afirma que não realiza nenhuma das ações de promoção mencionadas. No arranjo do tipo UBS-ESB a ação 1 é realizada por 88,9% (8) das equipes, as ações 4 e 5 por 66,7% (6) das equipes, sendo que neste arranjo 1 (11,1%) equipe não realiza nenhuma das ações de prevenção e promoção mencionadas. No arranjo Posto-ESB 100% (1) das equipes realizam as ações da sequência 1 a 6. E no arranjo Outros-ESB 100% (2) das equipes realizam a ação 4. Ressalta-se que as equipes deste arranjo realizam junto a escolares apenas atividades na área de prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Na região de saúde AG, para o arranjo UBS-ESF as atividades 1 e 3 são frequentemente realizadas por 66,7% (14) das equipes. A ação 5, que se refere a capacitação de professores, corresponde a atividade comum para 23,8% (5) das equipes e 14,3% (3) das equipes não realizar nenhuma das ações mencionadas. No arranjo UBS-ESB destaca-se que 50% (3) das equipes relatam que não realizam a ação 7, que consiste nas atividades de promoção e prevenção, sendo que 16,7% (1) afirmaram realizar as ações número 1, 3, 4 e 8.

Ainda na região AG, no arranjo UBS-ESF-ESB 91,7% (11) das equipes realizam a ação 3 e 83,3% (10) a 4, sendo que em menor frequência as equipes deste tipo de arranjo realizam as ações 5, sendo 33,3% (4) e a 7 25% (3) das

equipes. No arranjo do tipo Posto-ESF a ação 1 é realizada por 100% (4) das equipes e as ações 5 e 6 por apenas 25% (1). No arranjo Outros-ESF as ações 1 e 6 são realizadas por 100% (4) das equipes e as ações 2 e 5 por 50% (2) destas.

Na região VC no arranjo UBS-ESF 100% (4) das equipes realizam a ação 1, 75% (3) as ações 2 e 3 e 50% (2) das equipes as ações 4, 5, 6 e 8. No arranjo UBS-ESB destacam as atividades 3 e 4 realizadas por 70% (7) das equipes, no entanto as atividades 2 e 5 são realizadas por 40% (4) das equipes ação 6 por 30% (3) destas equipes, sendo estas as ações desenvolvidas em menor frequência, além disso, 20% (2) das equipes não realizam nenhuma das atividades de promoção e prevenção mencionadas. Para o arranjo Posto-ESF 100% (1) das equipes realizam as ações de 1 a 6. No arranjo Posto-ESB 100% (2) das equipes realizam as ações 1 e 3, e 50% (1) as ações 2, 4, 5 e 6. No arranjo Outros-ESB 50% (1) das equipes realizam as atividades 1 e 2 e os outros 50% (1) restante não realizam nenhuma das atividades mencionadas.

Visto os resultados das três regiões de saúde e seus diferentes arranjos organizativos, verifica-se que as ações com abordagem sobre: segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas são realizadas com maior frequência pelas equipes de APS no contexto escolar. Em contrapartida as ações que envolvem a capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com a educação para a saúde e o debate com os professores da escola são práticas pouco desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

6.12.2 Programa Saúde na Escola – PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008c). As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como privilegiado para práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de educação para saúde.

Na tabela 85 estão descritos os resultados quanto ao encaminhamento, realizado pelas equipes de atenção primária, de escolares avaliados no contexto do PSE. Considera-se o encaminhamento para as especialidades oftalmologia e otorrinolaringologia.

Os resultados evidenciam que o encaminhamento para o oftalmologista é mais comum entre os oito arranjos organizativos nas três regiões de saúde. Muitos escolares são avaliados, contudo não são encaminhados para o acompanhamento, o que remete a questionamentos referentes ao acesso, a articulação da APS com os demais serviços da rede de atenção à saúde e também a limitação da questão, que não permite avaliar se os encaminhamentos não são realizados porque não há indicação ou porque não se tem um fluxo de encaminhamento definido que garanta o acesso em tempo oportuno de acordo com as necessidades identificadas.

Tabela 85 – Encaminhamentos realizados para os escolares pelas equipes de APS, por tipo de arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE?					
		Oftalmologista		Otorrinolaringologista		Não são realizados encaminhamentos dos escolares avaliados	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	6(66,7)	3(33,3)	2(22,2)	7(77,8)	3(33,3)	6(66,7)
	UBS-ESB	7(77,8)	2(22,2)	7(77,8)	2(22,2)	2(22,2)	7(77,8)
	Posto-ESB	1(100)	-	-	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESB	-	2(100)	-	2(100)	2(100)	-
AG	UBS-ESF	14(66,7)	7(33,3)	5(23,8)	16(76,2)	7(33,3)	14(66,7)
	UBS-ESB	4(66,7)	2(33,3)	-	6(100)	2(33,3)	4(66,7)
	UBS-ESF-ESB	10(83,3)	2(16,7)	2(16,7)	10(83,3)	2(16,7)	10(83,3)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	-	1(100)	-	1(100)	-	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	-	2(50)	2(50)	-	4(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	-	4(100)	-	-	4(100)
	UBS-ESB	8(80)	2(20)	4(40)	6(60)	2(20)	8(80)
	Posto-ESF	1(100)	-	1(100)	-	-	1(100)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	-	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

No contexto brasileiro, historicamente as equipes de saúde bucal realizam trabalhos em escolas, sendo que ainda na atualidade, em alguns municípios brasileiros o consultório odontológico são mantidos em instituições infantis de ensino. No âmbito da saúde bucal, das equipes entrevistadas, na tabela 86 verifica-se

o percentual de equipes que realizam atividades na escola por tipo de arranjo e região de saúde.

Tabela 86 – Frequência de equipes de saúde bucal que atuam em escolas, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?			
		SIM		NÃO	
		n	%	n	%
HV	UBS-ESB	8	100	-	-
	Posto-ESB	1	100	-	-
	Outros-ESB	2	100	-	-
AG	UBS-ESF-ESB	6	85,7	1	14,3
	UBS-ESB	5	71,4	2	28,6
	Policlínica-ESB	1	100	-	-
VC	UBS-ESB	8	80	2	20
	Posto-ESB	2	100	-	-
	Outros-ESB	2	100	-	-

Fonte: elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Os resultados evidenciam que nas três regiões de saúde, as equipes, em sua maioria, realizam atividades em escolas ou creches. Na região AG verifica-se nos arranjos UBS-ESF-ESB e UBS-ESB que 85,7% (6) e 71,4% (5) das equipes, respectivamente, realizam essas atividades.

6.12.3 Discussão

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão se unindo para promover o desenvolvimento pleno desse público. A

articulação entre escola e unidade de saúde é uma relevante demanda da comunidade e tarefa essencial das equipes de atenção primária (BRASIL, 2013a).

Verifica-se entre as equipes avaliadas que há possibilidade de expansão de suas intervenções entre os escolares, contudo a dificuldade de referenciamento após identificação de uma necessidade pode interferir no vínculo entre equipes e instituições ou mesmo no âmbito individual, entre os familiares dos escolares.

Para a subdimensão Programa Saúde na Escola (PSE), o padrão de qualidade define que a equipe de APS atue regularmente na rede pública escolar, acompanhando as condições de saúde dos alunos através da avaliação das condições de saúde.

As ações desenvolvidas nas escolas devem ser referentes à notificação da violência doméstica, sexual e outras violências; mapeamento das situações de risco de acidentes; atividades que aproveitam os equipamentos sociais (ginásio de esportes, centros de convivência, praças, clubes, dentre outros) e interagindo com toda a comunidade local. Além de orientação a jovens e adolescentes quanto à rede pública de apoio ao usuário de álcool, tabaco, crack e outras drogas; comunidade escolar, pais e responsáveis são orientados sobre a importância das relações interpessoais solidárias e cooperativas e a instituição da gestão escolar participativa com inclusão dos estudantes, além da definição de Grupo Intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar. Ou seja, desenvolver ações que reflitam sobre o ambiente escolar, sem depredação do patrimônio público, favorecendo ainda as práticas de alimentação saudável e as práticas corporais, de atividade física e lazer (BRASIL, 2013a).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1995), a promoção da saúde no âmbito escolar deve adotar uma visão integral e multidisciplinar do indivíduo, à medida que devem considerar as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. Para Gonçalves et al., (2008) nem sempre essa visão esteve presente nas práticas pedagógicas desenvolvidas nas escolas.

O Mistério da Saúde e da Educação enfatizam a necessidade de serem realizadas atividades que promovam a saúde no ambiente escolar, proporcionando à população condições necessárias para o controle sobre sua saúde. A educação em saúde configura-se por um conjunto de ações que envolvem os profissionais da área

assistencial e educacional, com o objetivo de promover a saúde dos indivíduos que integram o ambiente escolar (BRASIL, 2013a).

A capacitação de professores por parte da equipe de APS precisa ser ampliada, a fim de que as ações de promoção da saúde e prevenção de doença sejam reforçadas e contínuas, incluindo a identificação precoce pelos professores de fatores de risco e vulnerabilidade e a sinalização para as equipes de atenção primária quanto aos riscos identificados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As subdimensões e seus respectivos padrão de qualidade foram definidos pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos na gestão, coordenação e equipe de atenção primária. Embora a avaliação externa do PMAQ-AB não contemple um módulo para avaliação da gestão, compreende-se que a gestão é corresponsável por parte das condições e oportunidades que permitem a operacionalização de diversos aspectos da unidade de atenção primária incluindo o processo de trabalho de suas equipes.

Os resultados que emergem com esta dissertação permite estabelecer um diagnóstico regional dos arranjos organizativos da APS. Este diagnóstico instrumentaliza a equipe de gestão regional e local quanto ao planejamento de suas ações, tomando as peculiaridades dos territórios onde estão localizadas as unidades de APS e onde atuam as equipes. Apesar de, muitas vezes, as equipes de APS não alcançarem simultaneamente todos os padrões de qualidade definidos para cada um das subdimensões, as equipes participantes do Programa passam a conhecer o parâmetro ou padrão de qualidade, tido como características ideais para a organização da estrutura e do processos de trabalho nas unidades de APS, o que potencializa mudanças e revisão do trabalho das equipes.

Neste trabalho constata-se que o modelo proposto de Estratégia de Saúde da Família está implementado de distintas formas nas regiões de saúde estudadas, assim as diferenças entre os serviços organizados de forma mista ou tradicional são pequenas em termos de organização do processo de trabalho, contudo não é possível afirmar qual arranjo é mais adequado e o que melhor viabiliza os princípios da APS e do SUS, visto que o instrumento utilizado neste estudo não contempla aspectos da avaliação de resultados.

O debate sobre as formas de organização das práticas de saúde tem sido intenso, tanto no âmbito político quanto acadêmico, e assumido dois enfoques principais: o entendimento conceitual da expressão “modelo assistencial” e das diversas terminologias utilizadas e de outro, as características do que poderia ser um novo modelo orientado pelos princípios e diretrizes do SUS. Os resultados desta dissertação permitem considerar que embora os arranjos organizativos sejam distintos, o conjunto de ações do processo de trabalho, bem como a conformação da estrutura física possui similaridades.

A organização da APS está permeada por diferentes atores, além disso faz necessário o uso de tecnologias de cuidados complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas, dos problemas e das necessidades de saúde de maior frequência e relevância de cada realidade local, sob a perspectiva de critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e ética no acolhimento das demandas e, necessidades da população.

Verifica-se a necessidade de desenvolver e implantar mecanismos de fixação de profissionais na APS, visto a fragilidade dos vínculos empregatícios nas regiões de saúde estudada. O princípio da longitudinalidade torna-se exequível a medida que se conformar um conjunto de aspectos que vão desde a fixação de profissionais até a incorporação de tecnologias que permitam a coordenação do cuidado.

A educação permanente perpassa todo o processos de trabalho das equipes de APS, incluindo as de saúde bucal. Destaca-se a fragilidade da organização da assistência em saúde mental nas UBS, bem como da implementação das Práticas Integrativas e Complementares. Identifica-se a necessidade de capacitação profissional e implantação de avaliações de risco e rastreio no contexto da saúde mental, bem como dispositivos de intervenção oportunos para os transtornos de maior prevalência.

No contexto da equipes de saúde bucal, a atenção à saúde é limitada e ainda focada no tratamento de condições já instaladas, torna-se imprescindível ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos, tanto através de ações coletivas quanto individuais, como maior ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais. O presente trabalho reforça a premissa de que um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, já que o universo de atenção à saúde bucal abarca toda ou quase toda a população da área de abrangência, além disso, a formação profissional ainda sob a perspectiva biomédica limita às ações a intervenções pontuais e apenas no âmbito individual.

Considerando as desigualdades sociais, gestores e trabalhadores devem planejar suas ações com base no diagnóstico da situação de saúde da população que assistem, levando em consideração as condições socioepidemiológicas e as necessidades desta população adscrita. O diagnóstico de saúde da população é o

primeiro passo para implementação de medidas efetivas, tanto no nível local quanto em qualquer esfera de governo.

A pesquisa bibliográfica minucioso sobre a organização da APS permitiu identificar fundamentos essenciais a serem considerados na organização e fortalecimento dos serviços de APS.

A preocupação em fortalecer a atenção primária como porta de entrada preferencial para o SUS é evidenciada pelo Ministério da Saúde ao induzir fortemente processos avaliativos. Ressalta-se que a institucionalização da avaliação no SUS é um grandes desafio a ser superado, pois é extremamente importante que esse processo seja contínuo e sistemático, e que seja incentivado como política de estado e não de governo.

O estudo permite identificar desafios na organização dos serviços de APS e na consolidação do cuidado integral em saúde, incluindo os abismos existentes entre equipe e população assistida, ou seja, os mecanismos de participação social precisam ser fortalecidos, é preciso que os usuários dos serviços sejam estimulados a participarem da gestão das unidades e terem voz em todo o sistema de saúde, como iniciativas como o Conselho Local de Saúde. Além disso, estreitar o vínculo entre profissionais e usuários no sentido de que há cogestão do serviço de saúde.

No cenário atual de instabilidades políticas e econômicas no Brasil a organização dos serviços de APS e de todo sistema de saúde pode não avançar na medida das necessidades da população, visto os inúmeros interesses envolvidos, as intervenções que prejudicam o financiamento do setor saúde e uma perspectiva de desvalorização da atenção primária, em um movimento que pode desconstruir o SUS e que tem ganhado cada vez mais espaço. Considerando este contexto, a presente dissertação pode se configurar em marco relevante para que futuramente os serviços de APS sejam reavaliados e possam ser medidos os avanços alcançados. O terceiro ciclo do PMAQ-AB se inicia em 2017, contudo as equipes de APS necessitam de apoio para revisão de seus processos de trabalho, além de interferência da gestão para a organização em esfera macro das Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado.

Por fim, este trabalho potencializa reflexões quanto a resolutividade dos serviços de atenção primária, já que esta resolutividade requer recursos humanos qualificados, estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e

materiais mínimos como definidos nos padrões de qualidade do PMAQ-AB e portanto a organização do sistema de modo que valorize e dê o protagonismo a APS no Brasil. Para que a resolutividade não se limite a concepção teórica de que as unidades de atenção primária são capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde e atender as necessidades dos usuários, sem que haja referenciamento para outros pontos da RAS, faz se necessário investimentos desde a formação de profissionais de saúde, educação permanente e a adequação das unidades de saúde.

Dadas as peculiaridades de cada território e sua respectiva população, é necessário definir arranjos organizacionais e assistenciais heterogêneos de modo que os usuários tenham acesso a uma mesma gama de serviços de qualidade, de acordo com as suas necessidades, sob a premissa da equidade, independente do território em que vivem.

A construção de um SUS de melhor qualidade, integral, resolutivo e voltado às necessidades de saúde da população requer entre outros aspectos, o enfrentamento de desigualdades. Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, é preciso que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e sensíveis, capazes repensar os arranjos organizativos e os modelos assistenciais propostos.

Com esta dissertação pretende-se colaborar para a caracterização da APS no DRS XIII, considerando os benefícios de um sistema de saúde organizado em redes regionalizadas de atenção, contemplando a APS como eixo estruturante, além de suscitar novos estudos, tais como a avaliação de desempenho e resultados das equipes organizadas na perspectiva dos oito diferentes arranjos.

Ao dar centralidade aos diferente modos de organização dos serviços de APS, almeja-se que este trabalho teórico dispare novas reflexões e abra o debate, por meio dos resultados apresentados, acerca dos arranjos e processos organizativos em atenção primária. O presente estudo não esgota as necessidades de busca de subsídios para o aperfeiçoamento da organização e consolidação da APS, mas permite aprofundar o conhecimento sobre os principais aspectos que permeiam a organização da APS, cada uma das subdimensões podem ainda ser detalhadas com a prospecção de projetos específicos de pesquisa.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS⁷

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, Jun. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010444782005000100005>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço público**. In: Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 293-301.

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, p. 82-86, 1993.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Taxa de Cobertura de Planos de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def>. Acesso em: 02 Mai. 2016.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Ago. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800002>>. Acesso em: 09 Jan. 2017.

ALMEIDA, M. C. V.; CEZAR-VAZ, M. R.; FIGUEIREDO, P. P.; CARDOSO, L. S. SANT' ANNA, C. F., BONOW, C. A. Registros em saúde como instrumento no processo de trabalho das equipes de saúde da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá (PR), v. 8, n. 3, p. 305-12, jul./set. 2009.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca da coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015, p.277-303.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In:_____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap.7, p.149-170.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc Behav**, v.36, p. 1-10, 1995.

ARCE, H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality

⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

Standards in health. **Int. J. Qual. Health Care**. SI, v. 10, n. 6, p. 469-472, 1998. Disponível em: <https://oup.silverchaircdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/intqhc/10/6/10.1093/intqhc/10.6.469/2/100469.pdf?>. Acesso em: 02 Mai. 2016.

ARCURY, T. A. et al. The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization among the Residents of a Rural Region. **Health Services Research**, v. 40, n.1, feb., 2005.

ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p.119-124, mar. 2006.

ASSIS, M. M. A.; VILLA T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-82, 2003.

ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-32.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro; 2004. 97 p.

ATUN, R. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004. Disponível em: <www.euro.who.int/document/e82997.pdf>. Acesso em 07 de ago. 2014.

AZEVEDO, R. J. G. **Geoprocessamento na análise da ocupação e uso da terra em áreas de expansão urbana**: estudo de caso da Sub-bacia do Ribeirão dos Pires, Município de Limeira (SP). 2008. 125 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, Dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, Ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800019>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

BARROS, J. B.; FONTENELLE, J. P. O systema de centros de saúde no Rio de Janeiro. **Archivos de Hygiene**, v. 5, n. 1, p. 83-115, 1935.

BARROS, R. S. de et al. Gestão participativa e controle social: o apoio institucional

como estratégia de gestão participativa. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 135-144.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, Nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100008>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2013. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/28/7/692.full.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

BIOGRAFÍAS Y VIDAS 08 AGO 2010. **Iván Illich**. 2010. Disponível em: <<http://www.infobiografias.com/biografia/22000/lv?n-Illich.html>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300002>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, Abr. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000100011>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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**, Brasília, DF, 31 dez.1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação nacional de Saúde. **PACS. Normas e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família**: relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, n. 34, jun. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase na atenção básica**: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniasse_atencao.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004a. Disponível em:

<<http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, out. / dez., 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria **MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**, estabelece a Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 140 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005b, 152 p. (Normas e Manuais Técnicos, Regulação e Saúde, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferencia Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 mar. 2006a, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**: Consolidação do SUS e diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 01 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/>>

docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 01 set. 2016.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília : Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Inter setorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:** Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde:** ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de orientações sobre o Bolsa-Família na saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009e. 36 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas no BRASIL entre 1994 e fevereiro de 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 10 de jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **População cadastrada no Programa Bolsa Família.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/@@search?Subject%3Alist=Minist%C3%A9rio%20do%20>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés.** /

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Guia de Gestão de Processos de Governo**. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br/ferramentas/pasta.2010-0426.1767784009/apresentacao.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.654 de 19 de Julho de 2011**: Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Brasília, 2011d. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 133 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Síntese para Avaliação Externa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS**: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério de Saúde, 2012d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012g. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov>>.

br/ bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.** 2013b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=35&NomeEstado=SAO%20PAULO>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde e municípios:** juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações (PNI):** 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica:** AMAQ. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório descritivo municipal PMAQ-AB.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O que é o E-SUS AB. Brasília, 2016.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família – Equipe de Saúde Bucal.** Brasília, 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes>. Acesso: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose.** Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>>. Acesso: 10 fev. 2017.

BUSNELLO, E.D. **O projeto do sistema de saúde comunitária.** Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 1975.

CACCIA-BAVA, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; HIROOKA, L. B.; CATANANTE, G. V.; PORTO, H. S. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo

para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. cap. 8, p. 307-342.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Parte 1, p.223-241.

CAMERON, A. **Understanding access to medicines in low- and middle-income countries through the use of price and availability indicators**. 2013. 256 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Utrecht University, Utreque, 2013.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, n. 6, p. 131-147, jul./set. 2006. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2\(6\)36](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2(6)36)>. Acesso em: 17 nov. 2016.

CAMPOS, E. R.; LIMA, M. B. B. P. B.; MARTINEZ, M. H. S. L.; MONTICELLI, N. A. M. **Metodologia de Gestão por Processos (GEPRO)**. Campinas: UNICAMP, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: _____. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 53-60.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Paradoxos na construção do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 705-708, Set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300002>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERREIRO, A. PIRES, V. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**.

São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-53.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANESQUI, A.M.; OLIVEIRA, A.M.F. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Org.). **O SUS em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 241-269.

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 279-295, Out. 2014. Número especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, Mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140014>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 140-157, out. 2014. Número especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M. P.; BERK, R. A.; NANDA, J. P.; FRIEDENBERG, L. A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatric**, n. 105, n. 4 Pt. 2, p. 998-1003, abr. 2000. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/womens-and-childrens-health-policy-center/publications/Measuring_consumer_experiences.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, Dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>>. Acesso em: 25 out. 2016.

CASTELLANOS, P. L. Avanços metodológicos em epidemiologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, Campinas. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 201-216.

CECCIM, R. B. **Linha do cuidado**: Regulação da Atenção Cuidadora. Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva, do Centro de Educação Permanente em Saúde. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. 11 p.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>.

Acesso em: 10 jan. 2017.

CECÍLIO L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, set. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CONILL, E. M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300003>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

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, p. S7-S16, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ - IRD, 2007.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. S14-S27, nov. 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500002>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Programa de Avaliação para qualificação do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 23 p.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 263-272.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.70-82.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Rev Bras Educ Med**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

COTTA, R.M.M.et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-286, dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000300010>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CUNHA, A. U. N. **Mapeamento de processos organizacionais da UnB: caso Centro de Documentação da UnB - CEDOC**. 2012. 48 f. Monografia (Especialização) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

CUNHA, C. R. H. **Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional**. 2006. 86 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. S1029-S1042, 2011. Suplemento 1. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dez. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CUNHA, J. Estatísticas não perfilam desassistidos. **Jornal da Cidade**, Bauru, 9 set. 2001, Jornal da Cidade nos Bairros, p. 2.

DIAZ, V. P. **Organizaciones Sanitarias Integradas em Países con Distintos Sistemas de Salud**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2016.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Q.**, v. 44, p.166-203, 1966. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (Org.), vol. I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press., 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. Twenty years of research on quality of medical care. 1965-1984. **Evaluation and the Health Professions**. n. 8, p. S243-S265, 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S159-S172, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300020>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 1, p. 5-10, 2004. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1\(1\)2](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1(1)2)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia (Uberlândia)**, v. 9, n. 16, p. 131-47, jun. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Janine/Downloads/19501-87731-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único**

de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; FONSECA, H. M. S.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Saúde em Debate**, v. 38, p. S13-S33, Out. 2014. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 200. p. 43-67.

FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação de Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H. **Rotas da Atenção Básica no Brasil:** experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 128-132.

FAUSTO, M. C. R.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. **Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção Básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Rio de Janeiro: Mimeo, 2013.

FÁVERO, N. et al. Estudo do encaminhamento dos pacientes a um Hospital Universitário. **O mundo da saúde**, v.20, n.4, p.137-142, 1996.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, Set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 143-60.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A.; SAMICO, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000300013>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Parte 1, p.36-60.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FITTIPALDI, A. L. M. **Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da estratégia de saúde da família de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

FLEURY, S. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000300005>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

FONSECA SOBRINHO, D. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 83-93, out. 2014. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0083.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

FRAGA, C. Introdução ao relatório dos serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Archivos de Hygiene**. v. 2, n. 1, p. 221-224, 1928.

FRANCO, T. B.; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.151-63, 2012.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-33.

GARCIA, D. **A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GARRAFA, V.; MOYSÉS, S. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulg Saúde Debate**. Brasil, v. 13, p. 6-17. 1996.

GÉRVAS, J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. **Gac Sanit Bilbao**, v. 104, p. 93-96, 2009.

GÉRVAS, J. Inteligencia sanitaria y atención primaria. In: V SEMINARIO

INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: DAB, 2010. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/5aps/apresentacoes/juan_gervas.pdf >. Acesso em: 17 mar. 2016.

GILLIES, R. R. et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. **Hospital & Health Services Administration**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 467-489, 1993.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S21-S23, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

GIOVANELA, L.; **Atenção primária à saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/02/9ATEN%pdf> >. Acesso em: 22 mar. 2016.

GIOVANELA, L et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 248-64, abr./jun. 2010. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio.pdf> >. Acesso em: 21 mar. 2015.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 1, p. 101-13, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/203/206>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. S881-S892, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

GONÇALVES, F. D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 181-192, jan./mar. 2008.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M.; GUILHEM, D.; ALVES, E.D.; MARTINS, C.M.F. **Relatório final de pesquisa: análise da relação dos serviços de média**

complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades. Brasília; Universidade de Brasília/Universidade Católica de Brasília/Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<http://nesprom.universidadevirtual.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, out.-dez. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

HEATH, C. **Made to Stick: why some ideas survive and others die.** New York: Handom House, 2007.

HUERTAS, F. **O Método PES:** entrevista com Matus. São Paulo: Fundap, 1996.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320060003000160000000000000>>. Acesso em: 20 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto 2008.** 2008a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/>. Acesso em: 18 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2008.** 2008b Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 18 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010.** 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa Demográfica 2016.** 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA (Brasil). **Estimativas de incidência do câncer no Brasil.** 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

JUNQUEIRA, V. **Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000).** 2 ed. revisada. São Paulo: Pólis / PUC-SP, 2002. 60p. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3)

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n. 5, abr./jun. 2006.

KUMAR, N. Changing geographical access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 2045-2067, 2004.

LAMBERT, E. C. **Modern medical mistakes**. Indiana: University Press, 1978.

LAMY, R. L. R. F. **Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório**. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1/2, p. 2-6, jan./ dez., 1999.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad Saude Familia**, Brasil, v. 1, p. 3-8, 1996.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, Fev. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100036>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

LIMA, J. G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA, L. D. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Org.). **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. p.131-161.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-1380, Jul. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700011>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

LUCENA, A. F.; PASKULIN, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R.

Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, Jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200020>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

LUPPI, C. G.; ANDRADE, M. C.; SIMÕES, O.; PINHO, V. P. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: IBÁÑEZ, N. et al. (Org). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. p. 338-348.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; VIANA, L. S. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S42-S57, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300010>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 252 p.

MACINKO, J. et al. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **Health Services Research**, Bethesda, MD, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, p. 13-20, 2006. Disponível em: <[10.1136/jech.2005.038323](http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323)>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no sistema único de saúde de Belo Horizonte. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 259-267, abr.-jun. 2004.

MANFREDINI, M. Saúde Bucal Coletiva e Cidadania: construção social do campo das práticas e da produção dos sentidos. In: LOPES, M. (Ed.). **Saúde Bucal Coletiva Implementando ideias concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 17-30.

MARRELLI, T. M. Welcome to home care: the health setting of the future. In: _____. (Org.). **Handbook of home health orientation**. Mosby: Sant Louis; 1997. Cap. 2, p.41-90.

MARSIGLIA, R. M. G. et al. **Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação**

da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde do Estado de São Paulo, 2008. 190 p. Relatório CNPQ.

MARX, K. **O Capital**. 14ª ed. São Paulo: Difel; 1994. 1 v.

MATTOS, A. T. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; BARBOSA, D. C. M. Índice de Saúde Aplicado ao Município de Araraquara, SP: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 210-222, Mar. 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100020>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2001. P. 43-68.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ipea, 1993. 142p.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, Set. 2004 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000300012>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MEDINA, M.G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. S69-S82, Out. 2014. Número especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MERHY, E. E. Modelo de atenção à saúde como contrato social. In: XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 9., 2000, Brasília. Resumos. Campinas: UNICAMP, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002a.

MEHRY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. **Rev SUS**. Brasil - vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil. 2002b. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MEHRY, E. E. A rede básica como uma construção de Saúde Pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 197-228.

MEHRY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007B. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>.

Acesso em: 14 mar. 2016.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In:_____. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993. cap. 1, p. 19-85.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 300p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 440 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

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

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2017, 216 p.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, p. S109-S123, Out. 2014. Número especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. 218 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. Cadernos Cefor, 1 – Série textos.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MENDES GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e**

Emancipação. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família.** Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 254 p.

MONTOYA-AGUILAR, C. Hospitals and primary health care. **World Hosp.** v. 17, n. 3, p. 22-25, ago. 1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=MontoyaAguilar%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10252927>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MORAES, J. C.; BARATA, R. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CASTRO, P. C. Cobertura Vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do estado de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud**, v. 8, n. 5, p. 332-341, 2000.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, p. S113-S124, Mai 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500011>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, Set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300005>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A.(Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

MOTA, A.; SILVA, J. A.; SCRAIBER, L. B. **Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão Médica no Brasil.** In: DONNANGELO, M. C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 122-127, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MOURA, B. L. A. et al . Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. S69-S81, Nov. 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

MOYSÉS, S. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 705-34.

MUR-VEEMAN, I. et al. **Comparison and reflection: integrated care in Europe.** Maarssen: Elsevier, 2003.

NARVAI, P.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

NARVAI, P.; FRAZÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. (Ed.). **Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008b. p. 1-20.

NARVAI, P. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Rev Tempus Actas Saúde Coletiva**. Brasília, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1039>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. IN: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-116.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S310-S312, 2004. Suplemento 2.

NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPAO, L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 43-55, Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040266>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, Fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

NOVAES, H. M. **Ações integradas nos sistemas de saúde – SILOS**. São Paulo: Editora Pioneira de Administração e negócios, 1990.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, Dez. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e Extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, p. S158-S164, Set. 2013. Número especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

OLIVEIRA JÚNIOR, J.G. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e**

facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Promoción y educación de La salud escolar, uma perspectiva integral:** marco conceptual y operativo. Washington: OPAS; 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil:** Registro de uma Conquista Histórica. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2006, 67 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. 118 p.

PAIM, J. A. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 21, p. 489-503.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAIM, J. A. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 478 p.

PEREIRA, M. A. T. **Uso de substâncias psicoativas e condições de saúde bucal de adolescentes em conflito com a lei.** 2012. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto.** 2008. 237 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PETERS, D. H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1136, n. 1, p. 161–171, 2008.

PIMENTA, A. L. et al. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.42, p. 102-117, Abr. 2008.

PINHÃO, R. et al. Implementação da comunicação médico-doente via endereço electrónico na consulta de MGF. **Rev.Port. Clin. Geral**, Lisboa, v. 25, p. 634-638, 2009.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. 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**, Rio de Janeiro, v. 38, p. S43-S57, Out. 2014. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2016.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implementação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Ago. 2012. Suplmento. Disponível em: <<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, Jun. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>>. Acesso em: 25 out. 2016.

PONTE, C. A utilização do correio electrónico na comunicação com os utentes da USF Porta do Sol. **Rev. Port.Clin.Geral**, Lisboa, v. 27, p. 274-280, 2011.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 6, n. 382, p. 57-64, 2013.

RAUPP, B. Sistematização de uma metodologia gerencial para Unidades de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde no contexto de uma pesquisa sobre a Cultura Organizacional. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.11, n. 4, p. 421-434, out./dez. 2008. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/136/140>>. Acesso em: 25 out. 2016.

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Obesidade e desnutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf>. Acesso: 20 jan. 2017.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, Y. A. C.; CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. S157-S172, Nov. 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500014>>. Acesso em: 25 out. 2016.

RICO, A.; SALTMAN, R. B.; BOERMA, W. G. W. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. **Soc. Policy Adm.**, v. 37, n. 6, p. 592-608, Dez. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9515.00360/abstract>>. Acesso em: 25 out. 2016.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200010>>. Acesso em: 25 out. 2016.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**. v. 2, n. 1, p. 8-14, 1999.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 28-49.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, Mar. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100018>>. Acesso em: 25 out. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>. Acesso em: 25 out. 2016.

SAKELLARIDES, C. De Alma-Ata a Harry Porter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 2, p. 101-108, 2001.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Cap. 2, p. 15-28.

SAMPAIO, L. F. R. Debate sobre o artigo "Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família". **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. S19-S21, 2008. Suplemento 1.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, Dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600020>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 332 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, E. Novos Marcos Legais do SUS. In: SÃO PAULO (Estado), Secretaria da Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde de. **SUS no Estado de São Paulo: atualizações para os gestores municipais**. São Paulo, P.Books, 2013. 206 p.

SANTOS, M. **O espaço cidadão**. São Paulo: EDUSP, 2002.

SANTOS, N. T. V. **Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e prática**. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Diretrizes e estratégias estaduais para implantação da Norma Operacional de Assistência**: Noas/2001. São Paulo: SES-SP, 2001.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução SS 99 de 04 de outubro de 2011. Institui Comissão Técnica Regional para avaliar as unidades básicas de saúde a serem distinguidas com o Selo de Qualidade “Boas Práticas de Atenção Básica” no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 5 out. 2011, Seção 1. v. 121.

SÃO PAULO, (Estado). Secretaria da Saúde. **Atenção Básica: Avaliação e monitoramento da Atenção Básica no estado de São Paulo**. São Paulo, 2012a. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/atenbasica/>>. Acesso em: 25 out. 2016.

SÃO PAULO, (Estado). Secretaria da Saúde. **Documentos de Planejamento em Saúde: Mapa de Saúde RRAS 13**. São Paulo: 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude>> Acesso em: 20 out. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Cobertura Populacional estimada pela equipes de Atenção Básica por DRS segundo RRAS**. São Paulo, 2012c. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/tabnet.exe?atbasica.def>>. Acesso em: 25 out. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde de. **SUS no Estado de São Paulo: atualizações para os gestores municipais**. São Paulo: PoloBooks, 2013a. 206 p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13)**. São Paulo: DRS XIII, 2013b.

SARTI, T. D. **Avaliação da estratégia saúde da família no Espírito Santo utilizando o instrumento de avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)**. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, Fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100005>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SCHNEIDER, A. L. Pesquisa Avaliativa e melhoria da decisão política: evolução histórica e melhoria da decisão política. In: HEIDERMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Universidade de Brasília, 2009. p. 311-328.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 9-15.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. S94-S108, Out. 2014. Número especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, Nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **J. Fam. Pract.**, v. 50, n. 2, p. 161-75, Fev. 2001. Disponível em: <<http://www.mdedge.com/jfponline/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-429, Jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300014>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America: building organized**

delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local, sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

SIMBORG, D. et al. Information factors affecting problem follow-up in ambulatory care. *Med Care*, n.14, p.848-56, 1976, *apud* STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 725p.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, Dez. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400016>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SOUSA, M. F. **A real idade do PSF.** Conversando com quem faz. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S1325-S1335, Out. 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** Brasil, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S100-S110, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>>. Acesso em: 27 out. 2016.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, n. 1, p. 7-9, 1999.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, p. 7-9, nov. 1999. 1ª reimpressão, mar. 2000.

SOUZA, H. M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Org.). **O SUS em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.

SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C. F. Implementação do Pacto de Gestão do SUS: o caso de um município baiano, 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.4, p. 951-968, out./dez. 2012. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/14431370-Artigo-original-de-tema-livre-implementacao-do-pacto-de-gestao-do-sus-o-caso-de-um-municipio-baiano-2007-2010.html>>. Acesso em: 27 out. 2016.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 533-546, Set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300006>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 177 p.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 725 p.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, Amsterdam, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002. Disponível em:<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, New Jersey, v. 83. p. 457-502, 2005. Disponível em: <10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Acesso em: 27 out. 2016.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva**: uma bibliografia comentada. 1996. 258 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, Dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>>. Acesso em: 27 out. 2016.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modelo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**. 2003; 27(65): 257-277.

TEIXEIRA, S. M. F. **Antecedentes da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1988. 70 p. Programa de Educação Continuada. Texto de Apoio.

TEIXEIRA, C. F.; SA, M. C. Planejamento & Gestão em Saúde: Situação Atual e Perspectivas para a Pesquisa, o Ensino e a Cooperação Técnica na Área. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-103, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101452014>>. Acesso em: 27 out. 2016.

TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. **Cad Saude Publica**, v. 6, n. 3, p. 264-277, 1990.

TESSER, C. D.; NETO POLI, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. S3615-S3624, Nov. 2010. Suplemento 3. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

THE ROCKEFELLER FOUNDATION. **About Us. New York City, United State**. 2017. Disponível em <<https://www.rockefellerfoundation.org/about-us/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

THOMAS, J. R. NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed; 2002. 478 p.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S30-S39, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 12, abr./jun. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

TURRINI, R. N. T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 53, n. 23, p. 6-19, set./dez. 1999.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2891-2900, Dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/>

S0102-311X2008001200018>. Acesso em: 20 jun. 2016.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p.711-724, Set. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, v. 3, p. 17-24, 1991.

WALDMAN, E. A. A Epidemiologia em Medicina. In: LOPES, A. C.; AMATO, N. V. (Ed.). **Tratado de Clínica Médica**. 2 ed. São Paulo: Editora Roca, 2007. 1 v.

WARNER, K. E.; LUCE, B. R. **Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1996. 288 p.

WEYNE, S. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Ed.). **ABOPREV: Promoção de saúde bucal**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 3-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. **Report**. Geneva: 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Primary Health Care. Now more than ever. **The World Health Report 2008**. Geneva, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever. **Report**. Geneva, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences**. WHO; 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A – Figuras com resultados por arranjos organizativos e regiões de saúde

Figura 01 – Grupos populacionais que a equipe oferta ações, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II.13.2 Para quais grupos a equipe oferta ações?																							
		IL_13_2_1 Gestantes		IL_13_2_2 Crianças		IL_13_2_3 Mulheres		IL_13_2_4 Usuários de tabaco		IL_13_2_5 Usuários de álcool e outras drogas		IL_13_2_6 Pessoas com obesidade		IL_13_2_7 Idosos		IL_13_2_8 Escolares		IL_13_2_9 Hipertensão arterial sistêmica		IL_13_2_10 Diabetes mellitus		IL_13_2_11 Asma/DPOC		IL_13_2_12 Outros	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESF	8(80)	2(20)	4(40)	6(60)	10(100)	0	3(30)	7(70)	3(30)	7(70)	4(40)	6(60)	9(90)	1(10)	9(90)	1(10)	10(100)	0	9(90)	1(1)	5(50)	5(50)	4(40)	6(60)
	UBS-ESB	9(100)	0	9(100)	0	9(100)	0	8(88,9)	1(11,11)	9(100)	0	9(100)	0	9(100)	0	9(100)	0	9(100)	0	9(100)	0	9(100)	0	8(88,9)	1(11,11)
	Posto-ESB	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0
AG	UBS-ESF	20(90,9	2(9,1)	16(72,7)	6(27,3)	16(72,7)	6(27,3)	6(27,3)	16(72,7)	5(22,7)	17(77,3)	13(59,1)	9(40,9)	17(77,3)	5(22,7)	16(72,7)	6(27,3)	20(90,9)	2(9,1)	20(90,9)	2(9,1)	7(31,8)	15(68,2)	4(18,2)	18(81,8)
	UBS-ESB	7(100)	0	5(71,4)	2(28,6)	6(85,7	1(14,3)	1(14,3)	6(85,7)	2(28,6)	5(71,4	2(28,6)	5(71,4)	4(57,1)	3(42,9)	3(42,9	4(57,1)	3(42,9)	4(57,1)	2(28,6)	5(71,4)	0	7(100)	0	
	UBS-ESF-ESB	13(92,9	1(7,1)	12(85,7)	2(14,3)	13(92,9)	1(7,1)	6(42,9)	8(57,1)	8(57,1)	6(42,9)	12(85,7)	2(14,3)	12(85,7)	2(14,3)	12(85,7)	2(14,3)	14(100)	0	14(100)	0	9(64,3)	5(35,7)	3(21,4)	11(78,6)
	Posto-ESF	2(50)	2(50)	4(100)	0	4(100)	0	0	4(100)	1(25)	3(75)	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	0	3(75)	1(25)	4(100)	0	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)	4(100)	0	4(100)	0	3(75)	1(25)	4(100)	0	4(100)	0	3(75)	1(25)	4(100)	0
VC	UBS-ESF	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	2(50)	2(50)	0	4(100)
	UBS-ESB	8(80)	2(20)	8(80)	2(20)	9(90)	1(10)	6(60)	4(40)	6(60)	4(40)	7(70)	3(30)	7(70)	3(30)	7(70)	3(30)	10(100)	0	10(100)	0	6(60)	4(40)	6(60)	4(40)
	Posto-ESF	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0
	Posto-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	2(100)	0	2(100)	0	1(50)	1(50)	0	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 2 – Fluxo de agendamento de consultas especializadas a partir de unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

G - II.14.1 Agendamento para consultas especializadas Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis:											
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_14_1_1 A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário		II_14_1_2 A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário		II_14_1_3 A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas		II_14_1_4 O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe		II_14_1_5 O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESF	2(20)	8(80)	7(70)	3(30)	0	10(100)	4(40)	6(60)	1(10)	9(90)
	UBS-ESB	3(33,3)	6(66,7)	7(77,8)	2(22,2)	3(33,3)	6(66,7)	1(11,1)	8(88,9)	0	9(100)
	Posto-ESB	0	1(100)	1(100)		0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	2(100)
AG	UBS-ESF	4(18,2)	18(81,8)	17(77,3)	5(22,7)	2(9,1)	20(90,9)	10(45,6)	12(54,5)	0	22(100)
	UBS-ESB	4(57,1)	3(42,9)	5(71,4)	2(28,6)	0	7(100)	2(28,6)	5(71,4)	0	7(100)
	UBS-ESF-ESB	2(14,3)	12(85,7)	11(78,6)	3(21,4)	4(28,6)	10(71,4)	5(35,7)	9(64,3)	0	14(100)
	Posto-ESF	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)	2(50)	2(50)	0	4(100)
	Policlínica-ESB	0	1(100)	1(100)		0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESF	2(50)	2(50)	4(100)	0	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)	0	4(100)
VC	UBS-ESF	0	2(100)	18(100)	0	7(30,4)	16(69,6)	8(34,8)	15(65,2)	0	23(100)
	UBS-ESB	2(20)	8(80)	7(70)	3(30)	1(10)	9(90)	5(25)	5(25)	0	10(100)
	Posto-ESF	1(100)		0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(50)	0	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	2(100)	1(50)	1(50)	0	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 3 – Exames solicitados pelas equipes de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

		G - II.15.1 Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?															
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_15_1_1 Creatinina	II_15_1_2 Perfil lipídico	II_15_1_3 Eletrocardiograma	II_15_1_4 Ecocardiograma	II_15_1_5 Hemoglobina glicosilada	II_15_1_6 Baciloscopia para tuberculose	II_15_1_7 Radiografia de tórax (tuberculose)	II_15_1_8 Cultura de Micobactérias	II_15_1_9 Teste de Sensibilidade e (Antibiograma)	II_15_1_10 Baciloscopia para hanseníase	II_15_1_11 Mamografia	II_15_1_12 Sorologia para HIV	II_15_1_13 Sorologia para hepatites B e C	II_15_1_14 Sorologia para sífilis (VDRL)	II_15_1_15 Teste rápido HIV	II_15_1_16 Teste rápido sífilis
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	9(90)	10(100)	7(70)	9(90)	9(90)	9(90)	9(90)	9(90)	9(90)	10(100)	10(100)	10(100)	10(100)	8(80)	8(80)
	UBS-ESB	9(100)	9(100)	9(100)	8(88,9)	9(100)	9(100)	9(100)	8(88,9)	7(77,8)	9(100)	9(100)	8(88,9)	8(88,9)	8(88,9)	8(88,9)	6(66,7)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF	22(100)	20(90,9)	22(100)	15(68,2)	22(100)	22(100)	22(100)	21(95,5)	21(95,5)	17(77,3)	21(95,5)	22(100)	22(100)	22(100)	21(95,5)	18(81,8)
	UBS-ESB	7(100)	7(100)	7(100)	5(71,4)	7(100)	7(100)	7(100)	6(85,7)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	5(71,4)	5(71,4)
	UBS-ESF-ESB	14(100)	14(100)	14(100)	7(50)	14(100)	14(100)	14(100)	12(85,7)	14(100)	8(57,1)	14(100)	14(100)	14(100)	14(100)	13(92,9)	12(85,7)
	Posto-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	2(50)	4(100)	4(100)	4(100)	3(75)	3(75)	3(75)	3(75)	4(100)	4(100)	4(100)	3(75)	3(75)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	1(25)	1(25)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	3(75)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	3(75)	3(75)
	UBS-ESB	10(100)	10(100)	10(100)	8(80)	10(100)	10(100)	9(90)	10(100)	10(100)	9(90)	9(90)	10(100)	10(100)	10(100)	9(90)	9(90)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 4 – Procedimentos realizados pelas equipes de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRSXIII, 2014

ET - II.17.2 A equipe de atenção básica realiza:												
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_17_2_1 ET - Drenagem de abscesso	II_17_2_2 ET - Sutura de ferimentos	II_17_2_3 ES - Retirada de pontos	II_17_2_4 ET - Lavagem de ouvido	II_17_2_5 ET - Extração de unha	II_17_2_6 ES - Nebulização /inalação	II_17_2_7 ES - Curativos	II_17_2_8 ES - Medicamentos injetáveis intramusculares	II_17_2_9 ES - Medicamentos injetáveis endovenosos	II_17_2_10 ET - Inserção de DIU	II_17_2_11 Outro(s)
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	7(70)	3(30)	10(100)	5(50)	4(40)	9(90)	10(100)	10(100)	10(100)	1(10)	2(20)
	UBS-ESB	6(66,7)	5(55,5)	9(100)	6(66,7)	4(44,5)	9(100)	9(100)	9(100)	9(100)	3(33,3)	6(66,7)
	Posto-ESB		0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	2(100)	2(100)	0	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	0	0
AG	UBS-ESF	13(59,1)	12(54,5)	20(90,9)	19(86,4)	7(31,8)	11(50)	19(86,4)	19(86,4)	18(81,8)	4(18,2)	6(27,3)
	UBS-ESB	6(85,7)	7(100)	7(100)	4(57,1)	2(28,6)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	6(85,7)	1(14,3)
	UBS-ESF-ESB	11(78,6)	13(92,9)	14(100)	8(57,1)	3(21,4)	14(100)	14(100)	14(100)	14(100)	11(78,6)	5(35,7)
	Posto-ESF	3(75)	3(75)	4(100)	3(75)	2(50)	3(75)	4(100)	4(100)	3(75)	0	2(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0
	Outros-ESF	1(25)	1(25)	4(100)	3(75)	1(25)	1(25)	4(100)	4(100)	3(75)	1(25)	2(50)
VC	UBS-ESF	2(50)	0	4(100)	3(75)	1(25)	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	0	1(25)
	UBS-ESB	6(60)	3(30)	10(100)	7(70)	1(10)	9(90)	10(100)	10(100)	10(100)	7(70)	5(50)
	Posto-ESF	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)	2(100)	1(50)	1(50)	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(50)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 5 – Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal na atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014 (1)

VI_16_5ET A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.										
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	VI_16_5_1 Drenagem de abscesso	VI_16_5_2 Sutura de ferimentos por trauma	VI_16_5_3 Remoção de dentes impactados	VI_16_5_4 Frenectomia	VI_16_5_5 Remoção de cistos	VI_16_5_6 Acesso à polpa dentária	VI_16_5_7 Aplicação tópica de flúor	VI_16_5_8 Exodontia de dente decíduo	VI_16_5_9 Exodontia de dente permanente
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESB	7(87,5)	7(87,5)	2(25)	2(25)	1(12,5)	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)	0	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF-ESB	7(100)	7(100)	0	1(14,3)	0	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)
	UBS-ESB	7(100)	6(85,7)	2(28,6)	1(14,3)	1(14,3)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
VC	UBS-ESB	9(90)	9(90)	4(40)	5(50)	2(20)	9(90)	9(90)	10(100)	9(90)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	1(50)	1(50)	0	0	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 6 – Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal na atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014 (2)

VI_16_5ET A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.										
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	VI_16_5_10 Restauração de amálgama	VI_16_5_11 Restauração de resina composta	VI_16_5_12 Restauração em dente decíduo	VI_16_5_13 Pulpotomia	VI_16_5_14 Raspagem, alisamento e polimento supragengivais.	VI_16_5_15 Tratamento de alveolite	VI_16_5_16 Ulotomia/Ulectomia	VI_16_5_17 Cimentação de prótese	VI_16_5_18 Outro(s)
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESB	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)	8(100)	5(62,5)	7(87,5)	5(62,5)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)
AG	UBS-ESF-ESB	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	3(42,9)
	UBS-ESB	7(100)	7(100)	7(100)	7(100)	6(85,7)	7(100)	5(71,4)	7(100)	4(57,1)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	0
VC	UBS-ESB	8(100)	9(90)	10(100)	8(80)	8(80)	10(100)	7(70)	10(100)	3(30)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	0	2(100)	1(50)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	1(50)	2(100)	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 7 – Ações educativas e de promoção da saúde realizadas pelas equipes de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014 (2)

G - II.26.1 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:														
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_26_2_1 Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)	II_26_2_2 Planejamento familiar	II_26_2_3 Gestantes e puérperas (aleitamento materno)	II_26_2_4 Homens	II_26_2_5 Idosos	II_26_2_6 Alimentação saudável	II_26_2_7 Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	II_26_2_8 Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território	II_26_2_9 Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	II_26_2_10 Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território	II_26_2_11 O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	II_26_2_12 O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos	II_26_2_13 Outro(s)
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	7(77,8)	8(88,9)	7(77,8)	2(22,2)	5(55,6)	3(33,3)	5(55,6)	3(33,3)	5(55,6)	4(44,4)	3(33,3)	0	0
	UBS-ESB	7(77,8)	9(100)	7(77,8)	6(66,7)	7(77,8)	9(100)	9(100)	6(66,7)	7(77,8)	6(66,7)	7(77,8)	4(44,4)	3(33,3)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	0	0
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	0	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	2(100)	2(100)	0	0
AG	UBS-ESF	14(63,6)	16(72,7)	20(90,9)	9(40,9)	16(72,7)	15(68,2)	15(68,2)	7(31,8)	12(54,5)	12(54,5)	10(45,5)	5(22,7)	7(31,8)
	UBS-ESB	2(33,3)	4(66,7)	5(83,3)	1(16,7)	2(33,3)	3(50)	1(16,7)	0	1(16,7)	0	1(16,7)	1(16,7)	1(16,7)
	UBS-ESF-ESB	10(71,4)	14(100)	14(100)	3(21,4)	13(92,9)	13(92,9)	11(78,6)	8(57,1)	10(71,4)	8(57,1)	5(35,7)	3(21,4)	1(7,1)
	Posto-ESF	4(100)	2(50)	2(50)	2(50)	4(100)	4(100)	4(100)	1(25)	4(100)	4(100)	4(100)	0	2(50)
	Policlínica-ESB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outros-ESF	2(50)	3(75)	4(100)	3(75)	4(100)	4(100)	3(75)	3(75)	3(75)	3(75)	4(100)	2(50)	1(25)
VC	UBS-ESF	2(50)	4(100)	4(100)	1(25)	4(100)	4(100)	4(100)	2(50)	4(100)	3(75)	2(50)	1(25)	1(25)
	UBS-ESB	8(80)	5(50)	9(90)	6(60)	10(100)	8(80)	8(80)	5(50)	7(70)	7(70)	4(40)	4(40)	7(70)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	1(50)	0	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0	0	1(50)	1(50)	1(50)	0	1(50)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 8 – Ações desenvolvidas pelas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família às equipes de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014 (1)

NIII.33.17 Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?							
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	NIII_33_17_1 Consultas compartilhadas	NIII_33_17_2 Consultas individuais do profissional do NASF	NIII_33_17_3 Planejamento e avaliação de ações	NIII_33_17_4 Grupos terapêuticos ou de educação em saúde	NIII_33_17_5 Visitas domiciliares	NIII_33_17_6 Intervenções na comunidade
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
AG	UBS-ESF	1(50)	2(100)	1(50)	0	1(50)	0
	UBS-ESB	1(33,3)	3(100)	3(100)	1(33,3)	3(100)	1(33,3)
VC	UBS-ESF	2(50)	4(100)	2(50)	2(50)	3 (75)	3 (75)
	UBS-ESB	1(50)	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	1(50)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 9 – Ações desenvolvidas pelas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família às equipes de atenção primária, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014 (2)

NIII.33.17 Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?								
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	NIII_33_17_7 Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares)	NIII_33_17_8 Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas	NIII_33_17_9 Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF	NIII_33_17_10 Discussão de temas / ações de educação permanente	NIII_33_17_11 Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional	NIII_33_17_12 Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada	NIII_33_17_13 Apoio à organização do processo de trabalho da equipe
		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AG	UBS-ESF	1(50)	1(50)	0	0	0	1(50)	0
	UBS-ESB	3(100)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)
VC	UBS-ESF	3 (75)	2(50)	3 (75)	3 (75)	2(50)	2(50)	3 (75)
	UBS-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 10 – Planejamento da equipe de saúde bucal, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

VI_9_2 A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando :								
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	VI_9_2_1 A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.	VI_9_2_2 As metas para a atenção básica pactuada pelo município	VI_9_2_3 As informações do sistema de informação da atenção básica	VI_9_2_4 As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)	VI_9_2_5 As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)	VI_9_2_6 As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)	VI_9_2_7 Os desafios apontados a partir da autoavaliação
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESB	8(100)	4(50)	8(100)	8(100)	6(75)	6(75)	8(100)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
AG	UBS-ESF-ESB	6(85,7)	7(100)	6(85,7)	6(85,7)	6(85,7)	4(57,1)	6(85,7)
	UBS-ESB	5(71,4)	6(85,7)	7(100)	6(85,7)	5(71,4)	3(42,9)	5(71,4)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	0	0
VC	UBS-ESB	8(80)	5(50)	4(40)	7(70)	8(80)	6(60)	5(50)
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 11 – Origem dos profissionais que realizam apoio matricial, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

Os profissionais que realizam o apoio matricial são:								
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_9_5_1 Do NASF	II_9_5_2 Do CAPS	II Da vigilância em saúde	II_9_5_4 Especialistas da rede	II_9_5_5 Profissionais de outra modalidade de apoio matricial	II_9_5_6 Polo da Academia da Saúde	II_9_5_7 Centro especializado em reabilitação
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	0	0	9(90)	9(90)	7(70)	3(30)	6(60)
	UBS-ESB	0	8(88,9)	9(100)	9(100)	8(88,9)	2(22,2)	8(88,9)
	Posto-ESB	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0
	Outros-ESB	0	2(100)	2(100)	2(100)	2(100)	0	2(100)
AG	UBS-ESF	2(9,1)	4(18,2)	18(81,8)	17(77,3)	12(54,5)	4(18,2)	7(31,8)
	UBS-ESB	0	2(28,6)	3(42,9)	3(42,9)	2(28,6)	0	0
	UBS-ESF-ESB	3(21,4)	7(50)	11(78,6)	11(78,6)	6(42,9)	1(7,1)	3(21,4)
	Posto-ESF	0	1(25)	1(25)	2(50)	3(75)	0	1(25)
	Policlínica-ESB	0	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	1(100)
	Outros-ESF	0	1(25)	4(100)	4(100)	3(75)	2(50)	2(50)
VC	UBS-ESF	4(100)	4(100)	4(100)	4(100)	3(75)	0	3(75)
	UBS-ESB	2(20)	4(40)	9(90)	9(90)	8(80)	3(30)	9(90)
	Posto-ESF	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	0	0
	Posto-ESB	0	1(50)	2(100)	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	0	1(50)	2(100)	2(100)	1(50)	1(50)	1(50)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 12 – Origem dos profissionais que realizam apoio matricial à equipe de saúde bucal, por arranjo organizativo e região de saúde do DRS XIII, 2014

		VI_10_1ET A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?											
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	VI_10_1_1 Sim, do CEO.		VI_10_1_2 Sim, do NASF.		VI_10_1_3 Sim, do CAPS.		VI_10_1_4 Sim, outros centros/policlinicas de especialidades (não CEO)		VI_10_1_5 Sim, outros.		VI_10_1_6 Não	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESB	4(50)	4(50)	1(12,5)	7(87,5)	0	8(100)	2(25)	6(75)	0	8(100)	2(25)	6(75)
	Posto-ESB	1(100)		0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)
AG	UBS-ESF-ESB	7(100)	0	1(14,3)	6(85,7)	1(14,3)	6(85,7)	3(42,9)	4(57,1)	2(28,6)	5(71,4)	0	7(100)
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	1(14,3)	6(85,7)	2(28,6)	5(71,4)	1(14,3)	6(85,7)	3(42,9)	4(57,1)	1(14,3)	6(85,7)
	Policlínica-ESB	1(100)		0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
VC	UBS-ESB	8(80)	2(20)	1(10)	9(90)	0	10(100)	3(30)	7(70)	2(20)	8(80)	0	10(100)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	1(50)	1(50)
	Outros-ESB	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 13 – Ações de educação permanente que as equipes das unidades de atenção básica e saúde bucal participa, por tipo de arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas 7.2 Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa?												
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão	Cursos presenciais	Telessaúde	RUTE – Rede Universitária de Telemedicina	UNASUS	Curso de Educação à Distância	Troca de experiência	Tutorial/preceptoria	A unidade básica como espaço de formação	Outro(s)	Não participa de nenhuma ação de educação permanente
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESF	5(50)	10 (100)	1(10)	0	3(30)	0	5(50)	1(10)	3(30)	0	0
	UBS-ESB	9 (100)	9 (100)	0	1(11,1)	5 (55,6)	0	7(77,8)	2(22,2)	5 (55,6)	4(44,4)	0
	Posto-ESB	1(100)	0	0	0	0	1(100)	1(100)	0	0	0	0
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	0	0	1(50)	0	2(100)	2(100)	2(100)	0	0
AG	UBS-ESF	19 (86,4)	19 (86,4)	2 (9,1)	0	6(27,3)	0	16 (72,7)	4(18,2)	11(50)	1(4,5)	1(4,5)
	UBS-ESB	6(85,7)	7(100)	0	0	2(28,6)	0	5(71,4)	0	3(42,9)	0	0
	UBS-ESF-ESB	14 (100)	13(92,9)	0	0	4(28,6)	0	9(64,3)	3(21,4)	10(71,4)	2(14,3)	0
	Posto-ESF	3(75)	4(100)	1(25)	0	2(50)	0	2(50)	2(50)	1(25)	1(25)	0
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	0	0	0	0	1(100)	0	0	0	0
	Outros-ESF	4(100)	4(100)	1(25)	1(25)	0	0	3(75)	2(50)	3(75)	1(25)	0
VC	UBS-ESF	3(75)	2(50)	0	0	1(25)	0	3(75)	1(25)	1(25)	1(25)	0
	UBS-ESB	9(90)	10(100)	1(10)	1(10)	1(10)	0	7(70)	3(30)	5(50)	0	0
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	0	0	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0
	Posto-ESB	2(100)	2(100)	0	0	1(50)	0	1(50)	1(50)	1(50)	2(100)	0
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	0	0	0	0	2(100)	0	0	0	0
VI_6_1 Qual(is) dessa(s) ação(ões) de educação permanente a equipe de saúde bucal participa? Poderá ser marcada mais de uma opção.												
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
HV	UBS-ESB	5 (62,5)	6(75)	0	0	0	1(12,5)	2(25)	0	0	3(37,5)	1(12,5)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	0	0	0	1(100)	0	0	0	0	0
	Outros-ESB	2(100)	0	0	0	0	0	2(100)	0	0	0	0
AG	UBS-ESF-ESB	7(100)	4(2,9)3	0	0	1(14,3)	2(28,6)	2(28,6)	0	2(28,6)	0	0
	UBS-ESB	5(71,4)	4(51,1)	0	0	0	1(14,3)	0	1(14,3)	2(28,6)	0	0
	Policlínica-ESB	1(100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VC	UBS-ESB	4(40)	4(40)	0	0	0	2(20)	2(20)	1(10)	0	4(40)	3(30)
	Posto-ESB	1(50)	1(50)	0	0	0	0	2(100)	1(50)	1(50)	0	0
	Outros-ESB	2(100)	0	0	0	0	0	0	0	0	1(50)	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 14 – Informações divulgadas aos usuários pelas equipes, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

I.7.1 A(s) equipe(s) divulga(m) para os usuários:															
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_7_1_1 O horário de funcionamento da unidade de saúde		I_7_1_2 A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe		I_7_1_3 A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho		I_7_1_4 Que participa do "Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (PMAQ)"		I_7_1_5 O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, da secretaria estadual ou municipal de saúde		I_7_1_6 Os profissionais da Unidade de Saúde estão com crachás de identificação		I_7_1_7 A equipe não divulga suas ações para os usuários	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESF	5(71,4)	2(28,6)	5(71,4)	2(28,6)	0	7(100)	1(14,3)	6(85,7)	4(57,1)	3(42,9)	3(42,9)	4(57,1)	1(14,3)	6(85,7)
	UBS-ESB	8(100)	0	7(87,5)	1(12,5)	7(87,5)	1(12,5)	3(37,5)	5(62,5)	7(87,5)	1(12,5)	7(87,5)	1(12,5)	0	8(100)
	Posto-ESB	1(100)		0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	1(100)		1(100)		1(100)		0	1(100)	1(100)		1(100)		0	1(100)
AG	UBS-ESF	13(76,5)	4(23,5)	13(76,5)	4(23,5)	11(64,7)	6(35,3)	7(41,2)	10(58,8)	9(52,9)	8(47,1)	11(64,7)	6(35,3)	1(5,9)	16(94,1)
	UBS-ESB	6(85,7)	1(14,3)	4(42,9)	3(57,1)	5(71,4)	2(28,6)	2(28,6)	5(71,4)	6(85,7)	1(14,3)	4(42,9)	3(57,1)	0	7(100)
	UBS-ESF-ESB	5(100)	0	5(100)	0	5(100)	0	5(100)	0	5(100)	0	3(60)	2(40)	0	5(100)
	Posto-ESF	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)	0	4(100)		4(100)	1(25)	3(75)	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	1(100)		1(100)		1(100)		0	1(100)	1(100)		1(100)		0	1(100)
	Outros-ESF	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)	4(100)	0	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	0	4(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	0	4(100)	0	3(75)	1(25)	4(100)	0	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	0	4(100)
	UBS-ESB	8(80)	2(20)	9(90)	1(10)	8(80)	2(20)	8(80)	2(20)	7(70)	3(30)	7(70)	3(30)	0	10(100)
	Posto-ESF	1(100)		1(100)		1(100)		0	1(100)	1(100)		0	1(100)	0	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	0	1(50)	1(50)	2(100)	0	0	2(100)	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	1(50)	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(50)	0	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 15 – Características estruturais das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014(1)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Qual (is) ambiente (s) existe (m) na unidade?												
		I_10_1_1 Sanitário para os usuários	I_10_1_2 Sanitário para pessoa com deficiência	I_10_1_3 Banheiro para funcionários	I_10_1_4 Vestúário para funcionário	I_10_1_5 Sala de recepção e espera.	I_10_1_5_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_5_1 O ambiente é principal?	I_10_1_6 Sala de acolhimento multiprofissional	I_10_1_6_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_6_1 O ambiente é principal?	I_10_1_7 Sala de vacina	I_10_1_7_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_7_1 O ambiente é principal?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	7(100)	1(14,3)	7(100)	0	7(100)	0	0	3(42,9)	2(66,7)	1(50)	3(42,9)	0	0
	UBS-ESB	8(100)	6(75)	8(100)	1(12,5)	8(100)	0	0	7(87,5)	3(42,9)	3(100)	8(100)	0	0
	Posto-ESB	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	0	0	0
	Outros-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0
AG	UBS-ESF	17(100)	7(41,2)	17(100)	6(35,3)	17(100)	1(5,9)	0	12(70,6)	6(50)	4(66,7)	5(29,4)	0	0
	UBS-ESB	7(100)	5(71,4)	7(100)	5(71,4)	7(100)	1(14,3)	0	6(85,7)	1(16,7)	0	6(85,7)	0	0
	UBS-ESF-ESB	5(100)	5(100)	5(100)	4(80)	5(100)	1(20)	1(100)	4(80)	1(25)	0	4(80)	0	0
	Posto-ESF	4(100)	0	4(100)		4(100)	1(25)	1(100)	3(75)	2(66,7)		2(50)	1(50)	
	Policlínica-ESB	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0
	Outros-ESF	4(100)	1(25)	4(100)	1(25)	4(100)	1(25)	1(100)	4(100)	1(25)	1(100)	1(25)	0	0
VC	UBS-ESF	4(100)	3(75)	4(100)	0	4(100)	0	0	3(75)	2(66,7)	1(50)	3(75)	0	0
	UBS-ESB	10(100)	5(50)	10(100)	1(10)	9(90)	1(11,1)	0	10(100)	6(60)	4(66,7)	7(70)	2(28,6)	0
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0
	Posto-ESB	2(100)	1(50)	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)	1(50)	0	1(50)	0	0
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)	1(50)	1(100)	1(50)	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 16 – Características estruturais das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014(2)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_10_1_14 Existe consultório para médico?	I_10_1_14_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_14_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_15 Existe consultório para consultório de enfermeiro?	I.10.1.15/1 O ambiente é compartilhado com outro?	I.10.1.15/1/1 É o ambiente principal?	I_10_1_17 Consultório(s) com sanitário anexo
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	7(100)	1(14,3)	1(100)	4(57,1)	2(50)	1(50)	3(42,9)
	UBS-ESB	7(87,5)	1(14,3)	1(100)	7(87,5)	2(28,6)	2(100)	8(100)
	Posto-ESB	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	1(100)	0	0	1(100)	0	0	1(100)
AG	UBS-ESF	17(100)	2(11,8)	1(50)	15(88,2)	8(53,3)	6(75)	14(82,35)
	UBS-ESB	7(100)	1(14,3)	1(100)	6(85,7)	1(16,7)	1(100)	4(57,1)
	UBS-ESF-ESB	5(100)	0	0	5(100)	2(40)	2(100)	4(80)
	Posto-ESF	4(100)	2(50)	2(100)	3(75)	2(66,7)	1(50)	4(100)
	Policlínica-ESB	1(100)	0	0	0	0	0	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	0	0	4(100)	2(50)	1(50)	4(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	0	0	4(100)	3(75)	3(100)	4(100)
	UBS-ESB	9(90)	1(11,1)	1(100)	8(80)	1(12,5)	1(100)	7(70)
	Posto-ESF	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	0	0	0	0	0	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	0	1(50)	0	0	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 17 – Características estruturais das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014 (3)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_10_1_18 Sala de inalação	I_10_1_18_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_18_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_19 Sala de procedimentos	I_10_1_19_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_19_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_20 Sala de Coleta	I_10_1_20_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_20_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_21 Sala de curativo	I_10_1_21_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_21_1_1 É o ambiente principal?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	6(85,7)	1(16,7)	0	5(71,4)	3(60)	2(66,7)	4(57,1)	3(75)	2(66,7)	7(100)	2(28,6)	1(50)
	UBS-ESB	8(100)	4(50)	1(25)	8(100)	5(62,5)	3(60)	7(87,5)	4(57,1)	1(25)	8(100)	5(62,5)	3(60)
	Posto-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	0	0	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0
AG	UBS-ESF	7(41,2)	1(14,3)	1(100)	14(82,4)	9(64,3)	6(66,7)	8(47,1)	6(75)	2(33,3)	14(82,4)	8(57,1)	3(37,5)
	UBS-ESB	7(100)	2(28,6)	1(50)	6(85,7)	2(33,3)	1(50)	7(100)	3(42,9)	0	7(100)	1(14,3)	1(100)
	UBS-ESF-ESB	5(100)	1(20)	1(100)	5(100)	1(20)	1(100)	2(40)	1(50)	0	3(60)	0	0
	Posto-ESF	3(75)	3(100)	1(33,3)	2(50)	2(100)	1(50)	0	0	0	3(75)	2(66,7)	1(50)
	Policlínica-ESB	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	0	0
	Outros-ESF	2(50)	1(50)	0	2(50)	1(50)	1(100)	2(50)	1(50)	0	2(50)	2(100)	2(100)
VC	UBS-ESF	4(100)	3(75)	2(66,7)	4(100)	2(50)	2(100)	3(75)	2(66,7)	0	4(100)	1(25)	0
	UBS-ESB	7(70)	2(28,6)	2(100)	8(80)	7(87,5)	3(42,9)	6(60)	5(83,3)	2(40)	9(90)	6(66,7)	1(16,7)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0
	Posto-ESB	1(50)	0	0	2(100)	1(50)	0	2(100)	1(50)	0	2(100)	1(50)	0
	Outros-ESB	1(50)	1(100)	0	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	2(100)	1(50)	2(100)	2(100)	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 18 – Características estruturais das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014(4)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_10_1_22 Sala de observação (curta duração)	I_10_1_22_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_22_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_23 Banheiro da sala de observação	I_10_1_24 Sala de utilidades	I_10_1_24_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_24_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_25 Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado	I_10_1_25_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_25_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_26 Sala de Administração e gerência.	I_10_1_26_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_26_1_1 É o ambiente principal?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	5(71,4)	2(40)	0	1(20)	2(28,6)	1(50)	0	3(42,9)	1(33,3)	1(100)	2(28,6)	1(50)	1(100)
	UBS-ESB	8(100)	6(75)	0	0	2(25)	1(50)	1(100)	5(62,5)	1(20)	0	3(37,5)	1(33,3)	1(100)
	Posto-ESB	0	0	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	0
	Outros-ESB	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	0	0	0
AG	UBS-ESF	9(52,9)	6(66,7)	1(16,7)	3(33,3)	8(47,1)	2(25)	0	6(35,3)	0	0	9(52,9)	2(22,2)	1(50)
	UBS-ESB	6(85,7)	2(33,3)	1(50)	0	5(71,4)	0	0	6(85,7)	0	0	6(85,7)	0	0
	UBS-ESF-ESB	4(80)	4(100)	2(50)	1(25)	4(80)	2(50)	1(50)	4(80)	1(25)	1(100)	4(80)	0	0
	Posto-ESF	2(50)	1(50)	0	0	3(75)	1(33,3)	1(100)	1(25)	1(100)	1(100)	0	0	0
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	0	0	0	0	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	1(100)
	Outros-ESF	1(25)	1(100)	0	0	3(75)	1(33,3)	0	1(25)	0	0	1(25)	0	0
VC	UBS-ESF	2(50)	2(100)	0	0	2(50)	1(50)	0	3(75)	0	0	1(25)	0	0
	UBS-ESB	9(90)	8(88,9)	0	1(11,1)	6(60)	2(33,3)	0	6(60)	1(16,7)	1(100)	7(70)	4(57,1)	1(25)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0
	Posto-ESB	2(100)	1(50)	0	1(50)	2(100)	1(50)	0	1(50)	0	0	0	0	0
	Outros-ESB	2(100)	2(100)	0	0	0	0	0	1(50)	1(100)	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 19 – Características estruturais das unidades de atenção primária, por arranjos organizativos em regiões de saúde do DRS XIII, 2014(5)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_10_1_27 Sala de atividades coletivas.	I_10_1_27_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_27_1 O ambiente é principal?	I_10_1_28 Sala de agentes (ACS/ACE)	I_10_1_28_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_28_1 O ambiente é principal?	I_10_1_29 Almoxarifado.	I_10_1_29_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_29_1 O ambiente é principal?	I_10_1_30 Copa.	I_10_1_30_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_30_1 O ambiente é principal?	I_10_1_31 Depósito de material de limpeza (DML)	I_10_1_31_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_31_1 O ambiente é principal?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	5(71,4)	2(100)	0	6(85,7)	4(66,7)	3(75)	3(42,9)	1(33,3)	0	6(85,7)	0	0	4(57,1)	0	0
	UBS-ESB	6(75)	3(50)	1(33,3)	8(100)	4(50)	3(75)	8(100)	1(12,5)	1(100)	8(100)	0	0	8(100)	4(50)	0
	Posto-ESB	0	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0
	Outros-ESB	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	0
AG	UBS-ESF	10(58,8)	3(30)	2(66,7)	15(88,2)	3(20)	3(100)	9(52,9)	1(11,1)	1(100)	16(94,1)	0	0	13(76,5)	2(15,4)	1(50)
	UBS-ESB	5(71,4)	4(80)	3(75)	4(57,1)	1(25)	1(100)	5(71,4)	0	0	7(100)	0	0	6(85,7)	1(16,7)	1(100)
	UBS-ESF-ESB	3(60)	3(100)	2(66,7)	4(80)	1(25)	0	4(80)	1(25)	1(100)	5(100)	0	0	4(80)	0	0
	Posto-ESF	1(25)	1(100)		3(75)	2(66,7)	2(100)	2(50)	1(50)		3(75)	1(33,3)	1(100)	3(75)	1(33,3)	1(100)
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	0	0	0	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	0
	Outros-ESF	2(50)	1(50)	0	4(100)	1(25)	1(100)	2(50)	1(50)	0	4(100)	1(25)	1(100)	3(75)	3(100)	3(100)
VC	UBS-ESF	2(50)	1(50)	1(100)	4(100)	1(25)	1(100)	2(50)	0	0	4(100)	0	0	2(50)	0	0
	UBS-ESB	10(100)	7(70)	1(14,3)	10(100)	6(60)	5(83,3)	3(30)	1(33,3)	1(100)	9(90)	2(22,2)	1(50)	6(60)	2(33,3)	1(50)
	Posto-ESF	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	0	0	0	1(100)	0	0	1(100)	0	0
	Posto-ESB	2(100)	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(100)	1(50)	0	0	2(100)	0	0	2(100)	0	0
	Outros-ESB	0	0	0	2(100)	0	0	1(50)	0	0	2(100)	1(50)	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 20 – Características estruturais das unidades de atenção primária, por arranjos, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014(6)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_10_1_32 Sala de armazenam ento temporário de resíduos.	I_10_1_32_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_32_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_33 Abrigo externo de resíduos sólidos.	I_10_1_33_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_33_1_1 É o ambiente principal?	I_10_1_34 Rouparia (roupa limpa)	I_10_1_34_1 O ambiente é compartilhado com outro?	I_10_1_34_1_1 É o ambiente principal?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	1(14,3)	1(100)	0	3(42,9)	1(33,3)	0	0	0	0
	UBS-ESB	4(50)	1(25)	1(100)	7(87,5)	1(14,3)	0	1(12,5)	1(100)	0
	Posto-ESB	0	0	0	1(100)	0	0	0	0	0
	Outros-ESB	0	0	0	1(100)	0	0	0	0	0
AG	UBS-ESF	5(29,4)	1(20)	0	14(82,4)	1(7,1)	1(100)	3(17,6)	0	0
	UBS-ESB	3(42,9)	0	0	7(100)	0	0	2(28,6)	2(100)	0
	UBS-ESF-ESB	3(60)	0	0	5(100)	0	0	2(40)	1(50)	0
	Posto-ESF	2(50)	1(50)	0	2(50)	0	0	0	0	0
	Policlínica-ESB	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)	0	0	0	0
	Outros-ESF	2(50)	0	0	4(100)	0	0	0	0	0
VC	UBS-ESF	1(25)	0	0	4(100)	0	0	1(25)	0	0
	UBS-ESB	3(30)	1(33,3)	0	7(70)	0	0	0	0	0
	Posto-ESF	1(100)	0	0	1(100)	0	0	0	0	0
	Posto-ESB	2(100)	0	0	1(50)	0	0	1(50)	0	0
	Outros-ESB	0	0	0	1(50)	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 21 – Características estruturais de farmácia em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, 2014

		I.10.1.8 Sobre os ambientes da Farmácia:								
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_10_1_9_1	I_10_1_9_1	I_10_1_9_1	I_10_1_10_1	I_10_1_10_1	I_10_1_10_1	I_10_1_11_1	I_10_1_11_1	I_10_1_11_1
		Área de fracionamento	O ambiente é compartilhado com outro?	É o ambiente principal?	Sala de seguimento farmacoterapêutico.	O ambiente é compartilhado com outro?	É o ambiente principal?	Sala de estocagem de medicamentos.	O ambiente é compartilhado com outro?	É o ambiente principal?
		SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)	SIM n(%)
HV	UBS-ESF	1(14,3)	0	0	0	0	0	2(28,6)	2(100)	0
	UBS-ESB	0	0	0	1(12,5)	1(100)	0	4(50)	4(100)	1(25)
	Posto-ESB	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outros-ESB	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AG	UBS-ESF	4(23,5)	3(75)	1(33,3)	3(17,6)	2(66,7)	1(50)	4(23,5)	1(25)	0
	UBS-ESB	2(28,6)	1(50)	0	4(57,1)	1(25)	0	6(85,7)	3(50)	0
	UBS-ESF-ESB	1(20)	0	0	3(60)	2(66,7)	1(50)	4(80)	2(50)	1(50)
	Posto-ESF	0	0	0	0	0	0	1(25)	1(100)	0
	Policlínica-ESB	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outros-ESF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VC	UBS-ESF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	UBS-ESB	0	0	0	2(20)	1(50)	1(100)	4(40)	3(75)	0
	Posto-ESF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Posto-ESB	0	0	0	0	0	0	1(50)	0	0
	Outros-ESB	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 22 – Equipamentos e tecnologias da informação em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	Número de Equipes avaliadas	L_10_1_14_3 Quantidade de consultórios médicos com computador?		L_10_1_14_4 Número de consultórios médicos com computadores conectados à internet		L_10_1_15_3 Quantidade de consultórios de enfermeiro com computador?		L_10_1_15_4 Número de consultórios de enfermeiro com computadores conectados à internet		L_10_1_16_3 Quantidade de consultórios de odontologia com computador?		L_10_1_16_4 Número de consultórios de odontologia com computadores conectados à internet		L_11_10 Número de ambientes com computadores conectados à internet (recepção, farmácia, gerência, sala de acolhimento, sala de observação, imunização, sala de procedimentos)	
			QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*	QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*	QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*	QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*	QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*	QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*	QUANTIDADE	NÃO SE APLICA*
			n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)
HV	UBS-ESF	7	2	0	2	0	4	3(42,9)	4	3(42,9)	0	5(71,4)	0	5(71,4)	18	0
	UBS-ESB	8	4	1(12,5)	3	1(12,5)	6	1(12,5)	6	1(12,5)	1	0	1	0	21	1(12,5)
	Posto-ESB	1	1		1		1		1		0		0		2	
	Outros-ESB	1	0		0		0		0		0		0		3	
AG	UBS-ESF	17	31	0	28	0	11	2(11,8)	11	2(11,8)	4	11(64,7)	4	11(64,7)	62	2(11,8)
	UBS-ESB	7	35	0	18	0	7	1(14,3)	6	1(14,3)	7	0	2	0	45	0
	UBS-ESF-ESB	5	20	0	16	0	13	0	9	0	7	0	6	0	59	0
	Posto-ESF	4	3		3		4	1(25)	4	1(25)		3(75)		3(75)	9	1(25)
	Policlínica-ESB	1	5		5		0	1(100)	0	1(100)	1		1		13	
	Outros-ESF	4	12	0	6	0	3	0	3	0	1	1(25)	1	1(25)	25	1(25)
VC	UBS-ESF	4	4	0	3	0	3	0	3	0	1	3(75)	0	3(75)	19	0
	UBS-ESB	10	15	1(10)	15	1(10)	6	2(20)	6	2(20)	1	3(30)	1	3(30)	45	0
	Posto-ESF	1	0		0		0		0		0		0		3	
	Posto-ESB	2	1	0	1	0	0	2(100)	0	2(100)	1	0	1	0	9	0
	Outros-ESB	2	1	0	0	0	1	1(50)	1	1(50)	1	0	1	0	7	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 23 – Equipamentos e materiais disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014 (1)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_12_1 Microscópio.			I_12_1_1	I_12_2	I_12_2_1	I_12_2_10	I_12_2_1_1	I_12_3	I_12_3_1
					Quantos em condições de uso?	Aparelho de pressão adulto.	Quantos em condições de uso?	Aparelho de pressão infantil.	Quantos em condições de uso?	Aparelho de nebulização.	Quantos em condições de uso?
		SIM	NÃO	Não é área endêmica de malária	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade
		n(%)	n(%)	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESF	0	1(14,3)	6(85,7)		7(100)	24	5(71,4)	6	5(71,4)	29
	UBS-ESB	0	1(12,5)	7(87,5)		8(100)	38	8(100)	10	5(62,5)	13
	Posto-ESB	0	1(100)			1(100)	3	1(100)	1	0	
	Outros-ESB	0		1(100)		1(100)	3	1(100)	1	1(100)	2
AG	UBS-ESF	2(11,8)	9(52,9)	6(35,3)	2	17(100)	95	13(76,5)	27	5(29,4)	37
	UBS-ESB	0	5(71,4)	2(28,6)		7(100)	50	7(100)	14	5(71,4)	38
	UBS-ESF-ESB	0	4(80)	1(20)		5(100)	75	5(100)	21	5(100)	38
	Posto-ESF	1(25)	2(50)	1(25)	1	4(100)	23	4(100)	10	1(25)	4
	Policlínica-ESB	0	1(100)			1(100)	6	1(100)	2	1(100)	5
	Outros-ESF	1(25)	1(25)	2(50)	1	4(100)	38	2(50)	15	1(25)	2
VC	UBS-ESF	0	1(25)	3(75)		4(100)	12	4(100)	4	4(100)	12
	UBS-ESB	2(20)	1(10)	7(70)	2	10(100)	37	9(90)	9	5(50)	9
	Posto-ESF	0	1(100)			1(100)	3	1(100)	3	1(100)	1
	Posto-ESB	0	1(50)	1(50)		2(100)	12	2(100)	2	1(50)	1
	Outros-ESB	0	0	2(100)		2(100)	5	1(50)	2	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 24 – Equipamentos e materiais disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014 (2)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_12_4 Saída de ar comprimido ou Oxigênio.	I_12_4_1 Quantos em condições de uso?	I_12_5 Balança antropométrica de 150 kg.	I_12_5_1 Quantos em condições de uso?	I_12_6 Balança antropométrica de 200kg.	I_12_6_1 Quantos em condições de uso?	I_12_7 Balança infantil.	I_12_7_1 Quantos em condições de uso?	I_12_8 Régua antropométrica.	I_12_8_1 Quantos em condições de uso?
		SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade
		n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESF	5(71,4)	26	3(42,9)	3	6(85,7)	10	6(85,7)	6	6(85,7)	9
	UBS-ESB	7(87,5)	19	6(75)	15	6(75)	10	8(100)	10	8(100)	10
	Posto-ESB	1(100)	4	1(100)	1	0		1(100)	1	1(100)	1
	Outros-ESB	1(100)	2	1(100)	1	0		1(100)	1	1(100)	1
AG	UBS-ESF	8(47,1)	28	15(88,2)	28	6(35,3)	7	16(94,1)	25	16(94,1)	44
	UBS-ESB	7(100)	33	7(100)	16	4(57,1)	8	7(100)	9	7(100)	17
	UBS-ESF-ESB	5(100)	28	4(80)	18	3(60)	7	5(100)	18	5(100)	28
	Posto-ESF	3(75)	10	3(75)	3	3(75)	3	4(100)	5	4(100)	8
	Policlínica-ESB	1(100)	6	1(100)	2	0		1(100)	1	1(100)	2
	Outros-ESF	2(50)	5	3(75)	6	2(50)	2	4(100)	6	4(100)	7
VC	UBS-ESF	2(50)	2	4(100)	6	3(75)	4	4(100)	4	4(100)	7
	UBS-ESB	8(80)	34	8(80)	10	5(50)	6	10(100)	11	10(100)	19
	Posto-ESF	1(100)	4	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1
	Posto-ESB	2(100)	7	1(50)	1	1(50)	3	2(100)	4	2(100)	6
	Outros-ESB	1(50)	4	2(100)	2	0	0	2(100)	2	2(100)	2

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 25 – Equipamentos e materiais disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014 (3)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_12_9 Estetoscópio o adulto.	I_12_9_1 Quantos em condições de uso?	I_12_9_10 Estetoscópio o infantil.	I_12_9_1_1 Quantos em condições de uso?	I_12_10 Foco de luz para exame ginecológico.	I_12_10_1 Quantos em condições de uso?	I_12_11 Geladeira exclusiva para vacina.	I_12_11_1 Quantos em condições de uso?	I_12_12 Geladeira para farmácia.	I_12_12_1 Quantos em condições de uso?
		SIM n(%)	Quantidade n	SIM n(%)	Quantidade n	SIM n(%)	Quantidade n	SIM n(%)	Quantidade n	SIM n(%)	Quantidade n
HV	UBS-ESF	7(100)	38	3(42,9)	5	7(100)	10	3(42,9)	5	1(14,3)	0
	UBS-ESB	8(100)	45	7(87,5)	9	8(100)	8	8(100)	12	3(37,5)	3
	Posto-ESB	1(100)	3	1(100)	1	1(100)	3	0		0	
	Outros-ESB	1(100)	3	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1	0	
AG	UBS-ESF	17(100)	122	11(64,7)	22	17(100)	27	5(29,4)	9	4(23,5)	4
	UBS-ESB	7(100)	51	7(100)	15	7(100)	11	6(85,7)	12	6(85,7)	6
	UBS-ESF-ESB	5(100)	54	5(100)	25	5(100)	17	4(80)	7	4(80)	4
	Posto-ESF	4(100)	16	2(50)	4	3(75)	4	2(50)	2		
	Policlínica-ESB	1(100)	11	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	2	1(100)	1
	Outros-ESF	3(75)	34	2(50)	3	4(100)	7	1(25)	1	1(25)	1
VC	UBS-ESF	4(100)	11	3(75)	3	4(100)	6	3(75)	6	0	0
	UBS-ESB	10(100)	36	9(90)	11	10(100)	17	7(70)	11	5(50)	5
	Posto-ESF	1(100)	3	1(100)	0	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1
	Posto-ESB	2(100)	11	2(100)	2	2(100)	5	1(50)	2	1(50)	1
	Outros-ESB	2(100)	11	2(100)	2	2(100)	3	1(50)	2	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 26 – Equipamentos e materiais disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, 2014(4)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_12_13 Glicosímetro	I_12_13_1 Quantos em condições de uso?	I_12_14 Mesa para exame ginecológico com perneira.	I_12_14_1 Quantos em condições de uso?	I_12_15 Mesa para exame clínico.	I_12_15_1 Quantos em condições de uso?	I_12_16 Oftalmoscópio	I_12_16_1 Quantos em condições de uso?	I_12_17 Sonar	I_12_17_1Q Quantos em condições de uso?	I_12_18 Termômetro clínico.	I_12_18_1 Quantos em condições de uso?	I_12_19 Suporte de soro.	I_12_19_1 Quantos em condições de uso?
		SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade
		n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESF	7(100)	12	7(100)	10	7(100)	32	2(28,6)	5	7(100)	7	6(85,7)	17	7(100)	19
	UBS-ESB	8(100)	24	8(100)	9	8(100)	24	4(50)	4	8(100)	10	8(100)	33	8(100)	13
	Posto-ESB	1(100)	3	1(100)	1	1(100)	2	1(100)	2	1(100)	2	1(100)	3	1(100)	2
	Outros-ESB	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	4	0		1(100)	2	1(100)	4	1(100)	3
AG	UBS-ESF	17(100)	38	17(100)	28	17(100)	71	6(35,3)	7	17(100)	25	17(100)	68	15(88,2)	34
	UBS-ESB	7(100)	12	7(100)	10	7(100)	43	2(28,6)	1	7(100)	10	7(100)	42	7(100)	48
	UBS-ESF-ESB	5(100)	21	5(100)	12	4(80)	25	1(20)	0	5(100)	10	5(100)	38	5(100)	29
	Posto-ESF	4(100)	9	4(100)	4	4(100)	13	3(75)	6	3(75)	2	4(100)	18	3(75)	6
	Policlínica-ESB	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	5	0		1(100)	2	1(100)	3	1(100)	5
	Outros-ESF	4(100)	8	4(100)	8	4(100)	15	2(50)	2	3(75)	6	4(100)	16	3(75)	11
VC	UBS-ESF	4(100)	8	4(100)	4	4(100)	19	1(25)	2	3(75)	4	4(100)	8	4(100)	17
	UBS-ESB	10(100)	17	10(100)	10	10(100)	41	3(30)	5	7(70)	8	10(100)	32	9(90)	18
	Posto-ESF	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	8	0		1(100)	1	1(100)	4	1(100)	2
	Posto-ESB	2(100)	6	2(100)	4	2(100)	11	1(50)	1	2(100)	5	2(100)	5	2(100)	7
	Outros-ESB	2(100)	4	2(100)	2	2(100)	8	0	0	2(100)	2	2(100)	9	2(100)	4

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 27 – Equipamentos e materiais disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014 (5)

Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	I_12_20 Otoscópio	I_12_20_1 Quantos em condições de uso?	I_12_21 Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)	I_12_21_1 Quantos em condições de uso?	I_12_22 Pinard	I_12_22_1 Quantos em condições de uso?	I_12_23 Lanterna clínica.	I_12_23_1 Quantos em condições de uso?	I_12_24 Termômetro de cabo extensor	I_12_24_1 Quantos em condições de uso?
		SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade	SIM	Quantidade
		n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESF	7(100)	14	0	x	2(28,6)	2	1(14,3)	5	1(14,3)	4
	UBS-ESB	8(100)	19	0	0	4(50)	5	8(100)	21	7(87,5)	18
	Posto-ESB	1(100)	1	0		0		1(100)	2	0	
	Outros-ESB	1(100)	2	0		0		0		0	
AG	UBS-ESF	17(100)	33	6(35,3)	7	10(58,8)	13	17	28	4(23,5)	7
	UBS-ESB	7(100)	18	3(42,9)	3	4(57,1)	4	6(85,7)	12	5(71,4)	10
	UBS-ESF-ESB	5(100)	17	4(80)	4	3(60)	10	5(100)	13	4(80)	17
	Posto-ESF	4(100)	6	1(25)	1	1(25)	1	1(25)	1	1(25)	3
	Policlínica-ESB	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1
	Outros-ESF	4(100)	9	2(50)	4	4(100)	7	4(100)	14	1(25)	3
VC	UBS-ESF	4(100)	10	0	0	2(50)	2	2(50)	6	2(50)	2
	UBS-ESB	8(80)	19	1(10)	1	6(60)	6	5(50)	8	6(60)	9
	Posto-ESF	1(100)	2	0		1(100)	1	0		1(100)	1
	Posto-ESB	2(100)	4	1(50)	1	1(50)	1	0	0	1(50)	5
	Outros-ESB	2(100)	4	0	0	2(100)	2	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 28 – Equipamentos e materiais odontológicos disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo em regiões de saúde do DRS XIII, 2014 (1)

Região de Saúde	Tipo de arranjo	V.7 Equipamentos									
		V_7_1	V_7_1_1	V_7_2	V_7_2_1	V_7_3	V_7_3_1	V_7_4	V_7_4_1	V_7_5	V_7_5_1
		Amalgamador	Quantos em condições de uso?	Aparelho de rx odontológico	Quantos em condições de uso?	Ar-condicionado	Quantos em condições de uso?	Autoclave	Quantos em condições de uso?	Avental de chumbo	Quantos em condições de uso?
		SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE
		n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESB	7(100)	7	5(71,4)	5	0	0	3(42,9)	3	4(57,1)	5
	Posto-ESB	1(100)	1	0	0	1(100)	1	1(100)	1	0	0
	Outros-ESB	1(100)	1	1(100)	1	0	0	1(100)	1	1(100)	1
AG	UBS-ESF-ESB	5(100)	5	5(100)	5	5(100)	7	3(60)	2	5(100)	5
	UBS-ESB	7(100)	8	7(100)	7	7(100)	14	4(57,1)	5	6(85,7)	6
	Policlínica-ESB	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	1	0	0	1(100)	1
VC	UBS-ESB	9(90)	10	3(30)	3	1(10)	1	5(50)	6	2(20)	2
	Posto-ESB	2(100)	2	1(50)	1	0	0	2(100)	2	1(50)	1
	Outros-ESB	2(100)	2	0	0	0	0	1(50)	1	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 29 – Equipamentos odontológicos disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, 2014 (2)

Região de Saúde	Tipo de arranjo	V.7 Equipamentos									
		V_7_6 Cadeira odontológica	V_7_6_1 Quantas existem em condições de uso?	V_7_6_1_1 Quantas com estofamento adequado?	V_7_6_1_2 Quantas cadeiras odontológicas realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada?	V_7_7 Cuspideira	V_7_7_1 Quantas em condições de uso?	V_7_8 Sugador	V_7_8_1 Quantos em condições de uso?	V_7_9 Refletor	V_7_9_1 Quantos em condições de uso?
		SIM	QUANTIDADE	QUANTIDADE	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE
		n(%)	n	n	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
	UBS-ESB	7(100)	8	8	7	7(100)	7	7(100)	7	7(100)	8
HV	Posto-ESB	1(100)	1	1	1	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1
	Outros-ESB	1(100)	1	1	1	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1
	UBS-ESF-ESB	5(100)	10	10	10	5(100)	9	5(100)	11	5(100)	9
AG	UBS-ESB	7(100)	14	12	14	7(100)	13	7(100)	12	7(100)	13
	Policlínica-ESB	1(100)	3	0	3	1(100)	3	1(100)	3	1(100)	3
	UBS-ESB	10(100)	10	10	10	10(100)	10	10(100)	11	10(100)	10
VC	Posto-ESB	2(100)	2	2	2	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	1
	Outros-ESB	2(100)	2	2	2	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	2

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 30 – Equipamentos odontológicos disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, 2014 (3)

V.7 Equipamentos											
Região de Saúde	Tipo de arranjo	V_7_10	V_7_10_1	V_7_11	V_7_11_1	V_7_12	V_7_12_1	V_7_13	V_7_13_1	V_7_14	V_7_14_1
		Mocho	Quantos em condições de uso?	Cart odontológico	Quantos em condições de uso?	Caneta alta rotação	Quantas em condições de uso?	Caneta de baixa rotação	Quantas em condições de uso?	Compressor de ar com válvula de segurança	Quantos em condições de uso?
		SIM n(%)	QUANTIDADE n	SIM n(%)	QUANTIDADE n	SIM n(%)	QUANTIDADE n	SIM n(%)	QUANTIDADE n	SIM n(%)	QUANTIDADE n
HV	UBS-ESB	6(85,7)	7	7(100)	7	7(100)	9	7(100)	8	7(100)	7
	Posto-ESB	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	1
	Outros-ESB	1(100)	1	0		1(100)	2	1(100)	2	1(100)	1
AG	UBS-ESF-ESB	5(100)	18	5(100)	9	5(100)	12	5(100)	10	4(80)	4
	UBS-ESB	7(100)	23	7(100)	13	7(100)	20	7(100)	14	7(100)	7
	Policlínica-ESB	1(100)	2	1(100)	3	1(100)	5	1(100)	3	1(100)	1
VC	UBS-ESB	10(100)	24	10(100)	10	10(100)	11	9(90)	9	10(100)	10
	Posto-ESB	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	12
	Outros-ESB	2(100)	3	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	2	2(100)	2

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 31 – Equipamentos odontológicos disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, 2014 (4)

		V.7 Equipamentos									
Região de Saúde	Tipo de arranjo	V_7_15	V_7_15_1	V_7_16	V_7_16_1	V_7_17	V_7_17_1	V_7_18	V_7_18_1	V_7_19	V_7_19_1
		Fotopolimeriz	Quantos em	Jato	Quantos em	Macro modelo	Quantos em	Ultrassom	Quantos em	Caixa	Quantas em
		ador	condições de	de	condições de	da arcada	condições de	odontológico	condições de	de revelação	condições de
			uso?	bicarbonato	uso?	dentária e	uso?		uso?	(câmara	uso?
						macro escova				escura)	
						dental					
		SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE
		n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESB	7(100)	8	5(71,4)	6	4(57,1)	4	4(57,1)	5	6(85,7)	6
	Posto-ESB	1(100)	1	0		0		0		0	
	Outros-ESB	1(100)	1	1(100)	1	1(100)	2	1(100)	1	1(100)	1
AG	UBS-ESF-ESB	5(100)	8	5(100)	8	3(60)	4	5(100)	8	5(100)	5
	UBS-ESB	7(100)	11	7(100)	10	3(42,9)	6	7(100)	10	7(100)	7
	Policlínica-ESB	1(100)	2	1(100)	0	0		1(100)	0	1(100)	1
VC	UBS-ESB	10(100)	11	7(70)	6	4(40)	6	5(50)	5	3(30)	3
	Posto-ESB	2(100)	2	1(50)	1	0	0	1(50)	1	1(50)	1
	Outros-ESB	2(100)	2	1(50)	1	1(50)	2	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 32 – Equipamentos odontológicos disponíveis em unidades de atenção primária, por arranjo organizativo, 2014 (5)

		V.7 Equipamentos					
Região de Saúde	Tipo de arranjo	V_7_20	V_7_20_1	V_7_21	V_7_21_1	V_7_22	V_7_22_1
		Estufa	Quantas em condições de uso?	Negatoscópio	Quantos em condições de uso?	Seladora	Quantas em condições de uso?
		SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE	SIM	QUANTIDADE
		n(%)	n	n(%)	n	n(%)	n
HV	UBS-ESB	5(71,4)	5	5(71,4)	5	1(14,3)	1
	Posto-ESB	0		1(100)	1	1(100)	1
	Outros-ESB	1(100)	1	0		0	
AG	UBS-ESF-ESB	0	0	1(20)	1	0	0
	UBS-ESB	1(14,3)	1	4(57,1)	3	0	0
	Policlínica-ESB	0		1(100)	1	0	
VC	UBS-ESB	5(50)	5	5(50)	5	2(20)	2
	Posto-ESB	2(100)	2	1(50)	1	1(50)	1
	Outros-ESB	1(50)	1	1(50)	1	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 33 – Características da atenção à pessoa com obesidade em unidades de atenção básica, em regiões de saúde do DRS XIII, 2014

II.20.1 A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários:															
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_20_1_1 Das crianças menores de 2 anos de idade		II_20_1_2 Das crianças menores de 10 anos		II_20_1_3 Das gestantes		II_20_1_4 Dos adultos com hipertensão e diabetes		II_20_1_5 Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde		II_20_1_6 Outro(s)		II_20_1_7 Não realiza	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESF	9(90)	1(10)	5(50)	5(50)	5(50)	5(50)	6(60)	4(40)	1(10)	9(90)	1(10)	9(90)	0	10(100)
	UBS-ESB	9(100)	0	7(77,8)	2(22,2)	9(100)	0	9(100)	0	8(88,9)	1(11,1)	4(44,4)	5(55,6)	0	9(100)
	Posto-ESB	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)
AG	UBS-ESF	20(90,9)	2(9,1)	18(81,8)	4(18,2)	20(90,9)	2(9,1)	20(90,9)	2(9,1)	19(86,4)	3(13,6)	7(31,8)	15(68,2)	1(4,5)	21(95,5)
	UBS-ESB	7(100)	0	5(71,4)	2(28,6)	7(100)	0	5(71,4)	2(28,6)	4(57,1)	3(42,9)	0	7(100)	0	7(100)
	UBS-ESF-ESB	13(92,9)	1(7,1)	13(92,9)	1(7,1)	13(92,9)	1(7,1)	13(92,9)	1(7,1)	10(71,4)	4(28,6)	1(7,1)	13(92,9)	1(7,1)	13(92,9)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	1(25)	3(75)
	Policlínica-ESB	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	0	3(75)	1(25)	4(100)	0	4(100)	0	4(100)	0	2(50)	2(50)	0	4(100)
VC	UBS-ESF	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	4(100)	0	3(75)	1(25)	1(25)	3(75)	0	4(100)
	UBS-ESB	10(100)	0	10(100)	0	10(100)	0	9(90)	1(10)	8(80)	2(20)	4(40)	6(60)	0	10(100)
	Posto-ESF	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 34 – Condutas da equipe de atenção primária para pessoas com obesidade, por arranjo organizativo, 2014

II.20.3 Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), quais condutas a equipe realiza?													
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_20_3_1 Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS		II_20_3_2 Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física.		II_20_3_3 Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		II_20_3_4 Encaminha para serviço especializado		II_20_3_5 Outro(s)		II_20_3_6 Não realiza nenhuma conduta específica	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESF	10(100)	0	7(70)	3(30)	1(10)	9(90)	6(60)	4(40)	0	10(100)	0	10(100)
	UBS-ESB	9(100)	0	6(66)	3(33,3)	5(55,6)	4(44,4)	9(100)	0	3(33,3)	6(66)	0	9(100)
	Posto-ESB	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)
AG	UBS-ESF	15(68,2)	7(31,8)	14(63,6)	8(36,4)	7(31,8)	15(68,2)	18(81,8)	4(18,9)	3(13,6)	19(86,4)	0	22(100)
	UBS-ESB	4(57,1)	3(42,9)	1(14,3)	6(85,7)	0	7(100)	3(42,9)	4(57,1)	1(14,3)	6(85,7)	2(28,6)	5(71,4)
	UBS-ESF-ESB	10(71,4)	4(28,6)	12(85,7)	2(14,3)	2(14,3)	12(85,7)	12(85,7)	2(14,3)	1(7,1)	13(92,9)	1(7,1)	13(92,9)
	Posto-ESF	3(75)	1(25)	4(100)	0	1(25)	3(75)	3(75)	1(25)	1(25)	3(75)	0	4(100)
	Policlínica-ESB	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESF	4(100)	0	4(100)	0	2(50)	2(50)	4(100)	0	2(50)	2(50)	0	4(100)
VC	UBS-ESF	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	4(100)	0	1(25)	3(75)	0	4(100)
	UBS-ESB	8(80)	2(20)	6(60)	4(40)	4(40)	6(60)	8(80)	2(20)	3(30)	7(70)	0	10(100)
	Posto-ESF	1(100)	0	1(100)	0	1(100)		1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	0	2(100)	0	1(50)	1(50)	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(50)	0	2(100)	1(50)	1(50)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 35 – Estratégias de atenção à saúde do usuário em sofrimento psíquico, por arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

II.23.4 A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos(usuários em sofrimento psíquico):													
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_23_4_1 Consulta específica com tempo maior		II_23_4_2 Registro da história de vida		II_23_4_3 Oferta de algum tipo de atendimento em grupo		II_23_4_4 Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)		II_23_4_5 Outro(s)		II_23_4_6 Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos	
		SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)	SIM n(%)	NÃO n(%)
HV	UBS-ESF	4(44,44)	5(55,56)	4(44,44)	5(55,56)	1(11,11)	8(88,89)	4(44,44)	5(55,56)	2(22,22)	7(77,78)	1(11,11)	8(88,89)
	UBS-ESB	4(50)	4(50)	6(75)	2(25)	2(25)	6(75)	6(75)	2(25)	1(12,5)	7(87,5)	0	8(100)
	Posto-ESB	0	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	2(100)	0	2(100)	0	0	2(100)	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)
AG	UBS-ESF	8(47,06)	9(52,94)	10(58,82)	7(41,18)	6(35,29)	11(64,71)	9(52,94)	8(47,06)	4(23,53)	13(76,5)	3(17,65)	14(82,35)
	UBS-ESB	2(33,33)	4(66,67)	2(33,33)	4(66,67)	1(16,67)	5(83,33)	1(16,67)	5(83,33)	1(16,67)	5(83,33)	2(33,33)	4(66,67)
	UBS-ESF-ESB	2(14,28)	12(85,72)	4(28,57)	10(71,43)	4(28,57)	10(71,43)	6(42,86)	8(57,14)	1(7,14)	13(92,86)	5(35,71)	9(64,29)
	Posto-ESF	2(66,67)	1(33,33)	3(100)	0	1(33,33)	2(66,67)	2(66,67)	1(33,33)	0	3(100)	0	3(100)
	Policlínica-ESB	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	1(100)	0
	Outros-ESF	4(100)	0	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	0	4(100)
VC	UBS-ESF	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	1(25)	3(75)
	UBS-ESB	4(40)	6(60)	5(50)	5(50)	4(40)	6(60)	7(70)	3(30)	3(30)	7(70)	2(20)	8(80)
	Posto-ESF	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	0	2(100)	0	1(50)	1(50)	2(100)	0	1(50)	1(50)	0	2(100)
	Outros-ESB	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

Figura 36 – Ações de promoção e prevenção que as equipes das unidades de atenção primária realizam nas escolas, por tipo de arranjo organizativo e regiões de saúde do DRS XIII, 2014

G - II.30.5 Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza?																			
Região de Saúde	Tipo de Arranjo Organizativo	II_30_5_1 Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)		II_30_5_2 Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas		II_30_5_3 Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS		II_30_5_4 Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas		II_30_5_5 Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde		II_30_5_6 Debate com os professores da escola		II_30_5_7 Não realiza ações de promoção e prevenção		II_30_5_8 Outros		II_30_5_9 Nenhuma das anteriores	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
HV	UBS-ESF	2(22,2)	7(77,8)	3(33,3)	6(66,7)	7(77,8)	2(22,2)	6(66,7)	3(33,3)	3(33,3)	6(66,7)	2(22,2)	7(77,8)	0	9(100)	0	9(100)	2(22,2)	7(77,8)
	UBS-ESB	8(88,9)	1(11,1)	5(55,6)	4(44,4)	5(55,6)	4(44,4)	6(66,7)	3(33,3)	6(66,7)	3(33,3)	4(44,4)	5(55,6)	0	9(100)	2(22,2)	7(77,8)	1(11,1)	8(88,9)
	Posto-ESB	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Outros-ESB	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	2(100)	0	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)
AG	UBS-ESF	14(66,7)	7(33,3)	9(42,9)	12(57,1)	14(66,7)	7(33,3)	12(57,1)	9(42,9)	5(23,8)	16(76,2)	7(33,3)	14(66,7)	0	21(100)	4(19)	17(81)	3(14,3)	18(85,7)
	UBS-ESB	1(16,7)	5(83,33)	0	6(100)	1(16,7)	5(83,33)	1(16,7)	5(83,33)	0	6(100)	0	6(100)	3(50)	3(50)	1(16,7)	5(83,33)	0	6(100)
	UBS-ESF-ESB	6(50)	6(50)	5(41,6)	7(58,3)	11(91,7)	1(8,3)	10(83,3)	2(16,7)	4(33,3)	8(66,7)	6(50)	6(50)	3(25)	9(75)	1(8,3)	11(91,7)	0	12(100)
	Posto-ESF	4(100)	0	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	1(25)	3(75)	1(25)	3(75)	0	4(100)	1(25)	3(75)	0	4(100)
	Policlínica-ESB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outros-ESF	4(100)	0	2(50)	2(50)	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	4(100)	0	0	4(100)	0	4(100)	0	0
VC	UBS-ESF	4(100)	0	3(75)	1(25)	3(75)	1(25)	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	2(50)	0	4(100)	2(50)	2(50)	0	4(100)
	UBS-ESB	6(60)	4(40)	4(40)	6(60)	7(70)	3(30)	7(70)	3(30)	4(40)	6(60)	3(30)	7(70)	0	10(100)	3(30)	7(70)	2(20)	8(80)
	Posto-ESF	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)	0	0	1(100)	0	1(100)	0	1(100)
	Posto-ESB	2(100)	0	1(50)	1(50)	2(100)	0	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)
	Outros-ESB	1(50)	1(50)	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	0	2(100)	1(50)	1(50)

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ-AB, Ciclo II, 2014.

ANEXOS

ANEXO A – Variáveis por componente e subdimensões

Quadro 1 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Implantação e implementação da APS no município”

Componente	Variáveis
Identificação da Modalidade e profissionais da equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal	I.3.1 Qual o tipo de unidade de saúde?
	I.3.2 Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade:
	I.3.2.1 Equipe de Saúde da Família com saúde bucal.
	I.3.2.2 Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal.
	I.3.2.3 Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal.
	I.3.2.4 Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal.
	I.3.2.5 Equipe de Consultório na Rua.
	I.3.2.6 Outras modalidades de equipe.
	I.3.4 Além dos profissionais da equipe mínima existem outros profissionais que fazem parte da equipe?
	V.3.1 Qual é a modalidade da Equipe de Saúde Bucal desta Unidade de Saúde?
Horário de funcionamento da Unidade	V.3.2 ES O consultório odontológico da Equipe de Saúde Bucal está localizado na mesma Unidade de Saúde da Equipe de Atenção Básica?
	V.3.3 A equipe atua em unidade provisória?
	I.8.1 Quais os turnos de atendimento?
	I.8.1.1 Manhã.
	I.8.1.2 Tarde.
	I.8.1.3 Noite.
	I.8.2 Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?
	I.8.2.1 Segunda.
	I.8.2.2 Terça.
	I.8.2.3 Quarta.
Horário de atendimento da Equipe de Saúde Bucal	I.8.2.4 Quinta.
	I.8.2.5 Sexta.
	I.8.2.6 Sábado.
	I.8.2.7 Domingo.
	I.8.3 Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?
	I.8.6 Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?
	I.8.6.1 Consultas médicas.
	I.8.6.2 Consultas de enfermagem.
	I.8.6.3 Consultas odontológicas.
	I.8.6.4 Acolhimento.
Horário de atendimento da Equipe de Saúde Bucal	I.8.6.5 Vacinação.
	I.8.6.6 Dispensação de medicamentos pela farmácia.
	I.8.6.7 Outro(s).
	V.6.1 ES Quais são os turnos de atendimento da Equipe de Saúde Bucal?
	V.6.2 ES Quais dias da semana a Equipe de Saúde Bucal trabalha nesta Unidade?
	V.6.2/1 Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12 às 14h)?
Horário de atendimento da Equipe de Saúde Bucal	V.6.3 Nos dias em que a Equipe de Saúde Bucal trabalha:
	V.6.3.1 ES Há horário fixo de funcionamento.
	V.6.3.2/1 Em que horário abre.
	V.6.3.2/2 Em que horário fecha.

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 2 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde - RAS”

Componente	Variáveis
<p>Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos</p>	<p>II.16.1 A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?</p>
	<p>G-II.16.3 Na maioria das vezes o encaminhamento é realizado através de central de regulação?</p>
	<p>VI.15.1 Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?</p>
	<p>VI.15.2 Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?</p>
	<p>VI.15.4 Qual é o fluxo institucional de comunicação? VI.15.4.1 Comunicação eletrônica. VI.15.4.2 Reuniões técnicas com os especialistas da rede. VI.15.4.3 Teleconferência. VI.15.4.4 Telessaúde. VI.15.4.5 Prontuário eletrônico. VI.15.4.6 Ficha de referência/contra referência com história detalhada e sugestões de conduta. VI.15.4.7 Outro(s).</p>
<p>Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde</p>	<p>VI.14.1ET A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?</p>
	<p>VI.14.2 ET Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: VI.14.2.1 O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada. VI.14.2.2 A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente. VI.14.2.3 A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação ou secretaria municipal de saúde. VI.14.2.4 O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao serviço especializado. VI.14.2.5 O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, mas não tem um serviço ou um profissional determinado. VI.14.2.6 Outro(s). VI.14.2.7 Não há um percurso definido</p>

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 3 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Gestão do trabalho”

Componente	Variáveis
Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal	II.4.1 O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar? (se o respondente for o profissional médico).
	II.4.2 Possui quais destes processos de formação? (médico) ET-II.4.2/1 Especialização em Medicina de Família e Comunidade. II.4.2/2 Especialização em Saúde da Família. ET-II.4.2/5 Residência em Medicina de Família e Comunidade. ET-II.4.2/6 Residência em Saúde da Família. ET-II.4.2/9 Mestrado em Medicina de Família e Comunidade. ET-II.4.2/10 Mestrado em Saúde da Família. ET-II.4.2/13 Doutorado em Saúde da Família.
	II.4.3 Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro): ET-II.4.3/1 Especialização em Saúde da Família. ET-II.4.3/4 Residência em Saúde da Família. ET-II.4.3/7 Mestrado em Saúde da Família. ET-II.4.3/10 Doutorado em Saúde da Família.
	II.4.4 Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o outro profissional de nível superior): II.4.4/1 Especialização em Saúde da Família. II.4.4/4 Residência em Saúde da Família. II.4.4/7 Mestrado em Saúde da Família. II.4.4/10 Doutorado em Saúde da Família.
	VI.3.2 Membro da equipe de saúde bucal: Possui quais destes processos de formação? VI.3.2.1ET- Especialização em Saúde da Família. VI.3.2.4ET- Residência em Saúde da Família. VI.3.2.7ET- Mestrado em Saúde da Família. VI.3.2.10ET- Doutorado em Saúde da Família.
Vínculo	II.5.1 Qual é seu agente contratante?
	ET II.5.2 Qual é seu tipo de vínculo?
	VI.4.2ET Qual é seu tipo de vínculo? (Membro da equipe de saúde bucal)
Plano de Carreira	ES-II.6.1 O(a) senhor(a) tem plano de carreira?
	VI.5.1 O(a) senhor(a) tem plano de carreira? (Membro da equipe de saúde bucal)

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 4 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Organização do processo de trabalho”

Componente	Variáveis
Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe*	II.8.1.2 A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?
	ET-II.8.2 A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?
	VI.7.1ET A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?
	VI.7.1.3 A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?
	VI.7.3 A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?
	VI.7.8GE A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?
Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal	G - II.10.1 A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?
	ES-II.10.2 Existe definição da área de abrangência da equipe.
	G-II.10.3 A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?
	G-II.10.4 Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?
	II.10.6 Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?
	VI.11.1ET A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?
Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	I.3.6 Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?
	ES-II.11.1 Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?
	II.11.3.0 Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?
	ET-II.11.3 Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?
	VI.12.1ES A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?
	VI.12.2ES Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?
	VI.12.6.0 Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?
	VI.12.7 O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?
	VI.12.9 A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB (PEC)?
Acolhimento à Demanda Espontânea	ET-II.12.1 A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
	II.12.2 Em que local é realizado o acolhimento?
	G-II.12.3 Em quais turnos é realizado o acolhimento?
	II.12.3.1 Manhã.
	II.12.3.2 Tarde.
	II.12.3.3 Noite.
	ES-II.12.9 O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?
	G -II.12.12 Como são agendadas as consultas na unidade de

Organização da agenda	saúde?
	G -II.12.13 Como os usuários são agendados?
	ET - II.12.14 O agendamento pode ser feito: ET - II.12.14.1 Presencial. ET - II.12.14.2 Por Telefone. ET - II.12.14.3 Pela Internet.
	G -II.12.15 Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?
	II.12.17 A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?
	G -II.12.18 Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?
	G - II.13.1 A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? II.13.1.1 Visita domiciliar. II.13.1.2 Grupos de educação em saúde. II.13.1.3 Atividade comunitária. II.13.1.4 Consultas para cuidado continuado. II.13.1.5 Acolhimento à demanda espontânea. II.13.1.6 Nenhuma das anteriores.
	II.13.2 Para quais grupos a equipe oferta ações? II.13.2.1 Gestantes. II.13.2.2 Crianças. II.13.2.3 Mulheres. II.13.2.4 Usuários de tabaco. II.13.2.5 Usuários de álcool e outras drogas. II.13.2.6 Pessoas com obesidade. II.13.2.7 Idosos. II.13.2.8 Escolares. II.13.2.9 Hipertensão arterial sistêmica. II.13.2.10 Diabetes mellitus. II.13.2.11 Asma/DPOC. II.13.2.12 Outros. II.13.2.13 Nenhuma das anteriores.
	ET - II.13.3 A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?
	VI.13.1GE A agenda de atendimento clínico da equipe garante: Apenas consultas odontológicas agendadas; Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea; Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda.
	VI.13.4 A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?
	VI.13.5 A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?
	VI.13.6 Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?
	VI.13.7GE A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?

<p align="center">Atenção à Saúde</p>	<p>G - II.14.1 Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis:</p> <p>II.14.1.1 A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário.</p> <p>II.14.1.2 A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário.</p> <p>II.14.1.3 A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas.</p> <p>II.14.1.4 O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe.</p> <p>II.14.1.5 O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado.</p> <p>II.14.1.6 Não há um percurso definido.</p>
<p align="center">Exames solicitados pela equipe de atenção básica e que são realizados pela rede de serviços de saúde.</p>	<p>G - II.15.1 Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?</p> <p>II.15.1.1 Creatinina.</p> <p>II.15.1.2 Perfil lipídico.</p> <p>II.15.1.3 Eletrocardiograma.</p> <p>II.15.1.4 Ecocardiograma.</p> <p>II.15.1.5 Hemoglobina glicosilada.</p> <p>II.15.1.6 Baciloscopia para tuberculose.</p> <p>II.15.1.7 Radiografia de tórax (tuberculose).</p> <p>II.15.1.8 Cultura de Micobactérias.</p> <p>II.15.1.9 Teste de Sensibilidade (Antibiograma).</p> <p>II.15.1.10 Baciloscopia para hanseníase.</p> <p>II.15.1.11 Mamografia.</p> <p>II.15.1.12 Sorologia para HIV.</p> <p>II.15.1.13 Sorologia para hepatites B e C.</p> <p>II.15.1.14 Sorologia para sífilis (VDRL).</p> <p>II.15.1.15 Teste rápido HIV.</p> <p>II.15.1.16 Teste rápido sífilis.</p> <p>II.15.1.17 Nenhuma das anteriores.</p>
<p align="center">Oferta e resolubilidade de Ações da Equipe de atenção básica e saúde bucal</p>	<p>ET - II.17.2 A equipe de atenção básica realiza:</p> <p>II.17.2.1 ET - Drenagem de abscesso.</p> <p>II.17.2.2 ET - Sutura de ferimentos.</p> <p>II.17.2.3 ES - Retirada de pontos.</p> <p>II.17.2.4 ET - Lavagem de ouvido.</p> <p>II.17.2.5 ET - Extração de unha.</p> <p>II.17.2.6 ES - Nebulização/inalação.</p> <p>II.17.2.7 ES – Curativos.</p> <p>II.17.2.8 ES - Medicações injetáveis intramusculares.</p> <p>II.17.2.9 ES - Medicações injetáveis endovenosas.</p> <p>II.17.2.10 ET - Inserção de DIU.</p> <p>II.17.2.11 Outro(s).</p> <p>II.17.2.12 Não realiza nenhum dos procedimentos acima.</p> <p>II.17.3 Qual(s) profissional(is) realiza(m) o exame citopatológico?</p> <p>II.17.3.1 Médico.</p> <p>II.17.3.2 Enfermeiro.</p> <p>II.17.3.3 Técnico de Enfermagem.</p> <p>II.17.3.4 Não se aplica (quando a equipe não realiza exame citopatológico de colo do útero).</p> <p>VI.16.1GE O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?</p>

	<p>VI.16.3 Como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?</p> <p>VI.16.5 ET Quais procedimentos a Equipe de Saúde Bucal realiza na Unidade de Saúde?</p> <p>VI.16.5.1 Drenagem de abscesso.</p> <p>VI.16.5.2 Sutura de ferimentos por trauma.</p> <p>VI.16.5.3 Remoção de dentes impactados.</p> <p>VI.16.5.4 Frenectomia.</p> <p>VI.16.5.5 Remoção de cistos.</p> <p>VI.16.5.6 Acesso à polpa dentária.</p> <p>VI.16.5.7 Aplicação tópica de flúor.</p> <p>VI.16.5.8 Exodontia de dente decíduo.</p> <p>VI.16.5.9 Exodontia de dente permanente.</p> <p>VI.16.5.10 Restauração de amálgama.</p> <p>VI.16.5.11 Restauração de resina composta.</p> <p>VI.16.5.12 Restauração em dente decíduo.</p> <p>VI.16.5.13 Pulpotomia.</p> <p>VI.16.5.14 Raspagem, alisamento e polimento supragengivais.</p> <p>VI.16.5.15 Tratamento de alveolite.</p> <p>VI.16.5.16 Ulotomia/ Ulectomia.</p> <p>VI.16.5.17 Cimentação de prótese.</p> <p>VI.16.5.18 Outro(s).</p> <p>VI.16.6 A Equipe de Saúde Bucal realiza tratamento concluído (TC)?</p>
Práticas Integrativas e Complementares	<p>ET - II.25.1 A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?</p> <p>II.25.4 A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?</p>
Promoção da Saúde	<p>G - II.26.1 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:</p> <p>II.26.2.1 Mulheres (câncer do colo do útero e de mama).</p> <p>II.26.2.2 Planejamento familiar.</p> <p>II.26.2.3 Gestantes e puérperas (aleitamento materno).</p> <p>II.26.2.4 Homens.</p> <p>II.26.2.5 Idosos.</p> <p>II.26.2.6 Alimentação saudável.</p> <p>II.26.2.7 Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva.</p> <p>II.26.2.8 Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território.</p> <p>II.26.2.9 Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas.</p> <p>II.26.2.10 Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território.</p> <p>II.26.2.11 O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.</p> <p>II.26.2.12 O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos.</p> <p>II.26.2.13 Outro(s).</p> <p>II.26.2.14 Não realiza atividades de promoção à saúde.</p> <p>G - II.26.3 A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território:</p> <p>II.26.3.1 Práticas corporais.</p> <p>II.26.3.2 Atividade física.</p> <p>II.26.3.3 Outro(s).</p> <p>II.26.3.4 Não desenvolve atividade de promoção à saúde.</p>
Programa Bolsa-Família	<p>G -II.27.1 A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?</p>

	II.27.2 Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?
Visita Domiciliar e Cuidados realizados no domicílio	ET -II.28.1 A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?
	G -II.28.2 As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?
	VI.20.1 A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?
	VI.20.2ET A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?
	VI.20.3 No cuidado domiciliar, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam:
	VI.20.3.1 Apenas orientações de higiene bucal. VI.20.3.2 Consultas (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado). VI.20.3.3 Realização de procedimentos clínicos. VI.20.3.4 Outro(s).
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	NII.33.1 O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?
	NII.33.4 Você considera que a atuação do NASF está de acordo com quais aspectos:
	II.33.4.1 Necessidade/demandas da sua equipe.
	II.33.4.2 Realidade epidemiológica e social deste território.
	II.33.4.3 Demandas diretas dos usuários.
	II.33.4.4 Outros
	NII.33.5 Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?
	NIII.33.10 O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?
	NIII.33.16 Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?
	NIII.33.17 Dentre as ações listadas, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?
	II.33.17.1 Consultas compartilhadas.
	II.33.17.2 Consultas individuais do profissional do NASF.
	II.33.17.3 Planejamento e avaliação de ações.
	II.33.17.4 Grupos terapêuticos ou de educação em saúde.
	II.33.17.5 Visitas domiciliares.
	II.33.17.6 Intervenções na comunidade.
	II.33.17.7 Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares).
	II.33.17.8 Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas.
	II.33.17.9 Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF.
	II.33.17.10 Discussão de temas / ações de educação permanente.
	II.33.17.11 Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional.
	II.33.17.12 Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada.
	II.33.17.13 Apoio à organização do processo de trabalho da equipe.
	NIII.33.21 Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?
Reunião da equipe	G - II.8.12 A equipe de atenção básica realiza reunião?*
	VI.9.1 A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da

	<p>equipe de atenção básica?</p> <p>VI.9.2 A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando:</p> <p>VI.9.2.1 A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.</p> <p>VI.9.2.2 As metas para a atenção básica pactuada pelo município.</p> <p>VI.9.2.3 As informações do sistema de informação da atenção básica.</p> <p>VI.9.2.4 As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros).</p> <p>VI.9.2.5 As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras).</p> <p>VI.9.2.6 As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra).</p> <p>VI.9.2.7 Os desafios apontados a partir da autoavaliação.</p>
Apoio Matricial***	<p>G - II.9.4 A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?</p> <p>II.9.5 Os profissionais que realizam o apoio matricial são:</p> <p>II.9.5.1 Do NASF.</p> <p>II.9.5.2 Do CAPS.</p> <p>II.9.5.3 Da vigilância em saúde.</p> <p>II.9.5.4 Especialistas da rede.</p> <p>II.9.5.5 Profissionais de outra modalidade de apoio matricial .</p> <p>II.9.5.6 Pólo da Academia da Saúde.</p> <p>II.9.5.7 Centro especializado em reabilitação.</p> <p>VI.10.1ET A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?</p> <p>VI.10.1.1 Sim, do CEO.</p> <p>VI.10.1.2 Sim, do NASF.</p> <p>VI.10.1.3 Sim, do CAPS.</p> <p>VI.10.1.4 Sim, outros centros/políclínicas de especialidades (não CEO).</p> <p>VI.10.1.5 Sim, outros.</p> <p>VI.10.1.6 Não.</p>
Acesso a prótese dentária	<p>VI.21.2 A Equipe de Saúde Bucal realiza as seguintes etapas de confecção de próteses dentárias na Unidade de Saúde:</p> <p>VI.21.2.1 Moldagem anatômica e funcional.</p> <p>VI.21.2.2 Registros estéticos e interoclusais.</p> <p>VI.21.2.3 Prova dos dentes.</p> <p>VI.21.2.4 Instalação da prótese dentária.</p> <p>VI.21.2.5 Consulta de retorno para avaliar a instalação da prótese.</p> <p>VI.21.2.6 Não realiza nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias.</p>

*Parte das variáveis selecionadas neste componente contempla informações da Subdimensão Monitoramento e avaliação.

** Variável extraída da subdimensão Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe.

*** As variáveis relacionadas ao Apoio Matricial para as equipes de APS estão agrupadas no componente Apoio Institucional, mas neste trabalho optou-se em separar visto que uma das subdimensões trata exclusivamente do apoio institucional.

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 5 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Participação, controle social e satisfação do usuário”

Componente	Variáveis
Mecanismos de participação e interação dos usuários	ES - III.24.1 Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?
	ET - III.24.2 III_24_2 Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?
	ET - III.24.3 O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?
	ET - III.24.4 Na sua unidade de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular ?
Acesso aos Serviços de Saúde	III. 25.0 O senhor já passou por consulta odontológica com os profissionais da equipe de saúde bucal?
Acolhimento à demanda espontânea	III. 27.1 ES Quando o senhor(a) procura o atendimento odontológico sem hora marcada é escutado?
	III. 27.2 ES Quanto tempo, em média, o(a) senhor(a) espera para ser atendido por um profissional de saúde bucal quando não tem hora marcada?
Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado	III. 29.3 ET Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 6 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Apoio Institucional”

Componente	Variáveis
Apoio Institucional da gestão municipal para as equipes de APS e Saúde Bucal	ET -II.9.1 Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?
	II.9.2 Esse apoio foi por indução do PMAQ?
	VI.8.1 Sua Equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde?
	VI.8.2 Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?
	VI.8.2.1 Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e também do próprio apoio institucional.
	VI.8.2.2 Apoio à autoavaliação.
	VI.8.2.3 Apoio para monitoramento e avaliação de informação e indicadores de saúde bucal.
	VI.8.2.4 Apoio ao planejamento e organização da equipe.
	VI.8.2.5 Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados.
	VI.8.2.6 Oficina com objetivo específico definido.
	VI.8.2.7 Educação permanente.
	VI.8.2.8 Participa das reuniões com a equipe.
	VI.8.2.9 Outro(s).

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 7 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Educação Permanente”

Componente	Variáveis
Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	<p>G - II.7.2 Qual (is) dessa(s) ação (ões) de educação permanente a equipe participa?</p> <p>II.7.2.1 Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão.</p> <p>II.7.2.2 Cursos presenciais.</p> <p>II.7.2.3 Telessaúde.</p> <p>II.7.2.4 RUTE – Rede Universitária de Telemedicina.</p> <p>II.7.2.5 UNASUS.</p> <p>II.7.2.6 Curso de Educação à Distância.</p> <p>II.7.2.7 Troca de experiência.</p> <p>II.7.2.8 Tutoria/preceptoria.</p> <p>II.7.2.9 A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros.</p> <p>II.7.2.10 Outro(s).</p> <p>II.7.2.11 Não participa de nenhuma ação de educação permanente.</p>
	G - II. 7.10 Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?
	ET - II. 7.11 A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?
	II. 7.12 As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?
	<p>VI.6.1 Qual (is) ação (ões) de educação permanente a equipe de saúde bucal participa?</p> <p>VI.6.1.1 Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão.</p> <p>VI.6.1.2 Cursos presenciais.</p> <p>VI.6.1.3 Telessaúde.</p> <p>VI.6.1.4 RUTE – Rede Universitária de Telemedicina.</p> <p>VI.6.1.5 UNASUS.</p> <p>VI.6.1.6 Curso de Educação à Distância.</p> <p>VI.6.1.7 Troca de experiência.</p> <p>VI.6.1.8 Tutoria/preceptoria.</p> <p>VI.6.1.9 A unidade básica participa como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros.</p> <p>VI.6.1.10 Outros.</p> <p>VI.6.1.11 Não participa de nenhuma ação de educação permanente.</p>
	VI.6.2 Quais profissionais da equipe de saúde bucal estão envolvidas nas ações de educação permanente?
	<p>VI.6.3 ET A equipe utiliza o Telessaúde para:</p> <p>VI.6.3.1 Segunda opinião formativa.</p> <p>VI.6.3.2 Telediagnóstico.</p> <p>VI.6.3.3 Teleconsultoria.</p> <p>VI.6.3.4 Tele-educação</p>
	<p>VI.6.5 Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?</p> <p>VI.6.5.1 Dificuldade de acesso/conectividade.</p>

	VI.6.5.2 Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho.
	VI.6.5.3 Ninguém atende quando tento telefonar.
	VI.6.5.4 Não obtive retorno.
	VI.6.5.5 A equipe não tem necessidade de acessar.
	VI.6.5.6 Não existe no município o programa.
	VI.6.6 Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?
	VI.6.7 ET A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão com qual frequência?
	VI.6.8 As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 8 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Monitoramento e Avaliação”

Componente	Variáveis
Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Saúde Bucal e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe*	G - II.8.3 A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?
	ES - II.8.4 A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?
	ET - II.8.5 A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?
	II.8.6 A sua equipe já participou do PMAQ?
	II.8.7 Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?
	II.8.8 Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?
	II.8.9 Qual o instrumento utilizado?
	VI.7.2ET A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?
	VI.7.4GE A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?
	VI.7.5ES Foi realizado algum processo de auto avaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?
	VI.7.5.2 Qual o instrumento/fonte utilizada?
	VI.7.7 A gestão apoia/apoiou o processo de auto avaliação da Equipe de Saúde Bucal?
	VI.8.4 A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?

*Este componente tanto no âmbito das equipes de APS como as de Saúde Bucal contempla variáveis de planejamento e mais especificamente de monitoramento e avaliação.

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 9 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Infraestrutura e Equipamentos”

Componente	Variáveis
Acessibilidade na Unidade de Saúde	<p>I.5.1 Nas dependências da unidade:</p> <p>I.5.1.1 Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas.</p> <p>I.5.1.2 Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas.</p> <p>I.5.1.3 Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário.</p>
Veículo na Unidade de Saúde	<p>I.6.1 A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (ex.: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros)?</p>
Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços	<p>I.7.1 A(s) equipe(s) divulga(m) para os usuários:</p> <p>I.7.1.1 O horário de funcionamento da unidade de saúde.</p> <p>I.7.1.2 A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe.</p> <p>I.7.1.3 A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho.</p> <p>I.7.1.4 Que participa do “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (PMAQ)”.</p> <p>I.7.1.5 O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, da secretaria estadual ou municipal de saúde.</p> <p>I.7.1.6 Os profissionais da Unidade de Saúde estão com crachás de identificação.</p> <p>I.7.1.7 A equipe não divulga suas ações para os usuários.</p> <p>I.7.2 A unidade de saúde possui sinalização dos ambientes facilitando o acesso (recepção, consultório, banheiro etc)?</p>
Características estruturais e ambiência da unidade de saúde	<p>I.10.1 Qual (is) ambiente (s) existe (m) na unidade? É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.1 Sanitário para os usuários.</p> <p>I.10.1.2 Sanitário para pessoa com deficiência.</p> <p>I.10.1.3 Banheiro para funcionários.</p> <p>I.10.1.4 Vestuário área funcionário.</p> <p>I.10.1.5 Sala de recepção e espera.</p> <p>I.10.1.5/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.5/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.6 Sala de acolhimento multiprofissional.</p> <p>I.10.1.6/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.6/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.7 Sala de vacina.</p> <p>I.10.1.7/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.7/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.8 Área de dispensação de medicamentos.</p> <p>I.10.1.8/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.8/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.9 Área de fracionamento.</p> <p>I.10.1.9/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.9/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.10 Sala de seguimento farmacoterapêutico.</p> <p>I.10.1.10/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.10/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.11 Sala de estocagem de medicamentos.</p>

	<p>I.10.1.11/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.11/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.12 Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)?</p> <p>I.10.1.14 Existe consultório para médico?</p> <p>I.10.1.14/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.14/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.14.2 Quantos consultórios médicos existem na unidade?</p> <p>I.10.1.15 Existe consultório para consultório de enfermeiro?</p> <p>I.10.1.15/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.15/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.15.2 Quantos consultórios de enfermagem existem na unidade?</p> <p>I.10.1.16 Existe consultório para dentista?</p> <p>I.10.1.16/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.16/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.16.2 Quantos consultórios de dentista existem na unidade?</p> <p>I.10.1.17 Consultório(s) com sanitário anexo.</p> <p>I.10.1.18 Sala de inalação.</p> <p>I.10.1.18/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.18/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.19 Sala de procedimentos.</p> <p>I.10.1.19/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.19/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.20 Sala de Coleta.</p> <p>I.10.1.20/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.20/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.21 Sala de curativo</p> <p>I.10.1.21/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.21/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.22 Sala de observação (curta duração).</p> <p>I.10.1.22/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.22/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.23 Banheiro da sala de observação.</p> <p>I.10.1.24 Sala de utilidades</p> <p>I.10.1.24/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.24/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.25 Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado.</p> <p>I.10.1.25/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.25/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.26 Sala de Administração e gerência.</p> <p>I.10.1.26/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.26/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.27 Sala de atividades coletivas.</p> <p>I.10.1.27/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.27/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.28 Sala de agentes (ACS/ACE).</p> <p>I.10.1.28/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.28/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.29 Almoxarifado.</p> <p>I.10.1.29/1 O ambiente é compartilhado com outro?</p> <p>I.10.1.29/1/1 É o ambiente principal?</p> <p>I.10.1.30 Copa.</p>
--	---

	<p>I.10.1.30/1 O ambiente é compartilhado com outro? I.10.1.30/1/1 É o ambiente principal? I.10.1.31 Depósito de material de limpeza (DML). I.10.1.31/1 O ambiente é compartilhado com outro? I.10.1.31/1/1 É o ambiente principal? I.10.1.32 Sala de armazenamento temporário de resíduos. I.10.1.32/1 O ambiente é compartilhado com outro? I.10.1.32/1/1 É o ambiente principal? I.10.1.33 Abrigo externo de resíduos sólidos. I.10.1.33/1 O ambiente é compartilhado com outro? I.10.1.33/1/1 É o ambiente principal? I.10.1.34 Rouparia (roupa limpa). I.10.1.34/1 O ambiente é compartilhado com outro? I.10.1.34/1/1 É o ambiente principal?</p>
	<p>I.10.1.35 Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se: I.10.1.35.1 Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização I.10.1.35.2 Os ambientes são bem iluminados? I.10.1.35.3 Os pisos, paredes da unidade de saúde são de superfícies e laváveis? I.10.1.35.4 A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno? I.10.1.35.5 Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário? I.10.1.35.6 Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza? I.10.1.35.7 A sala de espera está em boas condições de limpeza e possui lugares suficientes para os usuários aguardarem</p>
	<p>V.5.1. ET Sobre as características estruturais e ambiência do consultório odontológico, observar se: V.5.1.1 O consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização? V.5.1.2 O consultório odontológico apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)? V.5.1.3 O piso e as paredes do consultório odontológico são de superfícies lisas e laváveis? V.5.1.4 O ambiente está em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor? V.5.1.5 O consultório odontológico permite privacidade ao usuário?</p>
Equipamentos de tecnologias da informação e Telessaúde na Unidade de Saúde.	I.10.1.13 Existe computador na farmácia?*
	I.10.1.14.3 Quantidade de consultórios médicos com computador?*
	I.10.1.14.4 Número de consultórios médicos com computadores conectados à internet.*
	I.10.1.15.3 Quantidade de consultórios de enfermeiro com computador?*
	I.10.1.15.4 Número de consultórios de enfermeiro com computadores conectados à internet.*
	I.10.1.16.3 Quantidade de consultórios de odontologia com computador?*
	I.10.1.16.4 Número de consultórios de odontologia com computadores conectados à internet.*
	I.11.6 Quantas impressoras em condições de uso?

	<p>I.11.10 Número de ambientes com computadores conectados à internet (recepção, farmácia, gerência, sala de acolhimento, sala de observação, imunização, sala de procedimentos).</p> <p>I.11.12 A equipe tem acesso a telefone na UBS?</p>
<p>Equipamentos e materiais</p>	<p>Equipamentos e Materiais</p> <p>I.12.1 Microscópio.</p> <p>I.12.1/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.2 Aparelho de pressão adulto.</p> <p>I.12.2/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.2.10 Aparelho de pressão infantil.</p> <p>I.12.2.1/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.3 Aparelho de nebulização.</p> <p>I.12.3/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.4 Saída de ar comprimido ou Oxigênio.</p> <p>I.12.4/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.5 Balança antropométrica de 150 kg.</p> <p>I.12.5/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.6 Balança antropométrica de 200kg.</p> <p>I.12.6/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.7 Balança infantil.</p> <p>I.12.7/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.8 Régua antropométrica.</p> <p>I.12.8/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.9 Estetoscópio adulto.</p> <p>I.12.9/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.9.10 Estetoscópio infantil.</p> <p>I.12.9.1/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.10 Foco de luz para exame ginecológico.</p> <p>I.12.10/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.11 Geladeira exclusiva para vacina.</p> <p>I.12.11/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.12 Geladeira para farmácia.</p> <p>I.12.12/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.13 Glicosímetro.</p> <p>I.12.13/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.14 Mesa para exame ginecológico com perneira.</p> <p>I.12.14/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.15 Mesa para exame clínico.</p> <p>I.12.15/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.16 Oftalmoscópio.</p> <p>I.12.16/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.17 Sonar.</p> <p>I.12.17/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.18 Termômetro clínico.</p> <p>I.12.18/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.19 Suporte de soro.</p> <p>I.12.19/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.20 Otoscópio.</p> <p>I.12.20/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.21 Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro).</p> <p>I.12.21/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.22 Pinard.</p> <p>I.12.22/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>I.12.23 Lanterna clínica.</p> <p>I.12.23/1 Quantos em condições de uso?</p>

	<p>I.12.24 Termômetro de cabo extensor.</p> <p>I.12.24/1 Quantos em condições de uso?</p>
	<p>V.7. ES Equipamentos</p> <p>V.7.1 ES Amalgamador.</p> <p>V.7.1/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.2 ES Aparelho de rx odontológico.</p> <p>V.7.2/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.3 ES Ar-condicionado.</p> <p>V.7.3/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.4 ES Autoclave.</p> <p>V.7.4/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.5 ES Avental de chumbo.</p> <p>V.7.5/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.6OB Cadeira odontológica.</p> <p>V.7.6.1 Quantas existem em condições de uso?</p> <p>V.7.6.1/1 Quantas com estofamento adequado?</p> <p>V.7.7 Cuspideira.</p> <p>V.7.7/1 Quantas em condições de uso?</p> <p>V.7.8 Sugador.</p> <p>V.7.8/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.9 Refletor.</p> <p>V.7.9/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.10Mocho.</p> <p>V.7.10/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.11 Cart odontológico.</p> <p>V.7.11/1 Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.12 ES Caneta alta rotação.</p> <p>V.7.12/1 ES Quantas em condições de uso?</p> <p>V.7.13 ES Caneta de baixa rotação.</p> <p>V.7.13/1 ES Quantas em condições de uso?</p> <p>V.7.14 ES Compressor de ar com válvula de segurança.</p> <p>V.7.14/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.15 ES Fotopolimerizador.</p> <p>V.7.15/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.16 ES Jato de bicarbonato.</p> <p>V.7.16/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.17 ES Macro modelo da arcada dentária e macro escova dental?</p> <p>V.7.17/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.18 ES Ultrassom odontológico.</p> <p>V.7.18/1 ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.19 ES Caixa de revelação (câmara escura).</p> <p>V.7.19/1 Quantas em condições de uso?</p> <p>V.7.20 ES Estufa.</p> <p>V.7.20/1ES Quantas em condições de uso?</p> <p>V.7.21 ES Negatoscópio.</p> <p>V.7.21/1ES Quantos em condições de uso?</p> <p>V.7.22 ES Seladora.</p> <p>V.7.22/1ES Quantas em condições de uso?</p> <p>V.7.23 Os equipamentos citados acima são compartilhados por outra equipe de saúde bucal?</p> <p>V.7.23/1 Quantas equipes compartilham os equipamentos odontológicos?</p>

*Extraída do componente "Características estruturais e ambiência da unidade de saúde".

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 10 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos”

Componente	Variáveis
Imuno-biológicos na unidade de saúde	I.14.1 Esta unidade oferta regularmente vacinação?
Testes Diagnósticos na unidade de saúde	<p>I.15. Qual (is) teste (s) diagnóstico (s) são realizados na unidade de saúde?</p> <p>I.15.1 Teste rápido de sífilis.</p> <p>I.15.2 Teste rápido gravidez.</p> <p>I.15.3 Teste rápido HIV.</p> <p>I.15.4 Teste rápido de malária.</p> <p>I.15.5 Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa)</p>
Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	<p>I.18.1 A dispensação de medicamentos no município é descentralizada?</p> <p>I.18.2 Na unidade qual profissional faz a dispensação dos medicamentos?</p> <p>I.18.2.1 Farmacêutico.</p> <p>I.18.2.2 Técnico em farmácia.</p> <p>I.18.2.3 Técnico em enfermagem.</p> <p>I.18.2.4 Médico/Enfermeiro/Cirurgião dentista.</p> <p>I.18.2.5 ACS.</p> <p>I.18.2.6 Recepcionista/auxiliar administrativo.</p>

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 11 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Atenção Integral à Saúde”

Componente	Variáveis
Atenção ao pré-natal, parto e puerpério	II.18.1 A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?
	II.18.7 A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?
	G - II.18.7/1 Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?
	II.18.7/1.1 Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher.
	II.18.7/1.2 Visita domiciliar de outros membros da equipe.
	II.18.7/1.3 Consulta em horário especial em qualquer dia da semana.
Atenção à criança desde o nascimento até dois anos de vida	II.18.7/1.4 Outro(s).
	II.18.7/1.5 Nenhuma das anteriores
	II.18.8 Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?
	II.18.8.1 Recebe a contra referência da maternidade.
	II.18.8.2 Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto.
	II.18.8.3 Recebe informação da secretaria municipal de saúde.
	II.18.8.4 Outros.
	II.18.8.5 Não possui sistema de monitoramento.
	VI.18.1GE A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?
	ES - II.19.1 A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?
Atenção de Saúde Bucal à criança até os 5 (cinco) anos de idade	G -II.19.4 No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:
	II.19.4.1 Vacinação em dia da criança.
	II.19.4.2 Crescimento e desenvolvimento.
	II.19.4.3 Estado nutricional.
Atenção à pessoa com Obesidade	II.19.4.4 Teste do pezinho.
	II.19.4.5 Violência familiar.
	II.19.4.6 Acidentes.
	II.19.4.7 Outro(s)
Atenção de Saúde Bucal à criança até os 5 (cinco) anos de idade	II.19.5 A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?
	II.19.6 A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?
Atenção à pessoa com Obesidade	VI.19.1GE A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade?
	II.20.1 A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários:
	II.20.1.1 Das crianças menores de 2 anos de idade.
	II.20.1.2 Das crianças menores de 10 anos.
	II.20.1.3 Das gestantes.
	II.20.1.4 Dos adultos com hipertensão e diabetes.
	II.20.1.5 Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde.
	II.20.1.6 Outro(s).
	II.20.1.7 Não realiza.

	<p>II.20.3 Após a identificação de usuário adulto com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), quais condutas a equipe realiza?</p> <p>II.20.3.1 Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS.</p> <p>II.20.3.2 Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física.</p> <p>II.20.3.3 Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS.</p> <p>II.20.3.4 Encaminha para serviço especializado.</p> <p>II.20.3.5 Outro(s).</p> <p>II.20.3.6 Não realiza nenhuma conduta específica.</p>
Atenção à pessoa com Tuberculose	<p>II.21.1 A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?</p> <p>II.21.5 Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura?</p>
Atenção a pessoa com Hanseníase	<p>G - II.22.1 A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?</p> <p>II.22.2 A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?</p> <p>II.22.6 A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?</p>
Atenção ao usuário em Sofrimento Psíquico	<p>ET - II.23.1 A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?</p> <p>G - II.23.3 Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?</p> <p>II.23.4 A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:</p> <p>II.23.4.1 Consulta específica com tempo maior.</p> <p>II.23.4.2 Registro da história de vida.</p> <p>II.23.4.3 Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.</p> <p>II.23.4.4 Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial).</p> <p>II.23.4.5 Outro(s).</p> <p>II.23.4.6 Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos</p> <p>G - II.23.5 A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?</p> <p>ET - II.23.8 A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?</p> <p>G - II.23.9 A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?</p>
Atenção à pessoa com Deficiência	<p>G - II.24.1 A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência?</p>
População Rural, Assentados, Quilombolas	<p>II.31.1 A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/ assentados/população rural?</p> <p>II.31.3 A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural?</p> <p>II.31.5 Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?</p> <p>II.31.8 Os agentes comunitários de saúde orientam a</p>

	população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?
	II.31.9 A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território?
Atenção à Pessoa Tabagista	II.32.3 A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de qual (is) ação (ões)?
	II.32.4 A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?
Atenção ao câncer de boca	VI.17.1GE A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?
	VI.17.2 A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos-confirmados de câncer de boca?
	VI.17.3 A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Quadro 12 - Variáveis do PMAQ-AB relacionadas à subdimensão “Programa Saúde na Escola - PSE”

Componente	Variáveis
Atividades na Escola	II.30.1 A equipe realiza atividades na escola? G - II.30.3 A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?
	G - II.30.5 Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza? II.30.5.1 Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis). II.30.5.2 Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas. II.30.5.3 Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS. II.30.5.4 Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. II.30.5.5 Ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde. II.30.5.6 Debate com os professores da escola. II.30.5.7 Não realiza ações de promoção e prevenção. II.30.5.8 Outros. II.30.5.9 Nenhuma das anteriores.
Programa Saúde na Escola - PSE	ET-II.30.6 Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE? * II.30.6.1 Oftalmologista. II.30.6.2 Otorrinolaringologista. II.30.6.3 Não são realizados encaminhamentos dos escolares avaliados.
	VI.22.1 A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?

*Variável extraída do componente “Atividades na Escola” referente a ações da equipe de APS, contudo refere-se ao componente “Programa Saúde na Escola – PSE”.

Fonte: adaptado de instrumentos do PMAQ-AB Ciclo II, 2013. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: equipes de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 129 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: equipes de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 50 p.

ANEXO B – Subdimensões e definições para parâmetros de qualidade.

A) Subdimensão: Implantação e implementação da APS no município.

Contemplam a implantação e a implementação da APS e Equipes de Saúde Bucal como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde - RAS, com a ampliação do acesso e a coordenação do cuidado dos usuários. Essa subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implantação e implementação da APS no município.

B) Subdimensão: Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

A organização da RAS, incluindo a Saúde Bucal é uma estratégia que visa o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, apresentando atributos como: a APS estruturada como porta de entrada “preferencial” do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando os cuidados e articulando-se com outros pontos de atenção.

C) Subdimensão: Gestão do trabalho.

A gestão do trabalho no âmbito da APS incluindo Equipes de Saúde Bucal - ESB trata de questões relacionadas à força de trabalho, assegurando o desenvolvimento do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão abordadas as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho na APS, incluindo os profissionais da ESB.

D) Subdimensão: Organização do processo de trabalho.

A organização do trabalho na APS e ESB consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde,

avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações de forma integrada e horizontalizada; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

E) Subdimensão: Participação, controle social e satisfação do usuário.

Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização das pautas em curso.

F) Subdimensão: Apoio Institucional.

O apoio institucional implica o modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. O apoio institucional busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos

problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho, e sempre que necessário busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

G) Subdimensão: Educação Permanente

A educação permanente tem a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. Os processos de reorganização da APS e em Saúde Bucal vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de APS e ESB está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

H) Subdimensão: Monitoramento e Avaliação.

O monitoramento caracteriza-se como uma ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporado-as no conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de APS e ESB.

I) Subdimensão: Infraestrutura e Equipamentos.

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na APS e em Saúde Bucal. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

J) Subdimensão: Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos.

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imuno-biológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e medicamentos pela Unidade Básica de Saúde - UBS, incluindo os insumos e medicamentos do âmbito da Saúde Bucal.

K) Subdimensão: Atenção Integral à Saúde

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos e idosos), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Compreende uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e

patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.

L) Subdimensão: Programa Saúde na Escola – PSE

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda da comunidade e uma tarefa essencial das equipes de atenção básica.

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 167

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012

JOSE ARTUR BOGO CHIES