

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Juliana Gagno Lima

**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**

Rio de Janeiro

2016

Juliana Gagno Lima

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde pública na área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Ligia Giovanella
Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L732a Lima, Juliana Gagno
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. / Juliana Gagno Lima. -- 2016.
244 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Ligia Giovanella
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Regionalização. 4. Integralidade em Saúde. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

Juliana Gagno Lima

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde pública na área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ligia Giovanella – Orientadora
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto – 2^a Orientadora
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Aylene Emilia Moraes Bousquat
Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado (suplente)
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Estela Márcia Saraiva Campos (suplente)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Rio de Janeiro

2016

Dedico este trabalho:

Àquele que tanto amo e que me proporciona a integralidade da vida: Douglas Mota
*“I hope you don't mind, I hope you don't mind
That I put down in words
How wonderful life is while you're in the world”
(Elton John)*

À minha família, essa conquista é de vocês.
*“E cada verso meu será pra te dizer
Que eu sempre vou te amar
Por toda a minha vida”
(Tom Jobim e Vinícius de Moraes)*

AGRADECIMENTOS

Meus emocionados agradecimentos a tod@s que torceram e me incentivaram, de perto ou de longe, que fizeram e fazem parte de mais essa importante etapa da minha história ENSP. Acompanhando a temática da dissertação, agradeço especialmente...

- àqueles que foram minha porta de entrada para o SUS e para os quais recorro em todos os momentos: a equipe de professores da residência, em especial, Helena Seidl, Gustavo Matta e Roberta Gondim. A minha equipe de amigos PMAQ-AB Helena Seidl, Márcia Fausto, Swheelen Vieira, Lilia Romero, Edson Menezes, Valéria Morgana, Edjane Alves, Rafael Araújo, Patty Fidellis e Priscilla Contarato;

- àqueles que me acompanham e incentivam ao longo de toda a vida, que tanto me conhecem e cujo o vínculo é para sempre: meus pais Maria Thereza e João Soares, meu marido Douglas Mota, meu irmão Vinícius Gagno, minha cunhada Ana Carolina Oliveira, minhas amigas-irmãs Ariana Oliveira e Thatiane Barboza e minha sogra Lúcia Mota;

- àqueles que muito me ensinam cotidianamente, ampliando as perspectivas sobre a Saúde Pública, em seus variados escopos de atuação: os professores do DAPS, principalmente Maria Helena Mendonça, Cristiani Machado e Luciana Dias; toda a equipe da pesquisa Regiões e Redes, em especial as professoras Ana Luiza Viana, Aylene Bousquat e Estela Campos; toda a equipe do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, especialmente Renata Pella, Allan Nuno e José Eudes;

- àquelas que brilhantemente coordenaram a minha trajetória acadêmica, me acompanhando com muito cuidado, dedicação e construindo junto cada pedacinho de texto e de reflexão: as amigas e professoras Ligia Giovanella e Márcia Fausto;

- àqueles que disponibilizaram seu conhecimento “intersetorial” e sua atenção para auxiliar nesse trabalho: Viviane Azevedo; Marilúcia Oliveira; Luciane Vicente; os estatísticos Edgard Fusaro, Renata Clarisse e Paulo Borges; Vanderlei Matos; a equipe da SECA; a equipe do CEP ENSP/FIOCRUZ e da secretaria do DAPS ENSP/FIOCRUZ; a CAPES pela bolsa de estudo.

- àqueles que integram minhas diferentes famílias e estão sempre me apoiando: os colegas de mestrado da turma 2014; todos os familiares; meu sogro Luciano Xavier; minhas amigas “Forever” Monique Padilha, Caroline Martins, Stefânia Soares, Rafaella Peixoto e Carolina Motta; a equipe da Superintendência de Atenção Básica (SAB/SES – RJ); Gerson Stumbo e Pedro Lima.

- àqueles com quem mais recentemente tenho conhecido e compartilhado uma nova cultura: a equipe do e-SUS AB; a equipe da SESPA; e os amigos de História da UFOPA, especialmente Gustavo Sousa e André Fonseca.

Agradeço a cada usuário, profissional, gestor, entrevistador, supervisor e coordenador participante do PMAQ-AB e de antemão, a tod@s que possam de alguma forma, utilizar esse trabalho na luta pelo SUS que queremos.

RESUMO

A qualidade da Atenção Básica (AB) pode ser avaliada por meio do exame da efetivação dos atributos de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, conforme definição de Starfield: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Ainda que a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) seja de jurisdição municipal, para que se constitua na base de uma rede de atenção orientada pela APS, não pode estar isolada da perspectiva regional com suas heterogeneidades. O estudo teve por **objetivo** analisar a efetivação dos atributos da APS na prática das equipes de Atenção Básica segundo Tipos de Regiões de Saúde. Foram utilizados os bancos de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), ciclos 1 e 2. Os atributos da APS foram operacionalizados em componentes e realizada seleção de variáveis PMAQ-AB pertinentes a cada atributo. As regiões de saúde foram agrupadas em cinco tipos segundo desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de acordo com metodologia da pesquisa “Regiões e Redes”. A partir dos dados do ciclo 1 do PMAQ-AB, foi analisada a efetivação dos atributos nos cinco grupos de regiões de saúde. Posteriormente, foram comparados resultados nacionais dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. Os atributos primeiro contato e integralidade apresentaram os melhores resultados; coordenação e competência cultural, os piores. No **primeiro contato**, destacam-se positivamente os ‘horários de funcionamento’, e baixos resultados quanto à facilidade para ‘agendamento da consulta na AB’. No atributo **longitudinalidade**, os resultados tanto para o componente ‘continuidade da relação profissional-paciente’ como ‘qualidade da relação profissional-paciente’ foram inadequados. Para **abrangência/integralidade**, o componente ‘escopo de ações’ apresentou resultados superiores aos do componente ‘resolutividade na AB. O atributo **coordenação** apresentou resultados inadequados em todos os componentes: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso a consultas/exames especializados e comunicação direta entre AB e atenção especializada, destacando-se positivamente apenas a presença de fichas de encaminhamento e centrais de marcação para consulta especializada/exames. Para os atributos derivativos, identificou-se escassez de variáveis no instrumento PMAQ-AB que pudessem representá-los. A **orientação para a comunidade** mostrou melhores resultados para ‘territorialização’ e insuficiência em relação aos indicadores de ‘intersectorialidade’ e ‘participação social’. **Centralidade na família**, apesar de não apresentar baixos resultados, seu principal indicador “os profissionais da equipe perguntavam nas consultas sobre os familiares dos usuários”, apresentou os resultados mais baixos. **Competência cultural** mostrou baixos resultados para ações envolvendo grupos populacionais específicos, destacando-se positivamente a percepção dos usuários sobre respeito dos profissionais aos seus hábitos culturais, costumes e religião. Entre os diferentes **grupos de regiões de saúde**, a efetivação dos atributos se apresentou de forma heterogênea. As regiões de saúde de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta (Reg 5) apresentaram, em geral, os melhores resultados e as regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), os piores resultados. As equipes das Reg 5 mostraram melhores condições e estrutura para o atendimento à saúde de suas populações, e, no que depende de ações no âmbito da relação profissional-usuário, observaram-se alguns resultados superiores nas equipes das Reg 1. Os atributos com resultados mais baixos, independente do tipo de região de saúde foram a coordenação do cuidado e a competência cultural. Apesar da maior parte das variáveis do instrumento não apresentar equivalência de questões para profissionais e usuários, observou-se, em geral, percepção dos profissionais mais positiva que a dos usuários. Na **comparação de resultados entre os ciclos 1 e 2**, observou-se leve melhoria ao longo do tempo. Entre os resultados com variação mais positiva, destacaram-se as variáveis referentes aos registros e aspectos organizacionais sob governabilidade das próprias equipes. As desigualdades presentes na sociedade brasileira também se expressam na efetivação da APS no SUS. Essas desigualdades devem ser enfrentadas para a construção de um SUS de melhor qualidade, integral, resolutivo e voltado às necessidades de saúde da população. Dadas as peculiaridades das populações são necessários 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, independente do território em que habitam.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; avaliação; regionalização; integralidade; acesso

ABSTRACT

The quality of the Basic Care can be assessed by ascertaining to what extent the attributes of robust Primary Health Care (PHC), as defined by Starfield – first contact care, longitudinality (person-focused care over time), comprehensiveness, coordination, community orientation, family-centeredness and cultural competence – are embodied in practice. PHC in Brazil's Unified Health System (SUS) is a municipal responsibility, but for it to become the basis of a care system oriented by PHC it cannot be isolated from a regional perspective and the heterogeneities that entails. This study examined for the presence of PHC features in the practice of primary care teams in Brazil by Health Region (HR) types. Information was sourced from the databases of cycles 1 and 2 of the national access and quality improvement programme (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, PMAQ-AB). For the study, PHC features were operationalised in components, and PMAQ-AB variables relevant to each feature were selected. Using the "Regions and Networks" research methodology, HRs were grouped into five types by level of socioeconomic development and service supply. Data from PMAQ-AB cycle 1 were analysed to determine how effectively the PHC features had been implemented in the five HR groups. Then the results of the PHC attributes from PMAQ-AB cycles 1 and 2 were compared. First contact and comprehensiveness returned the best results; coordination and cultural competence, the worst. Of the PMAQ-AB variables characterising **first contact**, "working hours" stood out favourably and ease of "PHC appointment scheduling", unfavourably. Results for the **longitudinality** components "relational continuity" and "relational quality" were both inadequate. **Comprehensiveness** returned better results in terms of "scope of actions" than in "PHC problem-solving". Results for all components of **coordination** – "information continuity", "care flows", "access to secondary care" and "direct communication between primary and specialised care" – were inadequate, with favourable mentions for only "referral forms" and "secondary care scheduling centres". The PMAQ-AB instrument was found to lack variables to represent derivative attributes. Results relating to **community orientation** were good for "territorialisation", but poor in terms of indicators of "intersectorality" and "social participation". Although scores for **family-centeredness** were not low, they were lowest for the key indicator, "team personnel asked about users' families at appointments". **Cultural competence** produced low results for actions involving specific population groups, although user perceptions of respect from PHC personnel for their cultural habits, customs and religion stood out favourably. Practical expression of PHC features was heterogeneous among the different **HR groups**. HRs with high levels of socioeconomic development and service supply (HR5) returned best results, while HRs where socioeconomic development and supply were low (HR1) generally returned the worst results. Teams in HR5 enjoyed better conditions and structure for providing care to their populations, while teams of HR1 produced better results in some actions regarding user-personnel relations. Coordination of care and cultural competence scored lowest, independently of HR group. Although, for most variables, the questions posed to users and health personnel were not equivalent, perceptions were observed to be generally more favourable among health professionals than among users. **Comparison of results from cycles 1 and 2** showed slight improvement over time. Results showing greatest improvement included particularly variables relating to records and organisational aspects under governance of the teams themselves. The inequalities present in Brazilian society are also reflected in the extent to which the SUS embodies ideal PHC features in practice. These inequalities must be addressed in order to build a better-quality SUS that is comprehensive, has the power to solve problems and is geared to the population's health needs. Given the peculiarities of Brazil's different populations, heterogeneous organisational and care arrangements are needed to assure users access to the same range of quality services, according to their needs and regardless of the territory they inhabit.

Keywords: Primary Health Care, assessment, regional health planning, comprehensiveness, accessibility

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição das regiões de saúde do Brasil segundo tipologia de CIR.....	92
Gráfico 1. Classificação das equipes de adesão ao PMAQ-AB por desempenho, ciclo 1, Brasil, 2013	71
Gráfico 2. Classificação das equipes de adesão ao PMAQ-AB por desempenho, ciclos 1 e 2, Brasil, 2014	75
Gráfico 3. Indicadores padrão de referência do componente horários de funcionamento, por grupos de regiões de saúde.....	101
Gráfico 4. Indicadores padrão de referência do componente acolhimento, por grupos de regiões de saúde	103
Gráfico 5. Indicadores padrão de referência do componente agendamento da consulta na AB, por grupos de regiões de saúde	106
Gráfico 6. Indicadores padrão de referência do componente atendimento de urgência e emergência, por grupos de regiões de saúde	108
Gráfico 7. Primeiro contato: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde ...	114
Gráfico 8. Indicadores padrão de referência do componente continuidade da relação profissional-paciente, por grupos de regiões de saúde.....	117
Gráfico 9. Indicadores padrão de referência do componente qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), por grupos de regiões de saúde	119
Gráfico 10. Longitudinalidade: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde.....	124
Gráfico 11. Indicadores padrão de referência do componente serviços realizados/escopo de ações, por grupos de regiões de saúde (parte 1).....	129
Gráfico 12. Indicadores padrão de referência do componente serviços realizados/escopo de ações, por grupos de regiões de saúde (parte 2).....	129
Gráfico 13. Indicadores padrão de referência do componente resolutividade na AB, por grupos de regiões de saúde (parte 1)	133
Gráfico 14. Indicadores padrão de referência do componente resolutividade na AB, por grupos de regiões de saúde (parte 2)	134
Gráfico 15. Abrangência/Integralidade: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde.....	139
Gráfico 16. Indicadores padrão de referência do componente continuidade informacional, por grupos de regiões de saúde	142
Gráfico 17. Indicadores padrão de referência do componente ordenamento de fluxos assistenciais, por grupos de regiões de saúde.....	145
Gráfico 18. Indicadores padrão de referência do componente acesso a consultas especializadas, por grupos de regiões de saúde.....	148
Gráfico 19. Indicadores padrão de referência do componente comunicação direta entre serviços de AB e AE, por grupos de regiões de saúde	151
Gráfico 20. Coordenação: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde	156
Gráfico 21. Indicadores padrão de referência do componente territorialização, por grupos de regiões de saúde.....	160
Gráfico 22. Indicadores padrão de referência do componente intersetorialidade, por grupos de regiões de saúde.....	163
Gráfico 23. Indicadores padrão de referência do componente participação social, por grupos de regiões de saúde.....	165
Gráfico 24. Orientação para a comunidade: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde	170

Gráfico 25. Indicadores padrão de referência da abordagem familiar, por grupos de regiões de saúde	173
Gráfico 26. Centralidade na família: síntese por grupos de regiões de saúde	176
Gráfico 27. Indicadores padrão de referência da abordagem cultural, por grupos de regiões de saúde	179
Gráfico 28. Competência cultural: síntese por grupos de regiões de saúde	181
Gráfico 29. Primeiro contato: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis	187
Gráfico 30. Longitudinalidade: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis.....	189
Gráfico 31. Integralidade: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis.....	193
Gráfico 32. Coordenação: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis.....	196
Gráfico 33. Orientação para a comunidade: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis	199
Gráfico 34. Centralidade na família: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis	200
Gráfico 35. Competência Cultural: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis.....	202
Quadro 1. Definição dos atributos exclusivos e derivativos da APS e tipos de informação para medição	32
Quadro 2. Pontos iniciais para uma aproximação intercultural dos profissionais de saúde com os usuários	55
Quadro 3. Adesão dos municípios ao PMAQ-AB segundo IDH, Brasil, 2011 – ciclo 1.....	68
Quadro 4. Adesão dos municípios ao PMAQ-AB segundo porte populacional, Brasil, 2011 – ciclo 1	69
Quadro 5. Indicadores de desempenho do ciclo 1 para a composição da certificação das equipes de Atenção Básica	69
Quadro 6. Características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, 2011-12 e 2013-14.	73
Quadro 7. Indicadores de desempenho do ciclo 2 para a composição da certificação das equipes de Atenção Básica, com uso do e-SUS AB.....	74
Quadro 8. Indicadores de desempenho do ciclo 2 para a composição da certificação das equipes de saúde bucal, com uso do e-SUS AB.....	74
Quadro 9. Composição do instrumento PMAQ-AB Ciclo 1, por módulo, número de variáveis existentes e selecionadas.....	80
Quadro 10. Atributos da APS e componentes definidos para análise dos dados do PMAQ-AB	80
Quadro 11. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Primeiro Contato.....	81
Quadro 12. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Longitudinalidade.....	82
Quadro 13. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Abrangência/Integralidade.....	83
Quadro 14. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Coordenação	85
Quadro 15. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Orientação para a comunidade	86
Quadro 16. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Centralidade na família.....	88
Quadro 17. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de Competência cultural.....	88
Quadro 18. Variáveis e fontes utilizadas na construção da tipologia de regiões de saúde segundo pesquisa Regiões e Redes	90
Quadro 19. Características principais das modalidades de Regiões de Saúde da pesquisa Regiões e Redes	91
Quadro 20. Composição do instrumento PMAQ-AB Ciclo 2, por módulo, número de variáveis existentes e selecionadas.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das equipes participantes do PMAQ-AB ciclo 1 segundo grupos de regiões de saúde	93
Tabela 2. Primeiro contato: indicadores do componente horários de funcionamento, por grupos de regiões de saúde	100
Tabela 3. Primeiro contato: indicadores do componente acolhimento, por grupos de regiões de saúde.....	102
Tabela 4. Primeiro contato: indicadores do componente agendamento da consulta na AB, por grupos de regiões de saúde	105
Tabela 5. Primeiro contato: indicadores do componente atendimento de urgência e emergência, por grupos de regiões de saúde.....	108
Tabela 6. Longitudinalidade: indicadores do componente continuidade da relação profissional-paciente, por grupos de regiões de saúde.....	116
Tabela 7. Longitudinalidade: indicadores do componente qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), por grupos de regiões de saúde	118
Tabela 8. Abrangência ou Integralidade: indicadores do componente serviços realizados/escopo de ações por grupos de regiões de saúde	127
Tabela 9. Abrangência ou Integralidade: indicadores do componente resolutividade da AB por grupos de regiões de saúde	132
Tabela 10. Coordenação: indicadores do componente continuidade informacional por grupos de regiões de saúde	141
Tabela 11. Coordenação: indicadores do componente ordenamento de fluxos assistenciais, por grupos de regiões de saúde	144
Tabela 12. Coordenação: indicadores do componente acesso à consultas/exames especializados, por grupos de regiões de saúde	147
Tabela 13. Coordenação: indicadores do componente comunicação direta entre serviços AB e AE, por grupos de regiões de saúde	149
Tabela 14. Orientação para a comunidade: indicadores do componente territorialização, por grupos de regiões de saúde	158
Tabela 15. Orientação para a comunidade: indicadores do componente intersetorialidade, por grupos de regiões de saúde	162
Tabela 16. Orientação para a comunidade: indicadores do componente participação social, por grupos de regiões de saúde	164
Tabela 17. Centralidade na família: indicadores do componente abordagem familiar, por grupos de regiões de saúde	172
Tabela 18. Competência Cultural: indicadores do componente abordagem cultural, por grupos de regiões de saúde	178
Tabela 19. Primeiro contato: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	185
Tabela 20. Longitudinalidade: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	188
Tabela 21. Abrangência ou integralidade: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	191
Tabela 22. Coordenação: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	195
Tabela 23. Orientação para a comunidade: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	198
Tabela 24. Centralidade na família: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	200
Tabela 25. Competência cultural: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014.....	201

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
AE	Atenção Especializada
AIS	Ações integradas de saúde
AMQ	Avaliação para melhoria da qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes mellitus
DSE	Desenvolvimento socioeconômico
EqAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GP	<i>General practitioner</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID SUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma operacional básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PcaTool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas integrativas e complementares
PMA2	Produção e marcadores para avaliação
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROADESS	Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SGDAB	Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISAB/ e-SUS	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da informação e comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	21
2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
2.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE E APS.....	27
2.3. ATRIBUTOS DA APS.....	31
2.3.1. Primeiro contato.....	33
2.3.2. Longitudinalidade.....	36
2.3.3. Abrangência/integralidade.....	39
2.3.4. Coordenação.....	41
2.3.5. Orientação para a comunidade	46
2.3.6. Centralidade na família	49
2.3.7. Competência cultural	52
2.4. APS NA REDE REGIONALIZADA.....	56
3. O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB	61
3.1. PMAQ-AB CICLO 1.....	64
3.2. MUDANÇAS NO PMAQ-AB CICLO 2	71
3.3. LIMITAÇÕES DO PMAQ-AB	75
4. METODOLOGIA	79
4.1. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PMAQ-AB CICLO 1 POR ATRIBUTO DA APS..	79
4.2. CONSTRUÇÃO DE INDICADORES	89
4.3. TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE	89
4.4. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PMAQ-AB CICLO 2 POR ATRIBUTO DA APS..	93
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	94
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	96
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	98
5.1. ATRIBUTO PRIMEIRO CONTATO.....	99
5.1.1. Horários de funcionamento	99
5.1.2. Acolhimento	101
5.1.3. Agendamento da consulta na Atenção Básica	103
5.1.4. Atendimento de urgência e emergência	107
5.1.5. Discussão	108
5.2. ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE	115
5.2.1. Continuidade da relação profissional-paciente	115
5.2.2. Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)	117
5.2.3. Discussão	120
5.3. ATRIBUTO ABRANGÊNCIA OU INTEGRALIDADE	125
5.3.1. Serviços realizados/escopo de ações	125
5.3.2. Resolutividade da AB	130
5.3.3. Discussão	134
5.4. ATRIBUTO COORDENAÇÃO	140
5.4.1. Continuidade informacional	140
5.4.2. Ordenamento de fluxos assistenciais	142

5.4.3. Acesso a consultas/exames especializados	145
5.4.4. Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada	148
5.4.5. Discussão	151
5.5. ATRIBUTO ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE	157
5.5.1. Territorialização	157
5.5.2. Intersetorialidade	160
5.5.3. Participação social	163
5.5.4. Discussão	165
5.6. ATRIBUTO CENTRALIDADE NA FAMÍLIA	171
5.6.1. Abordagem familiar	171
5.6.2. Discussão	173
5.7. ATRIBUTO COMPETÊNCIA CULTURAL	177
5.7.1. Abordagem cultural	177
5.7.2. Discussão	179
5.8. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS NACIONAIS – CICLOS 1 e 2 PMAQ-AB.....	182
6. DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES	204
7. REFERÊNCIAS	214
ANEXOS	227
ANEXO 1. VARIÁVEIS, PADRÕES DE REFERÊNCIA E INDICADORES POR ATRIBUTO DA APS – CICLO 1 PMAQ-AB	227
ANEXO 2. VARIÁVEIS E PADRÕES DE REFERÊNCIA DAS VARIÁVEIS COMPATÍVEIS CICLO 2 PMAQ-AB	237

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a atenção primária à saúde (APS) tem sido revitalizada, visto suas contribuições para a melhoria dos cuidados e para os resultados em saúde (Starfield et al., 2005; OPAS/OMS, 2005; OMS, 2008). No Brasil, com a implantação do SUS, a atenção básica teve importante expansão e a Estratégia Saúde da Família (ESF) preconizou um novo modelo assistencial para APS no país, processo que vem exigindo avaliação dos serviços ofertados à população com vistas à melhoria da qualidade da atenção.

O objeto da dissertação é a análise sobre a efetivação dos atributos da APS na prática das equipes de Atenção Básica do Brasil, na perspectiva das próprias equipes e dos usuários dos serviços. Para tal, serão analisadas variáveis do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) dos ciclos 1 e 2 (2011/2012 e 2013/2014, respectivamente).

Ainda que a Atenção Básica seja de competência municipal, para que se constitua na base de uma rede de atenção orientada pela APS, não pode estar isolada da perspectiva regional com suas heterogeneidades. Dessa forma, o foco da análise dos atributos da APS será segundo grupos de Regiões de Saúde definidos a partir de características de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços construídos pela Pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”¹.

As justificativas para a escolha do objeto envolvem a minha inserção profissional na fase de avaliação externa do PMAQ-AB, a trajetória de formação para a gestão da APS, e aspectos de ordem ideológica-conceitual, relacionados à importância da APS na construção de sistemas públicos de saúde de qualidade para garantia do direito à saúde e à importância do estudo dos atributos da APS para a qualificação dos serviços de atenção básica no Brasil.

No que se refere à proximidade com a temática da APS e PMAQ-AB, os principais motivadores foram a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, seguida pelo Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica; e a inserção na avaliação externa do PMAQ-AB pelo grupo de coordenação da Ensp/Fiocruz. A Residência foi realizada entre os anos de 2010 a 2012, na Ensp/Fiocruz e foi marcada pelas discussões teóricas e vivências do processo de trabalho em uma equipe de saúde da família do território de Manginhos. Em seguida, nos anos 2012 e 2013, o curso de Gestão da Atenção Básica na mesma instituição, possibilitou uma inserção e interlocução com as três esferas de

¹ Essa pesquisa, sob coordenação da Prof.^a Ana Luiza D’Ávila Viana, será referida no projeto também pela nomenclatura “Pesquisa Regiões e Redes”.

governo: âmbito municipal, estadual e federal. Nos dois momentos de formação em serviço, a preocupação sobre a qualidade da APS sempre esteve latente. Em especial o trabalho final sobre financiamento da Atenção Básica (AB), e a vivência de preparação para o ciclo 1 do PMAQ-AB nas esferas estadual (estágio na SES-RJ) e federal (vivência no Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde), em 2012, despertou-me um interesse diferenciado pela temática de avaliação da qualidade na AB e permitiu-me conhecer a amplitude do PMAQ-AB.

Esta oportunidade de reflexão sobre o PMAQ-AB é produto principalmente da inserção no grupo de condução da avaliação externa e divulgação dos resultados pela equipe Ensp/Fiocruz – instituição responsável pela coordenação da coleta de dados em nove estados brasileiros. Esta vivência propiciou debates sobre planejamento e organização da coleta de dados, análise de documentos institucionais, aproximação com o Ministério da Saúde, e discussões teóricas sobre os avanços e desafios da avaliação em Atenção Básica e do PMAQ-AB enquanto ferramenta para institucionalização da avaliação e da qualificação da APS como modelo de atenção preferencial à organização da rede de atenção à saúde.

O foco da dissertação se baseia na análise dos atributos essenciais e derivativos da APS na atuação das equipes de Atenção Básica, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência ou integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural, segundo Starfield (2002). A escolha por analisar se esses atributos estão presentes no trabalho das equipes conforme o preconizado, parte do pressuposto dos benefícios que o modelo de atenção à saúde com base na APS proporciona à população, e à organização do sistema de saúde em redes, tendo a APS a função de coordenadora do cuidado.

Estudos internacionais apontam características da atenção primária à saúde que, isoladas ou combinadas, podem ser responsáveis por um impacto positivo deste modelo de atenção na saúde da população. São eles:

um 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: 487)

Starfield et al. (2005) demonstram que sistemas de saúde com APS forte estão associados a melhores resultados de saúde. A partir de estudo realizado em países

industrializados com orientação para a APS, observou-se a relação de uma APS robusta com menores taxas de mortalidade por qualquer causa (por exemplo câncer, doença cardiovascular, doenças respiratórias, mortalidade prematura e infantil). Além disso, indicam um aumento da expectativa de vida e melhoria na autopercepção de saúde dos usuários. A magnitude da melhoria estaria associada também à maior disponibilidade do profissional médico generalista (Starfield, et al., 2005).

Em revisões realizadas por Atun (2004) e Starfield et al. (2005), a indicação é que um aumento de investimentos na APS melhora a equidade de acesso quando comparado a sistemas baseados em especialistas. Os médicos da APS estão mais propensos do que os especialistas para prestar um cuidado continuado e atenção integral, ocasionando melhores resultados de saúde, além de menor chance de intervenções inadequadas, em especial quando desempenham a função de *gatekeeper*. As revisões indicam ainda que os médicos de APS estão mais propensos a perceber os eventos adversos que resultam dos seus próprios cuidados e dos cuidados de outros profissionais (Atun, 2004; Starfield et al. 2005).

Ao estudar o impacto da APS na redução das iniquidades em saúde, Starfield et al. (2005) demonstram que maiores taxas de médicos de APS por população estão associados a impactos positivos mais intensos na saúde da população de áreas socialmente mais desfavorecidas, contribuindo para a equidade (Starfield et al., 2005). Além disso, com exceção das áreas metropolitanas, todos os estudos concluíram menor disparidade de cuidados em saúde com base na APS, particularmente os que examinaram o recebimento de serviços de APS pela população (Atun, 2004).

A maior oferta de médicos de APS também se apresenta associada a menores custos totais dos serviços de saúde quando comparada a demais áreas. Isso provavelmente se deve a uma melhor assistência preventiva, taxas de hospitalização inferiores e menor utilização de centros de serviços de emergência. Além disso, um cuidado mais integral ao usuário é resultante dessa combinação entre investimento em tecnologias de menor custo como prevenção e promoção da saúde (Starfield et al., 2005; Atun, 2004). Porém, é importante destacar que outros pontos influenciam nos custos totais com a APS, como por exemplo, o tipo de contrato e sistemas de pagamento dos médicos (Kringos, et al. 2010).

Por fim, Starfield (2002) destaca que a importância de medir os atributos da APS reside na possibilidade dos profissionais se qualificarem para a atuação em APS. Se comparada aos demais níveis de atenção, é nítido o impacto da APS na saúde da população. Logo, o conhecimento sobre cada aspecto visa contribuir para o alcance dos

resultados esperados e estímulo a outras pesquisas visando uma APS de qualidade.

Em outras palavras, espera-se que o presente estudo sobre a efetivação dos atributos da APS no processo de trabalho das equipes, permita identificar avanços e desafios colocados no contexto da atenção básica brasileira para colaborar com a tomada de decisão frente a esses desafios.

Para a verificação da efetivação dos atributos da APS, foram escolhidos os dados do PMAQ-AB; escolha suscitada pelas seguintes reflexões:

- É um dos principais, mais atuais e amplos programas de avaliação em Atenção Básica, tanto no que se refere ao número de equipes avaliadas, ao número de UBS visitadas, aos usuários entrevistados e às instituições de ensino envolvidas no seu processo de planejamento e desenvolvimento;
- O importante recurso financeiro destinado à Atenção Básica, nos pagamentos por desempenho, a partir do Piso de Atenção Básica variável (PAB-variável), cujo repasse se inicia desde o momento da adesão das equipes/município ao PMAQ-AB;
- Seja sob a ótica do recurso financeiro destinado ao PMAQ-AB, seja sob o aspecto de fortalecimento da APS no país, utilizar os resultados desse programa para a dissertação visa compor um conjunto de iniciativas sobre “respostas”/“prestação de contas” à sociedade, aos participantes do programa e aos gestores envolvidos. Divulgar seus resultados busca gerar reflexões sobre algumas das contribuições desse programa e da avaliação em saúde para a melhoria da qualidade da AB no Brasil;
- O PMAQ-AB está em processo de desenvolvimento e em fase de discussão dos próximos ciclos, o que torna possível, melhorias em sua formulação;
- Ter disponível um banco de dados com informações de infraestrutura, de profissionais e usuários de nível nacional permite uma discussão mais ampla sobre a efetivação dos atributos e mesmo, uma comparação entre a percepção dos atores; isso sem contar que para alguns atributos, as respostas dos usuários são as mais centrais.

O recorte de análise dos dados do PMAQ-AB escolhido para a dissertação foram as regiões de saúde segundo tipologia pré-definida pela pesquisa Regiões e Redes. Optou-se por analisar a efetivação dos atributos da APS nas regiões de saúde segundo essa tipologia, que considera o desenvolvimento socioeconômico dos municípios e a oferta de serviços públicos e privados, agrupando as regiões de saúde do país em 5 tipos (Viana, 2014).

Qual a importância e por que a opção de discutir APS nas regiões de saúde, se esse nível de atenção é de responsabilidade de execução municipal? Primeiro porque muitos municípios brasileiros, isoladamente, não conseguem resolver os desafios de uma APS de qualidade, quiçá de acesso integral à rede de atenção. Segundo porque os municípios do Brasil, em sua maioria de pequeno porte, tem características extremamente diversificadas quanto à sustentabilidade financeira e capacidade de gestão. Terceiro porque a APS, apesar de estratégia prioritária, é somente um dos pontos da rede de atenção, que não opera o SUS se estiver desarticulado dos demais níveis.

A organização da rede de atenção regionalizada de qualidade a partir da APS, está relacionada ao modelo federativo brasileiro, que depende de cooperação entre os entes federativos, em uma conjunção tripartite complexa, que precisa conjugar a interdependência e a autonomia dos três entes (Abrucio, 2005, Lima, 2012). Apesar da organização da rede em regiões de saúde estar colocada nos marcos legais a pelo menos duas décadas, o reconhecimento desta enquanto potência, é uma discussão recente. Estratégias que envolvam uma atuação articulada entre os entes federativos, com enfoques nas especificidades de cada região são essenciais para que a APS consiga exercer a função de ordenação da rede regionalizada (OPAS/OMS, 2011).

Kringos et al. (2010), da mesma forma, ressaltam a responsabilidade da APS na coordenação dos cuidados e a relação dessa característica com uma APS forte e de qualidade, visto que a coordenação está associada a melhor qualidade da atenção.

Na presente pesquisa, portanto, o recorte da efetivação dos atributos da APS por regiões de saúde segundo Tipologia desenvolvida pela Pesquisa Regiões e Redes (Viana, 2014) visa analisar o papel da APS na coordenação das redes de atenção à saúde (RAS) e na garantia do acesso dos usuários a um sistema integral e resolutivo. Entende-se que essa tipologia de regiões de saúde traz uma agregação favorável para avaliar o papel da APS na rede, uma vez que considera características socioeconômicas e a capacidade instalada dos serviços de saúde, contribuindo para a discussão sobre equidade nos sistemas universais de saúde (Viana, 2014). Almeja-se que os resultados informem as gestões municipais ou estaduais, e mais especificamente, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) sobre problemas comuns na APS, possivelmente contribuindo para a análise da gestão. Além disso, que agregue elementos para análise da APS nas regiões de saúde, conforme objetivo pretendido pela pesquisa (Viana, 2014).

Outra questão motivadora desse estudo é o consenso entre os atores em saúde sobre a necessidade de institucionalizar a “cultura de avaliação”. Mesmo que os resultados das

avaliações não gerem diretamente decisões imediatas, espera-se que contribuam para um julgamento que influencie mais positivamente essas 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 coalisão ela suscitar. É preciso portanto, que diferentes atores estejam cientes de sua importância, e portanto, de 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 (Contandriopoulos, 2011).

A análise mais aprofundada dos dados do PMAQ-AB pode contribuir para potencializar mérito e credibilidade do programa, tanto por difundir seus resultados, como por identificar pontos de aprimoramento nos instrumentos de avaliação.

A dissertação apresenta as seguintes questões de pesquisa:

- Os atributos da APS são efetivados no processo de trabalho das equipes de AB no Brasil?
- Qual a concepção de APS orientadora dos instrumentos do PMAQ-AB?
- Os resultados do ciclo 1 e ciclo 2 permitem identificar uma evolução nos resultados das equipes no que se refere à efetivação dos atributos da APS?
- Existe associação entre os atributos da APS e características das regiões de saúde?

O **objetivo geral** é analisar a efetivação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na prática das equipes de Atenção Básica segundo grupos de regiões de saúde do Brasil, a partir do banco de dados do PMAQ-AB, ciclos 1 e 2.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar a concepção de APS orientadora dos instrumentos do PMAQ -AB;
- Examinar o cumprimento dos atributos da APS na perspectiva de profissionais e usuários participantes do PMAQ-AB;
- Analisar a associação entre os atributos da APS e características das regiões de saúde segundo tipologia da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão de Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”;
- Comparar os resultados nacionais dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, referentes às

UBS, equipes e usuários quanto à efetivação dos atributos da APS.

O trabalho está estruturado da seguinte forma. Seguindo-se à introdução, o capítulo 2 é composto por um referencial teórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde, avaliação em saúde e APS, atributos da APS e APS na rede regionalizada, a fim de construir um arcabouço geral das principais temáticas da dissertação.

O capítulo 3 foca no PMAQ-AB, o que inclui seus marcos legais, o desenho do programa, as características do ciclo 1, mudanças no ciclo 2 e limitações metodológicas. Visa apresentar os principais aspectos do programa ao leitor, contextualizar sua abrangência nacional e problematizar questões em torno do seu desenho.

O capítulo 4 aborda a metodologia da dissertação, envolvendo um detalhamento de cada uma de suas etapas realizadas: seleção das variáveis dos ciclos 1 e 2, construção de indicadores, comparação entre ciclos 1 e 2 e análise dos dados. Possui também um item de apresentação da tipologia dos grupos de regiões de saúde segundo a Pesquisa Regiões e Redes, que foi a base para a discussão da APS nos grupos de regiões de saúde.

O capítulo 5 consiste na apresentação dos resultados. Ele foi construído em três eixos: por componente de cada atributo da APS e discussão desses resultados em diálogo com as bibliografias relacionadas a cada tema; pela distribuição dos resultados de cada atributo por grupo de região de saúde e as principais diferenças entre esses grupos; e pela comparação dos resultados nacionais por atributo entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB.

Nas conclusões, sintetizam-se as principais reflexões derivadas do estudo sobre os atributos da APS nas regiões de saúde, a partir dos objetivos específicos. Tem como proposta retomar e articular as principais discussões entre os referidos capítulos, além de suscitar reflexões para o aprofundamento e realização de novas pesquisas.

2. ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A primeira referência à Atenção Primária à saúde como um nível dos sistemas de saúde é encontrada no Relatório Dawson, de 1920, no Reino Unido. Nesse relatório constava a descrição completa de uma rede regionalizada, com base na coordenação entre medicina preventiva e curativa em um território. Cada território teria centros de saúde primários que seriam a “porta de entrada” do sistema e buscariam resolver a maior parte das necessidades de saúde por meio de médico generalista. Os casos não resolvidos na Atenção Primária deveriam ser encaminhados aos demais serviços especializados e hospitalares, ao qual os centros estavam vinculados, caracterizando assim a hierarquização dos níveis de atenção à saúde (Kuschnir e Chorny, 2010).

O Relatório Dawson foi o primeiro documento a discutir a territorialização e articulação entre saúde pública e atenção individual. No que se refere à organização dos serviços, trouxe as concepções de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência, coordenação pela APS e mecanismos de integração (Kuschnir e Chorny, 2010).

A concepção de organização hierárquica influenciou sistemas de saúde de todo o mundo, principalmente por duas características: regionalização e integralidade. No caso dos países desenvolvidos, buscavam-se novas formas de atenção à saúde mais eficientes e baratas, enquanto nos países em desenvolvimento, a falta de acesso a cuidados básicos predominava (Fausto e Matta, 2007).

No final da década de 1970, a OMS e a Unicef realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (Cazaquistão), o principal marco internacional da APS. A Declaração de Alma Ata preconizava a APS como estratégia para melhoria da saúde e alcance das metas do Programa Saúde para Todos no Ano 2000, um pacto assinado por 134 países. Cuidados primários em saúde, no relatório da Conferência de Alma Ata, foram definidos como:

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

onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS, 1978:1)

A APS de acordo com a Declaração de Alma Ata pressupõe centralidade nas necessidades de saúde da população, perspectiva interdisciplinar, participação social na gestão e um conjunto de ações mínimas que envolvem educação em saúde para proteção e prevenção, alimentação adequada, tratamento de água e saneamento, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, controle de endemias, tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Para além disso, a declaração aponta para a necessidade de conceber a saúde como direito humano e como resultado de condições econômicas e sociais (Fausto e Matta, 2007).

A partir de Alma-Ata, a APS tornou-se referência para reformas de saúde. Porém, em muitos países, principalmente em desenvolvimento, organismos internacionais adotaram uma perspectiva focalizada e seletiva de APS, no sentido de minimizar a exclusão social, focada nas populações de baixa renda e distanciando-se da universalidade proposta no documento. As ações com destaque nesses países pobres, financiadas pela Unicef, eram: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização (Giovanella e Mendonça, 2012).

Décadas depois da Conferência em Alma-ata, a OPAS e OMS elaboraram documentos importantes para o fortalecimento da APS. São eles: o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005) e o Relatório Mundial de Saúde, de 2008, “Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008).

O documento da OPAS destaca a importância de uma abordagem integrada e horizontal para o alcance da universalidade, bem como, de cuidados orientados à qualidade, ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos. (OPAS/OMS, 2005). E o Informe da OMS destaca o papel da APS como coordenadora do cuidado e capaz de dar respostas integrais em todos os níveis de atenção, através de um conjunto de reformas que visem à universalidade e a participação social. Nesse, a centralidade é na pessoa e em suas necessidades de saúde (OMS, 2008).

O documento de “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005) aponta diferenças quanto aos enfoques sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde, classificando essas abordagens em quatro principais:

- APS seletiva - *selective primary care* (ênfase nos serviços de saúde restritos à população muito pobre): O conceito de APS abrange programas específicos e seletivos com cesta restrita de serviços. Há um enfrentamento limitado de problemas de saúde e é aplicada principalmente nos países em desenvolvimento. A maior parte das ações é dirigida ao grupo materno-infantil, como por exemplo, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, imunização e aleitamento materno.

- APS como primeiro nível de atenção - *primary care*: O conceito de APS como ponto de entrada no sistema de saúde e local de cuidados para a maioria das pessoas na maior parte do tempo. Corresponde aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo ações de caráter preventivo e serviços clínicos para toda a população.

- APS abrangente ou integral de Alma-ata - *comprehensive primary health care* (ênfase na organização dos sistemas de atenção à saúde e promoção): APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e participação social. Princípios fundamentais da APS integral: enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, acesso e cobertura universal com base em necessidades, participação comunitária, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente de recursos.

- APS como enfoque em saúde e direitos humanos (ênfase nos processos emancipatórios, setores sociais e saúde): APS como parte da compreensão da saúde como direito humano; abordagem dos determinantes sociais e políticos de saúde; defesa da ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas; e que as políticas devem ser apoiadas em compromisso financeiro dos governos e em legislação para promover a equidade em saúde (OPAS/OMS, 2005).

Rifkin e Walt (1986), ao analisar as concepções de APS seletiva e abrangente, discutem que a concepção de APS seletiva é mais atrativa às agências financiadoras devido seus resultados em curto prazo, o incentivo ao setor privado na prestação de serviços e o foco na intervenção em saúde com baixos custos. Ao contrário, a APS abrangente ou integral apresenta maior complexidade, é fundamentada na compreensão da saúde como direito e está relacionada aos processos de desenvolvimento e determinação social da doença. Os autores defendem, assim como o documento da OPAS, que a APS não é somente uma alternativa para a prestação de cuidados de saúde, mas é uma estratégia para o desenvolvimento dos sistemas de saúde (Rifkin e Walt, 1986).

A definição de APS em Alma-Ata é abrangente, pois considera APS como função central do sistema; como parte de um processo mais geral de desenvolvimento econômico

e social das comunidades; apresenta preocupação com os custos crescentes da assistência médica, por consequência da incorporação de novas tecnologias, atentando à relação custo-benefício; pressupõe participação comunitária; inclui práticas da medicina tradicional e agentes de saúde da comunidade treinados, se contrapondo ao elitismo médico; APS representa o primeiro nível de contato, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem ou trabalham; não se restringe ao primeiro nível, está integrada ao processo permanente da assistência integral, incluindo: prevenção, promoção, cura e reabilitação; e enfatiza a necessidade de ações de outros setores (Giovanella e Mendonça, 2012).

Kringos et al. (2010) destacam que sistemas de saúde onde a APS dispõe de recursos adequados para facilitar o acesso ao diversificado escopo de serviços, de maneira coordenada e contínua, através da aplicação eficiente de recursos e prestação de cuidados de alta qualidade, contribuem para a equidade em saúde.

Para Starfield, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde, articulando-se ao trabalho de todos os outros níveis e organizando o uso dos recursos, direcionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde. Podemos dizer que a autora operacionaliza a concepção de APS abrangente, com foco na discussão da qualidade da atenção e identificando quatro atributos essenciais para avaliação da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O poder de intervenção e a qualidade da APS são potencializados quando se considera a capacidade de interação dos serviços com os indivíduos e com a comunidade, o que foi nomeado pela autora, como atributos derivativos: “orientação para a comunidade”, “centralidade na família” e “competência cultural” (Starfield, 2002).

No Brasil, nos anos 1980, o ideário da reforma sanitária compreendia a necessidade de reorientação do modelo assistencial e de mudança do modelo da assistência médica previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). As Ações Integradas em Saúde (AIS) já eram um ensaio aos princípios de universalidade e atenção integral. Com a criação do SUS e seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, a concepção de APS também foi se modificando. Para diferenciar-se da concepção de APS seletiva, as políticas do Brasil adotaram o termo “atenção básica” definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e com o objetivo de responder a maior parte de necessidades de saúde da população (Teixeira e Solla, 2006; Giovanella e Mendonça, 2012).

A APS ganhou destaque nacionalmente, a partir da norma operacional básica (NOB) SUS 01/96, onde aparece o termo “atenção básica”, que passa a ser caracterizada como o primeiro nível de atenção à saúde. A NOB 96 traz inovações quanto à: alocação de recursos, instituindo nova modalidade de financiamento – o PAB fixo e PAB variável; fortalecimento da capacidade gestora do Estado em nível local; e definindo indicadores de produção e de impacto epidemiológico (Levcovitz et al., 2001).

O PAB fixo é uma transferência per capita para cobertura de atenção básica pelos municípios. A esfera federal repassa fundo-a-fundo, aos municípios, um valor fixo por habitante por ano. Já o PAB variável, também fundo-a-fundo, é composto por incentivos financeiros para programas específicos/estratégicos, que podem variar de acordo com a adesão/adoção dos municípios aos programas.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994 tinham o intuito de estimular a reorganização da atenção em âmbito local e tinham por foco, as famílias vulneráveis. Foram criados enquanto programas verticais para as regiões Norte e Nordeste do país para interromper epidemias. Porém, principalmente no período de 1998-2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da atenção básica, para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS, com vistas à universalização. (Teixeira e Solla, 2006).

Segundo Gil (2006), a expansão do PSF desencadeou reflexões como insuficiência nos arranjos organizacionais e falência das práticas profissionais e de gestão voltadas ao tradicional modelo de atenção. A autora destaca o referencial da vigilância em saúde como base do PSF, o que envolve organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva e paradigma da produção social da saúde. Além da vigilância, refere às ações programáticas em saúde como um recurso epidemiológico de influência no modelo do PSF, para uma abordagem coletiva. Ressalta também a proposta Em defesa da Vida (do Pacto pela Saúde), que foca na organização do trabalho coletivo para produção de mudanças no sistema e nas práticas, privilegiando acolhimento, vínculo, etc.

O PSF ganhou importância política governamental e passou a ser considerada uma estratégia prioritária para a organização dos sistemas municipais de saúde. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizou o PSF enquanto estratégia por meio de acordo tripartite. A PNAB 2006 incorporou os atributos de APS propostos por Starfield.

A PNAB preconiza equipe multiprofissional, territorialização, adscrição de

clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. O objetivo é que a UBS seja a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, integrada aos demais serviços da rede. As equipes devem trabalhar no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo atividades de planejamento, de educação em saúde, ações intersetoriais e garantir assistência integral às famílias (Brasil, 2006; Conill et al., 2010).

Mais recentemente, em 2011, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, é reiterada uma concepção de APS abrangente:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2011b:19)

Além disso, a PNAB 2011 traz algumas propostas diferentes da PNAB 2006, no que se refere: aos programas que compõem o PAB variável, como por exemplo, o componente qualidade (PMAQ-AB); às diferentes tipologias de equipes para além de saúde da família (ribeirinhas, fluvial e consultório na rua, por exemplo); às diferentes possibilidades de inserção do profissional médico nas equipes de Atenção Básica, quanto à carga horária; e a institucionalização dos diferentes tipos de núcleos de apoio à saúde da família (NASF) (Brasil, 2011b).

Apesar dos avanços na cobertura de atenção básica com mais de 35.000 equipes de saúde da família atuando no país, permanecem importantes desafios. Segundo diversos autores, os principais desafios da Atenção Básica envolvem: (Teixeira e Solla, 2006; Viana et al., 2008; Conill et al., 2010; Brasil, 2013a; Fausto et al., 2013)

- Situação inadequada da rede física das UBS e ambiência, o que influencia na avaliação dos usuários sobre a qualidade dos serviços oferecidos;
- Sobrecarga de população adscrita por equipe;
- Inadequada/insuficiente ações de educação permanente e apoio institucional que fortaleçam o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes;
- Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, principalmente quanto à resolutividade, integração entre os membros das equipes, orientação em função de prioridades, metas e resultados, baseado nas complexidades de pequenos centros e metrópoles;

- Precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais;
- Rotatividade dos gestores e profissionais das equipes, associado à fragilidade dos vínculos trabalhistas, o que gera insatisfação por parte dos mesmos;
- Presença irregular dos profissionais médicos nas equipes principalmente em municípios do interior;
- Desafios específicos de municípios de pequeno porte e da Região Norte que necessitam de outras formas de organização da AB para que se atenda às necessidades de acesso geográfico, oferta de serviços e fixação de profissionais;
- Necessidade de políticas intersetoriais para o enfrentamento de desafios da complexidade urbana, como por exemplo, a violência e suas repercussões para os serviços de saúde;
- Baixa capacidade gerencial e operacional na gestão do SUS;
- Necessidade de processos de gestão visando o acompanhamento da qualidade;
- Financiamento inadequado e insuficiente da AB;
- Integração incipiente da APS à Rede de Atenção à Saúde;
- Segmentação e fragmentação dos serviços, questões centrais à compreensão da qualidade dos AB e operacionalização da concepção abrangente de APS;
- Necessidade de fortalecer a integralidade da atenção à saúde;
- Isolamento dos profissionais da Equipe de saúde bucal ou ausência dessas equipes, com prejuízos à integralidade;
- Pressão dos setores do empresariado médico-hospitalar e indústria farmacêutica pela manutenção do fluxo de recursos financeiros para os serviços de média e alta complexidade.

2.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE E APS

A dinamicidade dos sistemas de saúde envolve o conjunto das relações políticas, econômicas e institucionais e seu arsenal de regras e serviços, além de aspectos essenciais para a sua compreensão, como a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações. Logo, todos esses fatores tornam o estudo e avaliação desses sistemas, complexos (Lobato e Giovanella, 2012).

Em um contexto em que se associam as exigências de acesso equitativo a serviços de qualidade e/ou as respostas ao complexo industrial de saúde, à perspectiva de desenvolvimento nacional, a avaliação em saúde se apresenta como um importante

mecanismo para compreender os sistemas, sistematizar a análise dos contextos, bem como, para responder às necessidades de informação dos responsáveis pela tomada de decisão (Champagne et al., 2011).

A avaliação em saúde tem sido aprimorada ao longo do tempo. Champagne et al. (2011) organizam a história da avaliação em quatro gerações e seis períodos: Geração I – período do Reformismo (1800 e 1900) e eficiência e testagem (1900-1930) que tinham como principal característica a medida; Geração II – Idade da inocência (1930-1960), cuja característica principal era a descrição; Geração III – expansão (1960-1973) e profissionalização e institucionalização (1973-1990), tendo o julgamento como central; e a Geração IV, de dúvidas (1990 até a atualidade), que foca na negociação e participação de diferentes atores nos processos avaliativos.

São muitas as definições de avaliação em saúde existentes na literatura. Dubois et al. (2011) entendem a avaliação em saúde na atualidade como um “*processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção de conhecimento sobre as intervenções*” (Dubois, et al., 2011:20).

Para Champagne et al. (2011):

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (Champagne et al., 2011: 44)

Ou, segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a avaliação é compreendida como atribuição da gestão:

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. (...) Deve constituir-se, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades. (...) A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. (Brasil, 2005a: 18)

Ambas as conceituações ressaltam a importância da avaliação para a tomada de decisão, como embasamento para as ações e a necessidade do envolvimento de diferentes

atores nesse processo. Mais que para o fornecimento de informações fundamentadas, a avaliação pode ser vista como um processo de aprendizagem, resultado de negociações diversas e, portanto, *“está apta a desempenhar um papel importante na governança e na melhoria contínua das intervenções do sistema de saúde”* (Contandriopoulos, 2011: 272).

Figueiró et al. (2010) resumem um conjunto de objetivos principais da avaliação: auxiliar no planejamento e desenvolvimento de uma intervenção (objetivo estratégico); subsidiar por meio de informações a melhoria de uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, alterada ou interrompida (objetivo somativo); utilizar processos de avaliação como incentivo para transformação de situações injustas ou problemáticas, visando o bem-estar (objetivo transformador); ou contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Champagne et al. (2011) destacam que as contribuições da avaliação são a possibilidade de medição, controle, administração, previsão e definição de prioridades para intervenções, programas e políticas (Champagne et al., 2011).

Para avaliar uma intervenção, são possíveis, principalmente, dois tipos de estudos avaliativos: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em *“fazer um julgamento sobre uma intervenção, no que se refere a seus recursos e organização (estrutura), serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes”* (Figueiró et al., 2010: 10). Já a pesquisa avaliativa se refere a um julgamento por meio de métodos científicos. Pode contemplar a análise estratégica (pertinência), a análise lógica (coerência), a análise de produção (produtividade de qualidade), a análise de efeitos (eficácia), a análise de eficiência e a análise de implantação (interações entre intervenção e contexto de implantação na produção de efeitos) (Champagne et al., 2011).

Outro debate essencial são os enfoques de avaliação de qualidade descritos por Donabedian (1990) muito utilizados nas avaliações em saúde. O autor se baseia no modelo sistêmico (relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado) e nas dimensões/atributos conhecidos como os “sete pilares da qualidade”, dos quais se incluem (Donabedian, 1990; Frias, et al., 2010):

- Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; consiste na relação entre o impacto real e o potencial.
- Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações.

- Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”.
- Equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.
- Aceitabilidade: fornecimento de serviço de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares.
- Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.
- Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo, dos serviços ofertados.

Em estudo de Frias et al. (2010) é destacada também a perspectiva de outros autores, frente aos pilares estabelecidos por Donabedian. Fazendo um compilado das perspectivas, os autores propõem a inclusão de três dimensões na avaliação: o acesso, a adequação/cobertura da oferta e a qualidade técnico-científica dos serviços.

Starfield (2002) se baseia na concepção sistêmica de Donabedian para avaliar os serviços de APS, à medida que considera aspectos individuais e populacionais para análise da qualidade da atenção, e refere necessidade de distintas abordagens para avaliação da qualidade, incluindo elementos de estrutura, processo e resultados. A operacionalização do conceito de APS por meio de atributos permite identificar o grau de orientação à APS, comparar sistemas ou tipos de serviços e realizar a associação entre presença de atributos e efetividade da atenção (Starfield 2002).

Considerando a variabilidade de acordo com o contexto e época, Starfield (2002) apresenta uma abordagem para avaliação dos sistemas de saúde. Destaca que cada sistema de saúde possui uma estrutura (capacidade) que são as características que possibilitam a oferta/prestação de serviços; processos (desempenho) que são as ações que constituem a oferta e recebimento dos serviços (ações dos profissionais e usuários) e resultados, observados em vários aspectos de estado de saúde da população (Starfield, 2002).

Para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos essenciais da APS (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) é necessário relacionar elementos de estrutura (capacidade) e processo (desempenho) (Starfield, 2002).

A autora argumenta que nenhum sistema de saúde alcança o desempenho perfeito

em todos os atributos da APS ao mesmo tempo, pois este é um processo gradativo e a busca pela qualidade dos serviços é um processo constante. Ela chama a atenção para a necessidade de uma atualização constante dos padrões de qualidade, ou seja, à medida que um padrão é atingido, outro deverá ser elaborado para o alcance de um patamar superior no decorrer do tempo. O estudo dos atributos e da qualidade da atenção reforçaria a necessidade de qualificação dos profissionais e organização dos serviços para a melhoria da qualidade do sistema e dos resultados de saúde (Starfield, 2002).

É importante ressaltar que a metodologia da avaliação do PMAQ-AB se propõe colaborativa e construtivista, à medida que os atores envolvidos (representantes dos entes municipal, estadual e federal) desempenham papéis centrais, ao mesmo tempo que, não necessariamente compartilham da mesma opinião, porém, constroem consensos que contribuem para a permeabilidade da avaliação e desenvolvimento de co-responsabilidades. Além disso, pode ser considerado estratégico, uma vez que seu objetivo ultrapassa a avaliação do desempenho e repasse do recurso, podendo suscitar a reflexão, discussão e qualificação nos serviços de APS (Fausto, et al., 2013).

2.3. ATRIBUTOS DA APS

Bárbara Starfield (2002) propõe uma metodologia para avaliação da APS que abrange características que podem ser exclusivas da APS, derivativas ou fundamentais, mas não exclusivas.

Entendendo que essas características possuem uma relação entre si, identifica quatro atributos exclusivos/essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação, que são os de maior especificidade para a avaliação da APS. Estes atributos são distintos conceitualmente, mas apresentam superposição e complementação na prática das equipes (Starfield, 2002).

Quanto aos aspectos derivativos da APS, pode-se dizer que contribuem para o alcance dos atributos exclusivos e potencializam a qualidade da APS à medida que pressupõem interação com os indivíduos e com a comunidade. São eles: centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade.

Em relação aos aspectos fundamentais, mas não exclusivos da APS, destacam-se características importantes para a qualidade do sistema de atenção à saúde, tanto para a atenção primária como para a atenção especializada. São eles: “(1) a adequação dos prontuários médicos, (2) a continuidade do pessoal, (3) a comunicação profissional-paciente, (4) a qualidade da atenção e (5) a proteção dos pacientes.” (Starfield, 2002: 489)

Para efeitos deste trabalho serão utilizados os atributos exclusivos e derivativos, conforme definições apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Definição dos atributos exclusivos e derivativos da APS e tipos de informação para medição

Atributo	Definição	Tipo de informação
Atributos exclusivos		
Atenção ao primeiro contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro da saúde Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato
Longitudinalidade	Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção
Abrangência ou Integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas atendidas na APS sem necessidade de encaminhamento
Coordenação da atenção	Coordenação significa integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que os pacientes tenham sido recebidos. Ocorre a partir da disponibilidade de informações relacionadas às necessidades de saúde para o presente atendimento	Mecanismos para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de consultas para encaminhamento (ocorrência e resultados)
Atributos Derivativos		
Orientado para comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade Participação da comunidade nas decisões sobre saúde	Mecanismos de alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na unidade
Centralidade na família	Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família
Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-doença	Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais

Fonte: Adaptado de Starfield, 2002 e Giovanella e Mendonça, 2012.

2.3.1. Primeiro contato

O atributo “primeiro contato” indica os serviços de porta de entrada regularmente procurados cada vez que os usuários necessitam de atenção em caso de novo problema de saúde ou de acompanhamento para um problema rotineiro de saúde. Trata-se da porta preferencial do sistema de saúde, ou seja, o “*ponto de início de atenção e filtro para acesso a serviços especializados*” (Giovanella e Mendonça, 2012: 505).

Esse atributo envolve acessibilidade e acesso, embora frequentemente esses termos sejam utilizados como sinônimos. Travassos e Martins (2004), baseando-se em Donabedian e Andersen, realizam a discussão sobre a diferença entre os termos. A acessibilidade refere-se às características da oferta que facilitam ou dificultam a chegada das pessoas aos serviços, podendo ser sócio organizacionais, financeiras (características do serviço) e geográficas (relacionadas a distância, tempo e custo de viagem, etc.). Para Donabedian, “*a relação dos usuários com o uso de serviços é mediada pela acessibilidade, isto é, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços*” (Donabedian, 1973 *apud* Travassos e Martins, 2004: 191).

Já acesso, é explicado pelas autoras como um conceito multidimensional, podendo ser definido pelo “acesso potencial” e “acesso realizado”; sendo acesso potencial relacionado à presença nos indivíduos de fatores capacitantes para o uso dos serviços, e acesso realizado, a utilização em si, influenciado também por outros fatores que não o acesso potencial (Travassos e Martins, 2004).

Travassos e Martins (2004) concluem que diferentes estudos optam entre uma ou outra terminologia: acessibilidade se referindo a uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e usuários; e o acesso como entrada inicial/principal da capacidade instalada em saúde. A ideia de acesso, portanto, aparece como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (Travassos e Martins, 2004). Além disso, é sinalizado um aspecto financeiro, em que a principal barreira imediata ao acesso está nos sistemas em que é instituído a repartição de custos com co-pagamentos ou pagamentos por parte dos usuários no ato da utilização do serviço (Starfield, 2002).

Segundo estudo comparativo entre Brasil e Espanha, a principal estratégia para acesso e organização da porta de entrada nas UBS identificada pelos gestores nas UBS brasileiras é o acolhimento, como forma de articulação entre demandas espontânea e programada, embora não haja padrões ou garantias de tempos máximos para atendimento

(Almeida et al., 2013).

O acolhimento vem sendo institucionalizado como característica do processo de trabalho na ESF e atribuição comum a todos os membros da equipe multiprofissional, o que favorece a universalização do acesso aos serviços da APS, além de fortalecer o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualificar a assistência à saúde e humanizar as práticas, segundo Garuzi et al. (2014). Para os autores, o acolhimento é compreendido como ferramenta essencial para promover vínculo, estimular o autocuidado, ampliar a compreensão do processo saúde-doença e criar corresponsabilização no cuidado em saúde, e destacam a necessidade de valorizar a perspectiva dos usuários para uma qualificação desse acolhimento (Garuzi et al., 2014).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os serviços de atenção primária configuram-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no Brasil. A expectativa é que esse nível de atenção seja acessível e resolutivo em relação às necessidades de saúde, realizando o acolhimento com escuta qualificada, assim como à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (Brasil, 2011b).

A OMS (2008), da mesma forma, embasa essa concepção da PNAB, acrescentando que a APS deve ser porta de entrada do sistema para a maior parte dos novos problemas de saúde, assim como um sistema de saúde deve fortalecer a APS como primeiro nível de cuidado, não desconsiderando outros elementos/serviços estruturais e funcionais da rede de atenção à saúde (OMS, 2008).

Elementos como a forma de agendamento da consulta na Atenção Básica, o tempo de espera de consulta, o escopo de ações ofertados pela APS, o acolhimento à demanda espontânea e a capacidade de atendimento a pequenas urgências nos revelam sobre a capacidade da APS exercer sua função de porta de entrada preferencial. O atendimento à demanda espontânea, deve garantir o acesso oportuno e universal dos usuários às ações de saúde independente de serem de grupos prioritários/programáticos (Fausto et al., 2014).

Uma das principais vantagens sinalizadas por Starfield (2002), no caso da APS como serviço de primeiro contato, para além da ampliação do acesso, se refere à qualidade dos serviços. Ou seja, utilização reduzida de serviços especializados e serviços de emergência, menor demanda por exames e procedimentos de alto custo e menor probabilidade de danos médicos por erros, o que se justifica pelas diferenças na formação dos médicos de APS e médicos especialistas. Enquanto médicos de APS são capacitados para atuar com pacientes que apresentam baixa probabilidade de problemas complexos, os especialistas são capacitados para atuar junto à pacientes com doenças raras e específicas

de sua área de atuação com correspondente prática intervencionista.

Quanto às desvantagens, a partir de estudos sobre o tema, Starfield sinaliza o caso dos sistemas em que existe livre escolha de médico pelos por especialistas ou generalistas. No caso dos usuários acreditarem que o especialista é melhor, esse acesso direto poderia ser mais eficiente, visto que traz uma conveniência em relação ao tempo: marcar uma consulta ao invés de duas e receber a atenção à saúde mais rapidamente. O exemplo dos Estados Unidos é citado, onde a porta de entrada obrigatória é difundida como mecanismo, por seguros de saúde privados, para contenção de despesas e não para a organização do sistema. Logo, neste contexto, a APS como porta de entrada é encarada como um dificultador de acesso aos especialistas (Starfield, 2002).

Para avaliar a atenção no primeiro contato, a autora destaca a necessidade de três informações: “acessibilidade das unidades” (horário de disponibilidade, acessibilidade ao transporte público, oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, instalações adequadas para portadores de deficiências, horários noturnos, facilidade para marcação de consulta e de tempo de espera, ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais); “experiências pessoais com o acesso a atenção”, sob a perspectiva do usuário; e uso real da “unidade como local para primeiro contato” e serviço de procura regular (Starfield, 2002).

Estudos apontam um bom desempenho da Saúde da Família como porta de entrada. Giovanella et al. (2009a e 2009b) afirmam que os serviços de atenção primária têm se configurado como importante fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial. Em 4 municípios investigados – Belo Horizonte, Vitória, Aracaju e Florianópolis – resultados apontam que mais de 70% das famílias cadastradas buscam o mesmo serviço de APS para assistência ou prevenção.

Um debate essencial à qualidade da APS como porta de entrada preferencial ou obrigatória é a sua função de filtro aos serviços especializados ou “sistemas de *gatekeeper*”, tal como foram denominados e implantados nas reformas pró-coordenação dos países europeus; essencial à coordenação de cuidados pelo generalista. Essa temática será melhor discutida no atributo da coordenação.

Fausto et al. (2014) discutem esse tema a partir dos resultados do PMAQ-AB apontando que as equipes de atenção básica atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, no que se refere ao atendimento de demandas diversas e função de filtro para atenção especializada. Porém, haveria necessidade de avanços quanto à organização funcional, principalmente no acolhimento, assim como, à disponibilidade para consultas de

urgência e emergência e às formas de acesso dos usuários às consultas.

Da mesma forma, Campos et al. (2014) reconhecem uma APS como porta de entrada do sistema, porém, com acesso dificultado por problemas de organização, uso do acolhimento como barreira de acesso, falta de recursos humanos e dificuldades de dar seguimento ao tratamento.

A existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados. (Giovanella et al., 2009a)

Kringos et al. (2010), relatam associação entre acesso, integralidade, continuidade e coordenação do cuidado. Especificamente em relação ao acesso, os autores destacam que a falta de uma atenção oportuna e eficaz em APS gera impactos negativos nas interações por condições sensíveis à atenção primária, em especial em áreas rurais ou em grupos socioeconômicos mais desfavorecidos.

2.3.2. Longitudinalidade

O termo longitudinalidade ou cuidado longitudinal no contexto da APS está relacionado principalmente à relação entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Significa a responsabilidade assumida pela equipe em relação ao usuário quanto à continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independente da ausência ou presença de doença (Starfield, 2002; Almeida e Macincko, 2006).

É comum na literatura que a longitudinalidade apareça como sinônimo de “continuidade”, mas segundo Starfield (2002), o termo longitudinalidade no cunho da relação é mais apropriado, pois: independe de continuidade para que exista; a continuidade poderia ser uma característica tanto da atenção especializada como da atenção primária; não estaria orientada para a atenção às pessoas, e sim aos problemas de saúde. Além disso, a longitudinalidade pressupõe o componente desse acompanhamento do usuário “ao longo da vida”.

Em pesquisa realizada por Cunha e Giovanella (2011) há um vasto resgate de revisões sistemáticas quanto à definição do atributo de longitudinalidade. Pode-se dizer que o termo não é usual na literatura brasileira e em trabalhos avaliativos com referência à Starfield, as palavras “vínculo e continuidade” são mais frequentes que “longitudinalidade”. Na literatura internacional, apesar das múltiplas e distintas dimensões associadas ao conceito, na maioria das vezes envolve fonte regular e vínculo:

A longitudinalidade implica a existência de um médico ou grupo de médicos habitual e o uso desta fonte para a atenção que não está limitada a determinados problemas ou tipos de problemas. Sua avaliação envolve a medição de aspectos estruturais da atenção (a identificação da fonte habitual de atenção pelas pessoas e a identificação da população eletiva por parte do médico ou grupo) e determinados aspectos do desempenho (uso adequado da fonte de atenção e a força das relações interpessoais). (Starfield, 2002: 282)

Em resumo, Cunha e Giovanella (2011) identificam três elementos principais ao atributo da longitudinalidade: a existência e a identificação de uma fonte regular de cuidados de APS; o estabelecimento de vínculo terapêutico entre pacientes e profissionais de saúde da equipe local, de forma duradoura (relação interpessoal); e, ainda, a continuidade informacional, entendida como registros de qualidade e disponibilização entre a equipe para conhecimento sobre o paciente.

No contexto da APS no Brasil, as autoras destacam a divisão de responsabilidades do profissional médico com uma equipe, o que justificaria falar de vínculo com profissionais da equipe ao invés de com o profissional médico, a fim de atender ao atributo da integralidade. (Cunha e Giovanella, 2011). Da mesma forma, a Política Nacional de Atenção Básica explicita o vínculo/responsabilização entre as equipes de atenção primária e usuários, bem como a adscrição da população, como pressupostos para a longitudinalidade do cuidado.

Caprara e Rodrigues (2004) após revisão de literatura e estudo no estado do Ceará apontam como dificuldades à longitudinalidade: a alta rotatividade dos médicos, a falta de estrutura física adequada, problemas na organização dos serviços e fatores culturais e sociais. Os autores afirmam que o espaço de cuidado precisa facilitar: a comunicação, considerando a privacidade; e o encontro dos atores com reconhecimento do paciente como sujeito do cuidado.

Os resultados encontrados por estes autores revelam problemas na forma da compreensão do usuário sobre o diagnóstico e indicações terapêuticas, baixo tempo de consulta (associado a menor qualidade de anamnese e participação do usuário na consulta), e baixa consideração de aspectos culturais e relatos familiares. Estudos apontados por eles, demonstram que a maioria das queixas se refere à assimetria de comunicação com o médico e não à competência clínica. (Caprara e Rodrigues, 2004).

Cunha (2009) também identifica fatores que dificultam o atendimento do vínculo longitudinal: busca de outras unidades de saúde para atendimento, rotatividade dos profissionais e problemas nos registros em saúde. Ao mesmo tempo, destaca avanços

como: o reconhecimento da influência de fatores socioeconômicos no processo de adoecimento dos indivíduos, e a presença de vínculo entre usuários e profissionais da equipe de APS.

Da mesma forma, Elias et al. (2006), em estudo comparativo sobre PSF e UBS tradicionais, avaliam a longitudinalidade por meio do vínculo, encontrando que o estabelecimento de vínculo ocorre “quase sempre”, independente do modelo de atenção básica.

Macincko et al. (2003) definem longitudinalidade como a medida que os cuidados são organizados de modo a proporcionar uma fonte regular de cuidados ao longo do tempo. Em seu estudo sobre a organização para a cooperação e desenvolvimento econômico (OCDE), uma das medidas da longitudinalidade seria a lista de pacientes. Essa é apresentada como uma característica estrutural determinante para o local onde devem ocorrer as práticas de cuidados primários, e com uma função prática de garantir que os clientes possam ser atendidos pelo mesmo profissional durante o tempo em que residirem na mesma área geográfica. Visualizam que a maior parte dos sistemas de APS que utilizam lista de espera, possuem *gatekeepers*.

Estudos sobre o tema sinalizam ainda alguns benefícios e desafios em relação à longitudinalidade. Em relação aos benefícios, destaca-se: o melhor reconhecimento dos problemas/necessidades; o diagnóstico mais preciso; a melhor concordância em relação às consultas e tratamentos; menor número de hospitalizações; redução de custos; melhor capacidade de prevenção e maior satisfação. Além disso, a longitudinalidade na perspectiva da equipe poderá facilitar o relacionamento do paciente com sua fonte habitual de atenção à saúde, favorecendo o primeiro contato, assim como, contribuirá para uma atenção integral e coordenada pela APS (Starfield, 2002).

No que se refere aos desafios, Cunha e Giovanella (2011) discutem que esse atributo exige maior disponibilidade, compromisso e responsabilidade dos profissionais, assim como, alegam que uma relação duradoura em si, não é sinônimo de benefícios para a qualidade do cuidado. A avaliação dos pacientes sobre a assistência poderia ser influenciada e torná-los menos críticos aos cuidados recebidos. (Cunha e Giovanella, 2011). Da mesma forma, Starfield (2002) argumenta que um bom relacionamento entre profissionais e pacientes estaria menos relacionado à duração e estaria mais relacionado à força do vínculo e à satisfação com a atenção em saúde. (Starfield, 2002).

Para efeitos desse trabalho, consideraremos a concepção de Starfield, em que a mesma não explicita dimensões para o atributo da longitudinalidade, porém relaciona-o a

fonte regular de cuidados e ao vínculo longitudinal entre médico e paciente. Neste trabalho, porém, de acordo com as características da AB brasileira, consideraremos o vínculo entre “equipe de saúde” e paciente. A continuidade do cuidado, em especial, a continuidade informacional será considerada na discussão do atributo “coordenação do cuidado”.

2.3.3. Abrangência/integralidade

De acordo com Starfield (2002), integralidade é a capacidade do serviço em reconhecer a variedade completa das necessidades do paciente e disponibilizar os recursos para abordá-las. Pode ser julgada pelo elenco de ações ofertadas/disponibilidade de serviços (aspecto estrutural) no atendimento às necessidades de saúde das populações (aspecto processual), mas também, pela medida em que serviços prestados correspondem às necessidades da população (Starfield, 2002).

O atributo da integralidade, para a autora, deve ser orientado tanto para o nível populacional, em que as necessidades da população definem a variedade dos serviços, quanto para o nível institucional, onde a variedade se baseia em diretrizes, normas e protocolos (Starfield, 2002).

A OMS apresenta definição no mesmo sentido, especificando que necessidades poderiam ser essas:

Atenção integral significa que a diversidade dos serviços disponíveis deve ser suficiente para atender às necessidades de saúde da população, incluindo o fornecimento de cuidados curativos, preventivos, paliativos, de promoção, de diagnóstico precoce e de reabilitação, e apoio para o autocuidado. (OMS, 2008:13)

Porém, amplia a noção de abrangência como uma função de todo o sistema de saúde e inclui cuidados primários, secundários, terciários, preventivos e paliativos (OMS, 2008).

É importante lembrar, todavia, que a atenção primária é apenas um dos componentes dos sistemas de saúde, apesar de se constituir como componente fundamental (Starfield, 2002).

Nesse sentido, Hartz e Contandriopoulos (2004) focam sua discussão na integralidade da atenção enquanto pilar de construção da integração de serviços por meio de redes assistenciais, envolvendo diferentes atores e organizações e relacionando-a diretamente aos mecanismos de cooperação e coordenação. Ressalta-se que essa discussão

de coordenação ocorrerá no atributo específico sobre o tema.

Hartz e Contandriopoulos (2004) dialogam com Giovanella et al. (2002) tomando por base quatro dimensões, de campos distintos de intervenção:

(1) primazia das ações de promoção e prevenção (campo da política de prioridades); (2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (campo da organização da atenção); (3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (campo da gestão); (4) abordagem integral do indivíduo (campo do cuidado individual). (Giovanella et al., 2002:47)

Essa concepção em 4 dimensões, amplia a noção de integralidade em alguns sentidos: concepção de saúde e a atuação sobre os seus determinantes (à medida que trabalha com o conceito de promoção de saúde), implicando o papel do Estado nesse processo; a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e competências; a articulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação; e por último, a abordagem integral do indivíduo e da família como valor (Oliveira e Pereira, 2013).

A discussão sobre atenção integral na PNAB não se diferencia das até aqui apresentadas, apenas destacando o objetivo de uma atenção integral que impacte tanto na situação de saúde e autonomia das pessoas, como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Talvez a inovação esteja no aspecto da autonomia dos indivíduos.

Kringos et al. (2010), em sua revisão sistemática incluem a abrangência do cuidado como dimensão essencial para análise dos processos da APS. Sobre esse tema, os autores chegam a conclusões como: um escopo mais abrangente de ações de APS está associado a melhores resultados em saúde, com menores taxas de internação por condições sensíveis a APS; a importância dos serviços de saúde eficazes voltados à prevenção, cujo impacto ocorre na gravidade da doença, ao mesmo tempo, que intervenções intersetoriais impactam na ocorrência da doença.

Starfield (2002) já aponta uma problematização em relação a primeira afirmação de Kringos et al. (2010). A autora relata que uma maior variedade e aplicação de serviços não necessariamente está associada a melhor cuidado, visto que, alguns serviços não são efetivos e outros podem ser efetivos, mas são caros e outros podem ser até mesmo prejudiciais. Em resumo, a autora defende que *“o pacote de benefícios é bastante notável na atenção primária, mesmo que não ofereça todos os serviços necessários”* (Starfield, 2002: 325), e mais central ainda, é a responsabilidade desse nível de atenção sobre a adequação às necessidades e a coordenação da prestação de serviços em outros locais.

Outro ponto relevante para esse debate da integralidade na perspectiva das redes assistenciais é a resolutividade. Sabe-se que uma maior resolutividade da APS pode reduzir demandas por consultas especializadas e exames de maior complexidade, reservando os recursos financeiros para garantir os procedimentos mais prioritários (Starfield et al., 2005).

Fausto et al. (2014) em análise dos dados do PMAQ-AB, destacam a visibilidade de espaços para o desenvolvimento de ações com vistas a resolutividade, porém, os melhores achados foram em relação ao grupo materno-infantil. Cabe melhorias por exemplo, em serviços como vacinação e coleta de material para exames, assim como, quanto ao apoio assistencial/matricial às equipes.

Magalhães Junior et al. (2002) discutem, em estudo da rede de Belo Horizonte, que os médicos da rede básica não esgotam os recursos assistenciais disponíveis nesse nível de atenção, antes de encaminhar a especialistas. Isso gera uma forma de operar a rede de serviços com baixa solidariedade, baixa responsabilização no cuidado e baixa resolutividade da rede básica.

Por fim, Giovanella et al. (2009a), destacam para a garantia de atenção integral, as potencialidades da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da APS abrangente. E também, as dificuldades em torno do financiamento, da formação inadequada de recursos humanos e da intersetorialidade.

E Starfield (2002) pontua que a adequação da integralidade pode ser comprometida por: ausência de especificação sobre o que são as necessidades; poucos estudos sobre a frequência destas necessidades na população; e imprecisão sobre os custos das intervenções.

2.3.4. Coordenação

A literatura sobre o atributo da coordenação é extensa, visto sua importância para a integração dos sistemas de saúde e qualidade do cuidado. A coordenação entre níveis assistenciais é definida, por Almeida et al. (2010), como:

a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. (Almeida et al., 2010:287)

São várias as definições para a coordenação do cuidado, similares e complementares a essa. Poucos sistemas de saúde conseguem atingir alta coordenação do

cuidado, em especial quando medimos a comunicação entre médicos de APS e médicos especialistas (Starfield et al., 2005).

Um diferencial é a relação entre coordenação, integração e continuidade do cuidado. Starfield (2002), descreve o atributo da coordenação, como “integração” da atenção, estando relacionado à continuidade da atenção entre profissionais, especialmente por meio de ferramentas de comunicação, visando o reconhecimento e acompanhamento dos problemas de saúde.

Giovanella (2014) especifica essa relação:

Integração, coordenação e continuidade são processos interdependentes, que se expressam em distintos âmbitos: no sistema, na atuação profissional e na experiência do paciente ao ser cuidado. A integração se expressa na organização da rede assistencial do sistema de saúde por meio de diversos instrumentos gerenciais e normativos de definição de fluxos, sistemas de informação e territorialização. A coordenação se realiza no cuidado individual, exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção com articulação de diferentes ações e comunicação entre prestadores. Concretiza-se na experiência do paciente, que reconhece a atenção prestada como contínua, oportuna e adequada às suas necessidades de saúde. (Giovanella, 2014: 30-31)

A coordenação do cuidado se expressa na ‘continuidade relacional’ e na ‘continuidade informacional’, que seriam componentes da longitudinalidade. Neste trabalho considera-se a continuidade relacional como dimensão da longitudinalidade e a continuidade informacional como imprescindível para a coordenação. A continuidade informacional consiste nas informações disponíveis oportunamente (independente do prestador) e na comunicação entre os envolvidos no cuidado (Cunha e Giovanella, 2011).

Além disso, a coordenação se relaciona à continuidade assistencial, percebida pelo usuário. Portanto, a continuidade pode ser caracterizada como a medida que o paciente tem suas percepções e experiências das intervenções de cuidado em saúde como processo contínuo e compatível às suas necessidades médicas e ao seu contexto pessoal (Giovanella et al., 2009a)

Starfield (2002) classifica, três *locus* principais de coordenação do cuidado, enfatizando as necessidades de comunicação:

- Dentro da APS – quando os usuários são vistos por diferentes profissionais da equipe e as informações geradas em diferentes pontos (laboratórios e unidades de saúde, por exemplo);
- Com especialistas – quando para um melhor cuidado ao usuário, são convocados especialistas para intervenções ou orientações pontuais/de curta duração;
- Com especialistas para pacientes crônicos – quando o cuidado ao usuário envolve o acompanhamento por especialista por um longo período de tempo, em virtude de uma patologia crônica.

A OMS, por sua vez, destaca o papel da coordenação como atenção continuada relacionando-a também à abrangência/integralidade. Define a atenção contínua no âmbito dos profissionais e dos serviços e sistemas de saúde:

A atenção continuada é um complemento à abrangência no sentido de requerer integração entre todas as partes do sistema de saúde, a fim de garantir o atendimento às necessidades e o prosseguimento dos cuidados de saúde ao longo do tempo e dos diferentes locais e instâncias de cuidados, sem interrupção. Para a população, o cuidado continuado implica em acesso contínuo a referências e contra-referências por toda a vida, a todos os níveis do sistema de saúde e, algumas vezes, a outros serviços de seguridade social. No âmbito dos sistemas, a atenção continuada requer o desenvolvimento de redes de serviços e de prestadores, sistemas apropriados de informação e gestão, incentivos, políticas e procedimentos, e treinamento de prestadores de serviços, equipes e administradores de saúde. (OMS, 2008:13)

Kringos et al. (2010) e Davis et al. (2014), em revisão de literatura, identificaram aspectos relacionados a continuidade do cuidado: diagnósticos precoces; um registro de pacientes apropriado qualifica o acompanhamento; a continuidade do cuidado melhora a receptividade às ações de prevenção, além da qualidade do atendimento, o que envolve prevenção de complicações, redução de internações, redução do uso da emergência, maior adesão do paciente ao tratamento, menos erros no diagnóstico, redução no uso de recursos e redução testes de laboratórios.

Conill e Fausto (2007) relacionam que um bom desempenho da continuidade da atenção traz benefícios à credibilidade da APS como serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial, facilitando o vínculo. Para as autoras, a continuidade do cuidado é uma dimensão da qualidade do serviço que é experimentada pelo paciente, dependendo do grau de coordenação e integração dos serviços.

Em estudo comparativo sobre APS na América Latina, Conill et al. (2010), destacam a importância da integração e da coordenação para avaliação e melhoria do

desempenho da APS e as fragilidades na América Latina: “Embora haja uma política continental visando a renovação e o fortalecimento da APS, a situação encontrada mostra que a integração e coordenação com os demais serviços ainda é frágil.” (Conill, 2010: 524)

No caso da União Européia, é perceptível uma maior coordenação e integração da APS no sistema de saúde (Giovanella, 2006; Davis et al., 2014): serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados em um sistema de saúde de acesso universal e a atenção individual é garantida em todos os níveis de atenção à saúde.

Davis et al. (2014) ressaltam a comunicação eficaz entre os pacientes, médicos e hospitais, como essencial para o atendimento de alta qualidade. Em estudo comparativo, os autores utilizam algumas características para avaliar a coordenação do cuidado entre os países, dentre as quais:

- O paciente possuir um médico ou local de procura regular;
- O médico ou local de procura regular sempre ou frequentemente ajuda a coordenar e organizar o cuidado de outros médicos;
- Quando os médicos de APS encaminham um paciente para um especialista, eles sempre ou muitas vezes: recebem um relatório de volta com todas as informações relevantes sobre saúde; recebem informações sobre alterações em um medicamento ou plano de cuidados do paciente; e recebem a informação que precisam, oportunamente.
- Médicos de APS recebem: alerta ou aviso de resultados de exames; as informações necessárias para gerenciar o cuidado do paciente em até 2 dias após a alta do hospital, bem como, plano escrito de cuidados após alta; uma notificação quando o paciente for atendido em emergência ou que teve alta hospitalar.

Os autores demonstram que em países com ‘General Practitioners’ (GP), a maior parte desses profissionais possui uma boa comunicação com os especialistas, em especial no Reino Unido, Holanda e França, caracterizando um bom funcionamento de contra-referência (Davis et al., 2014). Giovanella (2006) reafirma também duas questões centrais na reorganização do sistema de saúde com foco na APS: o exercício da função de coordenação pelo generalista e a credibilidade dos pacientes neste profissional.

Cabe destacar, portanto, a importância da função de filtro (*gatekeeper*) exercida pela APS. No caso do Reino Unido, um dos principais exemplos de sistemas de *gatekeeper*, os GP ocupam uma posição de condução do sistema de saúde (Saltman et al.,

2006). Dois objetivos principais podem ser destacados na função de filtro/condutor pelo GP:

Em primeiro lugar, o seu controle sobre a utilização de especialistas, hospitais ou outros serviços caros, que se destina a reduzir ou restringir custos de tratamento de saúde, ou seja, os clínicos agem como um mecanismo de racionamento de serviços. Em segundo lugar, é esperado que eles melhorem ou mantenham a qualidade dos tratamentos, através de seu papel de coordenação. Dessa forma, os GPs são considerados como os coordenadores dos serviços que integram o tratamento que é recebido por um paciente, o que pode melhorar a continuidade. (Saltman et al., 2006: 138)

Gervás e Fernández (2005) destacam que o desempenho adequado dessa função de filtro, requer dos médicos generalistas uma qualificação constante no serviço de saúde, a fim de assegurar a eficácia do cuidado e elevada resolutividade. Quanto melhor a qualidade dos cuidados gerais prestados pelo médico generalista da APS, melhor será desempenhado o seu papel de filtro (em tempo e oportunidade e somente para casos necessários) (Gervás e Fernández, 2005).

Da mesma forma, Giovanella et al. (2009b) destacam que a função de filtro exercida por generalistas com baixa qualificação técnica e inexperiência tende a gerar burocratização excessiva e aumento do número de encaminhamentos aos serviços especializados. Um exemplo, é a percepção de gestores municipais do município de Vitória, apontando que sistemas de *gatekeeper* gerariam maiores custos, já que aumentariam o número de consultas com generalistas apenas para solicitação de referência (Giovanella et al., 2009b).

Em publicação da OPAS (2013) sobre o município do Rio de Janeiro, a coordenação do cuidado aparece como um dos atributos menos presente no cotidiano das equipes. Usuários relatam a demora em receber os resultados dos exames complementares e de conseguir alguns tipos de consultas com especialistas. Além disso, foi identificada baixa qualidade da contra-referência do especialista para APS, salvo quando se trata de uma unidade mista e há especialistas na própria UBS (OPAS, 2013).

Fausto et al. (2014), em produção sobre o PMAQ-AB, apontam que as estratégias de integração da rede assistencial e coordenação do cuidado mostram-se incipientes: salvo a existência de central de regulação (inclusive para consultas especializadas), a quantidade de equipes com continuidade informacional entre atenção básica e atenção especializada (AE) por prontuário eletrônico é mínima; somente metade das equipes tem fluxos definidos

para saúde da mulher; e os contatos entre profissionais dos níveis de atenção são de baixa frequência.

Magalhães Junior e Pinto (2014), com base nos resultados do PMAQ-AB, também identificam deficiências na coordenação dos cuidados principalmente em relação a: insuficiente gestão do cuidado, programação de ações e acompanhamento de pacientes crônicos e comunicação entre os profissionais e serviços.

Em estudos de caso realizados em quatro grandes centros urbanos, também foram apontados problemas à garantia da integração da rede, tais como: a falta de integração entre diferentes prestadores, a insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar e ausência de políticas para média complexidade. Todavia, mecanismos de integração entre os níveis assistenciais puderem ser melhor identificados, tais como: estruturas regulatórias nas SMS e nas UBS com descentralização de funções para o nível local, organização dos fluxos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados municipais (Almeida, et al., 2010). Tal constatação, assim como os resultados do PMAQ-AB podem supor uma relação entre a presença de mecanismos de integração e desenvolvimento socioeconômico dos municípios.

De forma genérica, independente do sistema de saúde, Saltman et al. (2006), apontam como mecanismos para melhorar a coordenação:

definir a população (do paciente) de antemão (acordos sobre testes diagnósticos, interpretações, definições, etc.); definir um pacote comum de atividades de atenção em torno das necessidades específicas de um grupo de pacientes; definir a responsabilidade partilhada e responsabilidades específicas do fornecimento de atenção de parceiros; criar respeito e confiança mútua (por exemplo, o desenvolvimento de protocolos ou consultas sobre o processo de atendimento); criar mecanismos financeiros claros de antemão (por exemplo, para hora extra e trabalho administrativo relacionadas com a cooperação e comunicação); melhorar a comunicação e informação (TIC) e introduzir elementos da atenção integrada em programas educacionais (por exemplo, na formação médica continuada). (Saltman et al., 2006: 157)

2.3.5. Orientação para a comunidade

O atributo “orientação para a comunidade” envolve diferentes áreas de conhecimento (medicina clínica, epidemiologia, ciências sociais, etc.) estando diretamente relacionado a abordagem integral em saúde (Starfield, 2002). Apesar das diferentes definições, pode ser explicado por:

A orientação para a comunidade é a abordagem da APS que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Fornece o reconhecimento específico para as interações relacionadas aos determinantes de saúde, o que inclui sobreposição do sistema de serviços de saúde e ambiente social e físico, bem como, a sobreposição do sistema de serviços de saúde e os comportamentos individuais que influenciam a saúde (Starfield, 2002: 538).

Starfield também descreve algumas tarefas de uma abordagem orientada para a comunidade: “*definir e caracterizar a comunidade; identificar os problemas de saúde da comunidade; modificar programas para abordar estes problemas; e monitorar a efetividade das modificações no programa*”. (Starfield, 2002: 238)

Dentre os vários valores, princípios e elementos de um sistema de saúde com base na APS, citados no documento da OPAS/OMS (2005), a orientação para a comunidade (e para a família) significa que o sistema ultrapassa a perspectiva clínica/individual do cuidado para empregar a visão de saúde pública que avalia riscos e prioriza intervenções. “*A família e a comunidade são vistas como sendo o foco principal para o planejamento e intervenção.*” (OPAS/OMS, 2005: 13)

Anderson e Rodrigues (2012) concordam com essa perspectiva, à medida que consideram que é essencial uma atuação do profissional da APS junto às famílias e comunidades, sob a perspectiva da integralidade e complexidade. Ou seja, ampliar a capacidade de explicação do processo saúde-doença e ao mesmo tempo, aumentar a responsabilidade frente a um modelo de atenção baseado também nos determinantes sociais (Anderson e Rodrigues, 2012).

Na Política Nacional de Atenção Básica, o termo comunidade aparece associado a: cuidado (atividades de prevenção e promoção para a comunidade), participação social, intersetorialidade (articulação com recursos e parceiros da comunidade), visita domiciliar e para explicar a atuação das diferentes modalidades de equipes (fluvial, ribeirinha e NASF). Dessa forma, podemos considerar que dentre os três atributos derivativos é o que aparece mais explicitamente na PNAB 2011.

Na mesma lógica citada, Gusso e Lopes (2012) destacam que para uma abordagem comunitária, de forma instrumental, são essenciais: diagnóstico de saúde da comunidade, os grupos de educação em saúde e a terapia comunitária.

Giovanella e Mendonça (2012) avaliam que a orientação para a comunidade requer três tipos informações a serem investigadas sobre a atuação da equipe: se a equipe conhece

as necessidades de saúde da população adscrita quanto ao contexto econômico e social; se conhece a distribuição dos problemas de saúde no território, dos recursos disponíveis na comunidade e promove ações intersetoriais; e se há participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. (Giovanella e Mendonça, 2012)

Monken e Barcellos (2005) discutem que o território, longe de ser somente o espaço político-operativo do sistema de saúde, é o espaço onde se verifica a interação entre população e serviços do nível local, com problemas de saúde definidos. Cada território tem seu perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, em constante construção.

O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. (Monken e Barcellos, 2005: 899)

Portanto, é importante reforçar que toda essa perspectiva de relação com o território e planejamento a partir dele, tem um objetivo central, que é a redução das iniquidades entre grupos de populações vulneráveis, a partir do direcionamento dos recursos para as áreas em que são mais necessários. O enfrentamento dos determinantes sociais da saúde requer uma atuação da APS junto a programas intersetoriais (Starfield, 2002).

Carvalho e Buss (2008) discutem que a atuação sobre os diversos níveis dos determinantes sociais em saúde no território extrapola as competências e atribuições dos equipamentos de saúde, e portanto, é obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais.

A saúde das populações não é produto exclusivamente das ações desenvolvidas pelo setor saúde, independente se for na APS ou ações nacionais de saúde pública. Possui determinação por fatores sociais e econômicos, por políticas e ações que não estão no domínio direto do setor da saúde. Dessa forma, o empenho deve ocorrer no sentido da saúde articular-se com outros setores, não apenas para a abordagem dos problemas de saúde pré-identificados, mas para assegurar que a saúde seja reconhecida como um dos resultados valorizados de todas as políticas (OMS/OPAS, 2008). Esta chamada ação intersetorial já estava colocada como princípio na Declaração de Alma-Ata.

Giovanella et al. (2009a) destacam a ação comunitária e a coordenação intersetorial são essenciais para a efetividade da APS integral, sendo importante reforçar o olhar e ação no território de forma articulada com outras políticas que não do setor saúde. As autoras

discutem que há limites para a atuação da ESF como mediadoras da ação intersetorial, visto que essas ações são mais abrangentes quando respondem a uma política municipal e a uma modalidade integrada de atuação do governo. Os desafios, portanto, estão colocados desde o nível federal até o território local: na integração de políticas municipais, na articulação das secretarias de saúde com outras secretarias e na ação comunitária da ESF no território.

Na mesma perspectiva, Junqueira (2000) destaca a intersetorialidade como a *“articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”* (Junqueira, 2000:42). É importante, dessa forma, discutir que ferramentas a APS tem utilizado com vistas a uma atuação intersetorial, conseqüentemente, com maior possibilidade de atender a complexidade de necessidades da população. Valorizar a atuação e formação dos agentes comunitários de saúde é fundamental nesse processo, para além da atuação individualizada desse ator em visitas domiciliares.

Uma especial atenção deve ser voltada também à participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. Nogueira et al. (2001) definem que:

a participação popular consiste nas diferentes ações desenvolvidas pelas múltiplas forças sociais para contribuir na construção, implementação, fiscalização e avaliação das políticas públicas ou dos serviços básicos da área social: saúde, habitação, saneamento básico, transporte e educação, entre outros. (Nogueira et al., 2011: 215)

Valla (1998) entende a participação social de forma abrangente como a capacidade de mobilização de cidadãos para garantir o atendimento às suas necessidades, a partir da negociação com governantes. Neste sentido, a ação comunitária de equipes induziria a mobilização social da população na busca pela garantia dos seus direitos.

Diferentes estudos mostram que a inclusão de participação popular nos processos decisórios são incipientes, indicando baixa representatividade social e legitimação dos usuários no contexto das equipes de atenção básica (Nogueira et al., 2011; Reichert et al., 2016; Ibañez et al., 2006; Sala et al., 2011).

2.3.6. Centralidade na família

A centralidade da família no âmbito das políticas sociais é um aspecto que vem sendo observado no Brasil pelo menos desde a década de 1980 e no cenário internacional

há algumas décadas atrás, principalmente nos setores de saúde e assistência social.

Já na criação do modelo de “Programa Saúde da Família”, em 1994, a família é compreendida como sua unidade de atenção. Na proposta de reorientação do modelo assistencial para uma intervenção voltada para o contexto social, à equipe multidisciplinar é atribuída a responsabilidade sobre território e foco de intervenção na família, com vistas a uma atenção continuada, intersetorial, resolutiva e com bases nos princípios da promoção da saúde (Fausto e Matta, 2007).

Na discussão realizada por Curto (2009), a família aparece como unidade de cuidado e requer dos profissionais uma desconstrução de conceitos cristalizados de família no âmbito biológico, nuclear ou concepções ideológicas e pré-formatadas sobre família. Demanda, todavia, considerar a perspectiva do indivíduo e identificar como ocorrem e como potencializar os processos de cuidado pela família.

Bárbara Starfield destaca que:

A centralidade na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. (Starfield, 2002: 486-487)

Silva (2010) em diálogo com Starfield, complementa que tão importante como conhecer os fatores de riscos para doenças, a abordagem sobre promoção da saúde requer compreensão da dinâmica familiar e sobre a determinação saúde/doença na mesma. Além disso, destaca a família como uma unidade de cuidado e a capacidade dela compartilhar e resolver seus processos de doença ainda no domicílio e partir das experiências já vivenciadas. Dessa forma, o cuidado prestado a cada família deve ser individualizado de acordo com o potencial das próprias famílias de exercer um cuidado de mais ou menos qualidade dos seus membros (Silva, 2010).

Essa compreensão de família influenciando a saúde fornece aos profissionais de saúde a possibilidade de antecipar riscos e utilizar a família como recurso de cuidado, através de uma parceira profissional de saúde-usuário-família.

Em consonância com este debate, é importante destacar o relatório da OMS (2008), cuja proposta é a renovação da APS baseada em evidências, principalmente em relação aos seus princípios e atributos. O “Foco nas pessoas e famílias” identificou melhoria da promoção e prevenção; maior compreensão de aspectos psicológicos das pessoas; aumento do vínculo e adesão ao tratamento; melhoria da qualidade de vida; maior comunicação e

confiança dos usuários nos profissionais (OMS, 2008).

Uma discussão não menos importante é como a abordagem sobre família foi realizada nas versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em sua versão de 2006, a noção de família não aparece no documento. Apenas na discussão sobre especificidades da Estratégia de Saúde da Família, no que se refere a duas atribuições do programa: cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo da vida; e ter a família e a comunidade como foco da atenção, sendo necessária a realização do diagnóstico de saúde da comunidade e planejamento das ações (Silva, 2010).

Na versão de 2011, a família também aparece principalmente quando se discute cadastramento/adscrição da população e visita domiciliar (nas atribuições dos profissionais). O cuidado familiar e as intervenções conjuntas com a família aparecem pouco exploradas no documento.

Já Ribeiro (2004) problematiza algumas abordagens sobre família no cenário do PSF:

- *família/indivíduo*: foco no indivíduo pertencente a um ciclo de vida específico e família se mobilizando para atenção ao indivíduo em foco;
- *família/domicílio*: o ambiente, a infraestrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco de atenção;
- *família/indivíduo/domicílio*: unem-se as duas perspectivas anteriores. O foco está num doente no domicílio ou em outros indivíduos sob condições específicas do processo de saúde/doença (puérpera, recém-nascido, etc.). Percebe-se a família com a incumbência de aliviar o sistema de saúde.
- *família/comunidade*: não existe aqui a família com suas singularidades e individualidade e sim, 'as famílias', que são definidas sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade.
- *família/risco social*: enfoque nas condições de um grupo específico de famílias, em exclusão social. Percebe-se a família com carência de condições materiais e sociais de sobrevivência e como consequência, não conseguindo realizar sua missão, e demandando ajuda para um funcionamento esperado.
- *família/família*: foco principal e real da atenção é a família, com sua identidade, “*simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações,*

saberes, fazeres e necessidades” (Ribeiro, 2004: 663). A família aqui ultrapassa a soma das individualidades.

A autora complementa sua reflexão problematizando que com essa multiplicidade de abordagens de família no PSF, associada a um baixo diálogo/articulação/complementação entre si, gera-se o desafio de alcance da integralidade do cuidado para um ente que não está suficientemente identificado. Além disso, os documentos oficiais sobre a AB carecem de orientações sobre condução da ação profissional frente a dinâmica familiar (Ribeiro, 2004).

Em convergência com uma dessas percepções, Campos e Matta (2007) discutem se a família seria o foco da atenção da APS, visto que se analisarmos o trabalho do ACS, há um trabalho mais focado no cadastramento e adscrição da área de atuação, que propriamente intervenções voltadas à família. Nesse sentido, é questionado quem seria de fato o foco da atenção: a família ou o território (Silva, 2010).

Bárbara Starfield (2002) observa que a centralidade na família pode ser avaliada através das informações disponibilizadas nos prontuários, bem como, pelo conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família.

2.3.7. Competência cultural

Na busca realizada foram encontradas poucas referências bibliográficas que abordem a termo “competência cultural” relacionado à saúde. Segundo Starfield, esse é um aspecto derivativo da APS e pode ser definido como:

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem ou não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. (Starfield, 2002: 487)

Esse reconhecimento e abordagem de necessidades especiais estão diretamente relacionados à integralidade quanto ao reconhecimento do problema e adoção de estratégias terapêuticas. O acesso voltado a grupos específicos se relaciona à concepção de equidade, no sentido de realizar uma “discriminação positiva” de grupos populacionais socialmente desiguais (Assis e Jesus, 2012).

Em alguns países da América Latina, em especial com povos indígenas, cada vez mais se consideram as noções de interculturalidade nas Constituições Federais, no sentido de abarcar o direito dos povos indígenas e outros segmentos da sociedade multicultural,

além de preservar os elementos de identidade cultural e medicina tradicional. (González et al., 2014)

Tejerina Silva (2015), em análise comparada da APS na Bolívia, Equador e Venezuela destaca que o componente intercultural é enfatizado nos países, sendo que nos dois primeiros estão presentes já na nomenclatura do modelo de atenção: “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, na Bolívia e “Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural” (MAIS-FCI), no Equador. Especifica que dentre as metas de desenvolvimento da APS nos três países está o enfoque intercultural com ênfase no respeito e assimilação de saberes e práticas em saúde dos povos locais. Segundo o autor, essa abordagem que integra sistema de saúde formal com a medicina tradicional, é mais desenvolvido na Bolívia, com presença de médicos tradicionais e parteiras em algumas UBS; seguido do Equador, que está desenvolvendo política específica integrando os terapeutas tradicionais. Já na Venezuela, as ações são limitadas ao programa integral de saúde para o povo Yanomami (Tejerina Silva, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica não traz os termos interculturalidade ou competência cultural e sim, uma abordagem mais genérica, cuja APS deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Almeida, 2015). O Departamento de Atenção Básica apresenta apenas em 2014, uma definição para a temática:

A Interculturalidade entendida como modo de coexistência no qual os indivíduos, grupos e instituições, com características culturais e posições diferentes, convivem e interagem de forma aberta, inclusiva, horizontal, respeitosa e se reforçam mutuamente, em um contexto compartilhado. Os princípios da interculturalidade, entendida como processo de interação entre pessoas, permitem fortalecer a identidade própria, o autocuidado, a autoestima, a valorização da diversidade e das diferenças, e gerar nas pessoas, uma consciência da interdependência para o benefício e desenvolvimento comum (Portal Departamento de Atenção Básica, 2014: s/n)

Algumas iniciativas referentes à competência cultural no SUS podem ser observadas em políticas como: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo e da floresta (2013) e Política Nacional de Práticas integrativas e complementares no SUS (2015). Almeida (2014) destaca também a parceria do Ministério da Saúde do Brasil com o México, em 2010, com a realização do curso à distância “Sensibilização em Competência Intercultural para Atenção à Saúde”. Uma maior difusão dessas políticas é essencial tanto para

profissionais como para usuários.

Já na Política Nacional de Atenção Básica a expressão “cultura” aparece somente em dois momentos: em um tópico das atribuições dos profissionais, relacionado ao diagnóstico do território que deve considerar características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; E na introdução do documento em que “*A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.*” (Brasil, 2011b: 20). Apesar da nítida dificuldade de englobar o reconhecimento de necessidades específicas na própria política, pode-se dizer que um avanço foi a inclusão de diferentes modalidades de equipes de saúde da família (equipes fluviais, ribeirinhas e consultório na rua) para o repasse do recurso de Atenção Básica, apontando minimamente uma concepção diferenciada não necessariamente da cultura, mas certamente do território.

Andrade e Costa (2010) discutem que a incorporação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS no cotidiano dos serviços, *transporta para seu interior outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina.* (Andrade e Costa, 2010: 497). Acentua também a importância da discussão antropológica sobre integralidade em políticas públicas de saúde, dando ênfase na diversidade de aspectos envolvidos com o processo saúde-doença: aspectos sociais, simbólicos e culturais presentes nas realidades sanitárias.

Outros autores discutem a abordagem cultural na saúde e em especial na enfermagem, a luz da teoria da “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”, desenvolvida por Leininger (apud Sousa et al., 2009), que demonstra os benefícios do cuidado cultural congruente². Em outras palavras, conhecer os valores, expressões e padrões de cultura do indivíduo ou da coletividade fazem parte de uma articulação entre o saber profissional e o saber popular e a abordagem culturalmente fundamentada é uma estratégia diferenciada de atenção à saúde tendo como base a humanização dos serviços e a integralidade (Sousa et al., 2009).

Essa abordagem amplia a noção de cuidado e incentiva a participação e autonomia dos usuários, a partir do momento que o sujeito é compreendido como sujeito social, em seu contexto cultural e histórico. Isso entendendo a cultura como simultaneamente

² O cuidado cultural congruente consiste no propósito da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e constituem ações ou decisões assistenciais capacitadoras elaboradas para se ajustarem aos valores e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, visando proporcionar ou apoiar um atendimento de saúde satisfatório, evitando choque cultural entre profissional de saúde e cliente (Leininger, 1991, *apud* Sousa, et al., 2009).

determinante de formas de agir, e dinâmica na compreensão dos grupos sociais, movimento esse que precisa ser acompanhado pela prática dos profissionais de saúde (Muller et al., 2007).

Para Targa e Oliveira (2012), em uma abordagem mais voltada à medicina de família, a discussão tem dois focos: a competência cultural para além de “considerar as crenças”, envolve tanto os elementos do processo terapêutico individual, mas também, toda a mobilização intersetorial e interdisciplinar, o trabalho com as dinâmicas familiares e com as redes de apoio social; e também, a necessidade de se desfazer a dicotomia existente entre biologia e cultura, mente e corpo, natural e social, ou seja, a falsa noção de que fatores culturais atrapalhariam o pensamento racional-científico. Pensando no tema de forma operacional, os autores sistematizam em quadros-sínteses os pontos iniciais para uma aproximação intercultural entre profissionais de saúde e usuários (Quadro 2), assim como os enganos mais comuns de utilização do conceito de cultura na saúde.

Quadro 2. Pontos iniciais para uma aproximação intercultural dos profissionais de saúde com os usuários

Admitir que todo encontro terapêutico é intercultural e que não há ciência neutra culturalmente
Ter uma postura respeitosa, interessada e empática
Procurar conhecer dados demográficos
Tentar compreender como as pessoas se identificam culturalmente
Revisar a literatura, se disponível, a respeito das pessoas envolvidas
Procurar reconhecer os outros recursos terapêuticos comumente mobilizados por essas pessoas
Estudar a língua e dialetos locais
Identificar e criar alianças com pessoas importantes na comunidade

Fonte: Extraído de Targa e Oliveira, 2012.

Caprara e Rodrigues (2004) destacam que considerar a diversidade cultural deve ser uma aprendizagem para a intervenção médica eficiente. Discutem a importância de uma articulação entre o conhecimento biomédico ao sistema de representações populares sobre saúde-doença, o que pode levar a uma melhor adesão ao tratamento. Exemplificam a abordagem cultural através de uma parceria observada no Ceará, envolvendo as equipes de saúde e rezadeiras locais, que objetivava uma melhor “tradução” das informações sobre prevenção e tratamento à população (Caprara e Rodrigues 2004).

Avaliar a competência cultural demanda identificar a existência de necessidades culturais diferenciadas e perceber como a população avalia o atendimento a essas necessidades (Starfield, 2002). Dessa forma, pode-se dizer que está intimamente relacionada a atenção integral.

Em síntese, a competência cultural envolve o reconhecimento das diversas representações do processo saúde-doença, a diversidade de abordagens terapêuticas, a

integração entre as práticas e a competência comunicacional entre profissional e usuário.

2.4. APS NA REDE REGIONALIZADA

Discutir a APS na rede regionalizada em saúde requer uma compreensão mais ampla de todo o processo de descentralização/municipalização ocorridos no Brasil desde a constituição do SUS. Sem o objetivo de aprofundar tal contextualização, pretende-se fazer alguns apontamentos sobre a temática, no intuito de compreender os desafios e a importância dessa forma de organização do sistema de saúde.

Viana et al. (2010) destacam que, em países com sistemas de saúde universais, a descentralização da política de saúde e a regionalização foram construídas conjuntamente, através da organização de redes de serviços com o fortalecimento de autoridades sanitárias regionais.

A experiência internacional demonstra as evidências do impacto da organização dos sistemas em redes de atenção regionalizadas: reduzem a fragmentação da atenção; melhoram a eficiência global do sistema; evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços; respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde; reduzem hospitalizações desnecessárias; diminuem a utilização excessiva de serviços e exames; diminuem o tempo de permanência hospitalar; produzem economias de escala e de escopo; aumentam a produtividade do sistema; melhoram a qualidade da atenção; produzem uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; a continuidade da atenção gera maior efetividade clínica; facilitam a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas e aumentam a satisfação dos usuários (OPAS/OMS, 2011).

A regionalização no Brasil é apontada como um desafio, seja pela ausência de investimentos compatíveis com a ampliação de cobertura do SUS (Conill et al., 2010), seja por características como as dimensões territoriais do país ou pelas desigualdades e diversidades regionais aqui presentes (Dourado e Elias, 2011).

Lima (2015) 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, uso de serviços, atuação e acordo político dos

atores regionais. (Lima, 2015: 8)

Na implementação do SUS na década de 90, o foco esteve na descentralização por meio da municipalização. A instituição de redes regionalizadas foi retomada apenas a partir de 2001, com a NOAS, e em 2006, com o Pacto pela Saúde (Kuschnir e Fausto, 2014). A descentralização por meio da municipalização favoreceu a fragmentação do sistema, em detrimento da sua organização em redes regionalizadas (Viana et al., 2010, Kuschnir e Fausto, 2014).

Em um sistema de saúde fragmentado não existe coordenação entre os diferentes níveis e locais de atendimento podendo ser observados problemas tais como duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade produtiva não utilizada e cuidados prestados em locais não apropriados, como frequentemente acontece com os hospitais. (OPAS/OMS, 2011:58)

Em outras palavras, um sistema fragmentado dificulta o acesso da população aos serviços, onera a quantidade, qualidade e distribuição dos recursos e indica fragilidades na capacidade de gestão e liderança dos diferentes entes, frente a suas competências e atribuições (OPAS/OMS, 2011). Os serviços tendem a atuar de forma isolada ou competir com outros em relação a funções e recursos (Silva Júnior et al., 2015).

Na busca de caminhos de enfrentamento a essa fragmentação do sistema, o governo federal introduziu marcos legais para a institucionalização de redes de atenção regionalizadas com fortalecimento de instâncias de negociação como os CGR (colegiado de gestão regional) e posteriormente a CIR (comissão intergestores regional) e articulação nesse âmbito para melhorar o acesso aos níveis secundário e terciário do SUS (Conill, et al., 2010).

Simultaneamente a esse contexto, a OPAS lança o documento “Redes integradas de serviços de saúde baseadas na APS”, em 2009, definindo alguns atributos essenciais das redes integradas de atenção à saúde. Alguns deles são: população/território definidos, extensa rede de serviços de saúde que atenda o conjunto de necessidades em saúde, ampla participação social, sistema de governança único para toda a rede, suficiência e competência de recursos humanos, financiamento adequado, dentre outros (Kuschnir, 2014). 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

estratégias para a implementação das redes de atenção à saúde, dentre as quais está o fortalecimento da APS e do seu papel na coordenação do cuidado. Esse é um exemplo de padrão nacional, porém, que depende da atuação de cada esfera nas suas funções gestoras, a fim de resultar em melhores condições de acesso e saúde da população. Por essa normativa, definiu-se também as regiões de saúde como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde e o processo de regionalização como estratégia fundamental de configuração das redes (Brasil, 2010b).

Logo em seguida, com a publicação do decreto presidencial 7508/2011, novo destaque é dado às regiões de saúde, através de instrumentos de planejamento e organização: 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 Comissões intergestores regional – CIR. (Brasil, 2011a).

Santos e Campos (2015) travam uma abrangente discussão sobre esses últimos marcos legais. Os autores destacam a necessidade de valorar as CIR como instrumento de acordos solidários visando à equidade regional no SUS; problematizam a importância de se pensar uma arquitetura sanitária organizativa regional, assim como propõe o Decreto 7508/2011, sem ferir o princípio federativo das autonomias; e ressaltam a necessidade de evoluir, para além da governança política, para a operacionalização e financiamento dos serviços na região de saúde.

Esta inovação (nova institucionalidade do SUS), seja qual for sua extensão, deve centrar-se na regionalização da saúde, integração de serviços, governança regional, autoridade sanitária regional e suas responsabilidades, planejamento e financiamento regional. Entendemos que só assim será possível construir a figura da região de saúde de forma robusta e sempre como a resultante da aglutinação de entes municipais na CIR que decidiriam em comum acordo a gestão do COAP e os necessários apoios administrativos e seus processos de gestão. O que não mais é possível continuar é o fracionamento do SUS, que nem sempre se articula e nem sempre atua de maneira sistêmica. (Santos e Campos, 2015: 445)

Almeida e Santos (2015) também ressaltam a importância da CIR como forma de governança regional em estudos de regionais de saúde na Bahia. Contudo, a maioria das pautas trata das cotas de vagas para consultas/exames/procedimentos especializados ao invés de um planejamento conjunto, com vistas à qualificação e expansão das ações da APS. Em contrapartida, ressaltam o COAP enquanto um instrumento jurídico de

responsabilidade solidária ainda distante da realidade das regiões pesquisadas. Ou seja, se mantém a lógica de um planejamento com base no recurso disponível (pela PPI) em detrimento das necessidades em saúde.

Como a APS, portanto, continua a se inserir nesse processo, fortalecendo a perspectiva das redes regionalizadas de saúde? Almeida e Santos (2015) defendem algumas formas: APS como serviço de acesso principal, preferencial e rotineiro; resgate de valorização do ACS fortalecendo a integração horizontal; expansão e valorização das atribuições clínicas da enfermagem; ampliação do cardápio de serviços e oferta pública de serviços de diferentes densidades tecnológicas; incorporação da perspectiva dos usuários; fortalecimento da CIR; e posicionamento estratégico das diretorias regionais de saúde.

Outra forma é que a APS consiga exercer sua função de coordenação. Ao contrário da experiência do NHS (Reino Unido), cujo papel da APS na função de *gatekeeper* organiza o acesso aos demais níveis de densidade tecnológica, no Brasil, há dificuldades nesse processo. Dificuldades essas seja devido a baixa cobertura de ESF, atuação paralela entre serviços, ausência de regulação e fluxos formais para a atenção hospitalar, subsistema privado, formações especializadas dos médicos, distribuição inadequada de profissionais em municípios de pequeno porte, dentre outros (Silva Júnior et al., 2015; Almeida et al., 2010).

Magalhães Junior e Pinto (2014) destacam que, de modo geral, as equipes de AB não estão organizadas nem empoderadas para ordenar o acesso à rede de atenção à saúde e coordenar o cuidado. Apesar das iniciativas e avanços crescentes de informatização e composição multiprofissional, ainda há carência de informações para acompanhamento do usuário, poucas ferramentas de comunicação entre profissionais da AB e da AE, assim como, poucos mecanismos de acompanhamento do usuário entre os serviços.

Giovanella (2014) discute que os resultados do PMAQ-AB mostram avanços na responsabilização da UBS pela marcação de consultas especializadas, mas aponta baixo monitoramento de listas de espera, mesmo para casos prioritários. Ressalta que:

A ordenação da rede, a partir da APS, implica organização e integração do sistema de saúde, com territorialização e definição dos serviços de AB como porta de entrada preferencial, com função de filtro para acesso à Atenção Especializada conforme a necessidade. A integração da APS à rede assistencial (ou, em outros termos, a ordenação da RAS a partir da APS) é essencial para a garantia da atenção conforme a necessidade no SUS. É crucial para que a APS não se constitua apenas em um pacote básico de serviços no primeiro nível de atenção para populações em situação de pobreza, como reiteradamente preconizado por agências

internacionais para países em desenvolvimento, que negam a possibilidade de construção de sistemas públicos universais como pretendido pelo SUS. (Giovannella, 2014:36)

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 e Santos, 2015) e que portanto, demanda em algum grau, de outros níveis de complexidade de atenção fora desses municípios. Somente através do planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, 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 favorece esse cenário, em constante construção.

Em resumo, espera-se que a discussão dos atributos como reflexo da qualidade da APS no Brasil, recortado pelas tipologias de regiões de saúde, possa contribuir com elementos para os desafios e fortalecimento dessa rede de atenção regionalizada.

3. O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB

Diferentes iniciativas de avaliação da Atenção Básica estão presentes no processo de larga expansão da Atenção Básica no Brasil, em especial a partir dos anos 2000. Nesse período, foram desenvolvidas iniciativas para institucionalizar a avaliação da Atenção Básica no Brasil, envolvendo diferentes atores. A preocupação de valorizar os enfoques regionais e a perspectiva de território constituíram-se como preocupações dos processos avaliativos, todavia se nota que esses elementos não foram suficientes para contemplar a heterogeneidade de necessidades em saúde dos municípios brasileiros. Segundo o Ministério da Saúde:

Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático. Deve-se ter o cuidado de, ao recortar o objeto, não reduzi-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expresse toda a riqueza das diversidades regionais e locais e os novos valores que vêm sendo incorporados ao SUS. (Brasil, 2005a: 19)

Na busca de institucionalizar a avaliação a atenção básica, foi criada em 2003, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica, com o intuito de

formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção. (Brasil, 2005a: 11).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde desenvolveu a proposta de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, para qualificar processos decisórios nos âmbitos da gestão e do cuidado, e com foco na integralidade e resolutividade das ações. O objetivo era envolver diretamente os governos estaduais e municipais no processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica, na lógica da descentralização (Brasil, 2005a).

Almeida e Giovanella (2008), em estudo sobre avaliação da AB no Brasil identificaram no período de 2000 a 2006, um importante conjunto de iniciativas no campo

da avaliação e monitoramento da AB no Brasil, por indução do gestor federal. Uma das principais iniciativas foram os estudos de “Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)”, em 2005. Mais dois grupos principais de iniciativas metodológicas de avaliação da APS podem ser destacados: A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), de 2005 e a avaliação rápida dos serviços de Atenção Básica em nível local (Primary Care Assessment Tool – PCATool), adaptado no Brasil em 2002 e posteriormente validado, em 2006.

Os estudos de linha de base de apoio ao PROESF, contemplavam municípios acima de 100.000 hab., tendo por objetivo fortalecer a institucionalização da AB, o planejamento local em saúde e identificar os movimentos de expansão da ESF. As propostas apresentadas por diferentes instituições de ensino deveriam ser estruturadas em quatro dimensões: político-institucional; organizacional da atenção; do cuidado integral; e do desempenho dos sistemas de saúde. As avaliações consideraram a perspectiva de: gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e representantes do controle social. (Almeida e Giovanella, 2008).

O AMQ, elaborado pelo DAB e sua coordenação de avaliação e especialistas no tema de avaliação, baseou-se na avaliação interna de autogestão, a partir da compreensão dos profissionais. Seus instrumentos eram voltados para gestores, coordenação do PSF, gerentes de UBS, equipes e profissionais de nível superior. O principal objetivo do AMQ era fomentar a melhoria da qualidade, através de um diagnóstico da organização e do funcionamento dos serviços, baseado nos princípios e diretrizes da AB e posteriormente, pelo desenvolvimento de projetos de intervenção em aspectos críticos (Brasil, 2005b). A implementação da metodologia não foi acompanhada de incentivos financeiros, tendo uma adesão de apenas parte dos municípios. Atualmente, os instrumentos da AMQ foram reformulados e uma versão adaptada (AMAQ) compõe o PMAQ-AB, ou mais precisamente, a fase de autoavaliação do PMAQ-AB (Fausto et al., 2013).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) é uma metodologia desenvolvida sob coordenação de Barbara Starfield. Esse instrumento mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, baseando-se em um modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, de acordo com aspectos de estrutura, processo e resultados de Donabedian. Os instrumentos são autoaplicáveis para crianças, adultos, profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O PCATool teve seus instrumentos adaptados, traduzidos e validados para uso no Brasil (Harzheim et al., 2006; Macincko e Almeida, 2004). Em 2010, o Ministério da

Saúde, publicou, oficialmente, o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool — Brasil). Para cada atributo essencial da APS há um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, conforme segue: acesso de primeiro contato (utilização); acesso de primeiro contato (acessibilidade); grau de afiliação com serviço de saúde; longitudinalidade; coordenação (integração de Cuidados); coordenação (sistema de informações); integralidade (serviços disponíveis); integralidade (Serviços prestados). Além de questões sobre os atributos derivativos: orientação familiar; e orientação comunitária (Brasil, 2010a). Uma das identificações é que a metodologia do PCATool foi capaz de distinguir as diferenças entre os diferentes modelos de AB existentes nos municípios (Macincko e Almeida, 2004).

Entre os trabalhos publicados com resultados dos estudos de linha de base do PROESF, destacam-se análises que compararam o PSF com as UBS tradicionais. Vários estudos deles utilizaram os instrumentos do PCATool. Alguns resultados das percepções de diferentes estudos sugerem:

- unidades com PSF tiveram melhores resultados quando comparadas a UBS tradicionais. Em estudo sobre a percepção de profissionais/gestores e usuários por estrato de exclusão social no município de São Paulo, verificou que: no caso dos usuários, o PSF foi melhor avaliado que as UBS, com exceção do estrato de maior exclusão social, em que a preferência dos usuários foi pelas UBS; e para os profissionais e gestores, não se relevaram diferenças significativas entre o PSF e a UBS nos estratos de exclusão social (Elias et al., 2006);
- em comparação do desempenho do PSF nas regiões nordeste e sul do Brasil, a constatação foi que o PSF tem maior consolidação nos centros urbanos do nordeste, com maior presença em regiões mais vulneráveis (Facchini et al., 2006).
- em avaliação do estado de São Paulo, concluiu-se que os trabalhadores do PSF consideraram esse modelo melhor, avaliando-o mais positivamente que os usuários (Ibañez et al., 2006)

Almeida e Giovanella (2008) também destacam algumas características dos estudos induzidos pelo Ministério da Saúde: foco na implantação do PSF, fragmentação na realização das pesquisas por diferentes instituições acadêmicas e com objetivos e metodologias similares; uma baixa regularidade de análise e divulgação dos dados produzidos e resultados; a dificuldade de interação entre gestores e pesquisadores, dificultando o uso da informação para apoio à tomada de decisão.

Por outro lado, a contratação de instituições de ensino e pesquisa que até então não haviam participado de avaliações em AB promovidas pelo MS, como um aspecto positivo que permite acumular experiências em pesquisa e induzir a formação de pessoal nas diferentes regiões do país (Almeida e Giovanella, 2008; Bodstein et al., 2006). Apesar dos esforços do MS, as autoras questionam o quanto estas iniciativas serão capazes de subsidiar as políticas de saúde e os processos decisórios com vistas à equidade (Almeida e Giovanella, 2008).

Atualmente, o PMAQ-AB destaca-se como a principal estratégia de avaliação da AB no Brasil, cujos resultados são o foco de análise desse trabalho.

3.1. PMAQ-AB CICLO 1

A partir de 2011, a gestão do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde teve como uma das prioridades o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa foi criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011, como base para repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica variável (Brasil, 2011c).

O principal objetivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio da instituição de processos contínuos e progressivos, que ampliem a capacidade das três esferas de governo de ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (Brasil, 2013a).

O Programa tem como diretrizes: considerar as diferentes realidades de saúde do país; gerar melhorias que envolvam a gestão, o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e os resultados em saúde; a transparência nas etapas do programa; a mobilização/responsabilização dos atores das três esferas de governo, por meio de uma cultura de negociação e contratualização; a mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades e satisfação dos usuários; e o caráter voluntário de adesão ao programa (Brasil, 2011c).

Para mobilizar a adesão, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de indução financeira com repasse de recursos às equipes, vinculado ao desempenho das equipes de atenção básica, 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 Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde, o PMAQ-AB está articulado a três movimentos

mais amplos, relacionados com o decreto 7508/2011 e com o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. Um primeiro movimento envolve a valorização da AB no conjunto da rede de atenção à saúde e sua função como “porta de entrada” acolhedora e resolutive do sistema. Um segundo está associado a 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 um 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 e Conass, 2011).

Além disso, o Programa visa contribuir para enfrentar desafios da AB no Brasil, como por exemplo, o acesso dos usuários à AB, a qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão em saúde e o aporte de financiamento, além de identificar novos problemas no âmbito local.

O PMAQ-AB é constituído por quatro fases complementares que compõem um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A primeira fase é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda é denominada “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que representa o início do novo ciclo, é chamada de “Recontratualização” (Brasil, 2011c).

A fase 1- Adesão e contratualização é considerada a etapa formal de adesão ao programa por contratualização de compromissos e indicadores, realizada por meio de pactuação voluntária entre equipes de atenção municipal inicialmente, para que, em um segundo momento, haja a formalização de adesão do município com o Ministério da Saúde (MS). Cada equipe assina um “termo de compromisso” se responsabilizando por seguir as diretrizes da PNAB, ser monitorada pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) 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 por desempenho, a melhoria de condições de trabalho das equipes e à estruturação da gestão da AB (Brasil, 2011c; Fausto e Souza Junior, 2013).

A partir da homologação da adesão das equipes, é transferido fundo a fundo ao município, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), vinculado ao número de equipes participantes. Esse repasse

permanece até o fim da terceira fase, em que, ao depender do desempenho, pode variar de suspensão até repasse integral do recurso.

A *Fase 2 - Desenvolvimento* é a etapa de desenvolvimento de ações pelas equipes de atenção básica, gestões municipais, estaduais e Ministério da Saúde, a fim de instaurar processos de mudança para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa etapa inclui ações em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, apoio institucional às equipes de atenção básica e ações de educação permanente (Brasil, 2011c)

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 Ministério da Saúde disponibilizou uma ferramenta específica: “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade” (AMAQ), que aborda múltiplas dimensões a partir do que é esperado em termos de qualidade na gestão e atenção à saúde. Já o monitoramento dos indicadores envolve indicadores, em áreas estratégicas. As estratégias de gestão são o apoio institucional às equipes e as ações de educação permanente, através das quais o Ministério da Saúde pretende induzir processos de formação, financiamento e orientação técnica às gestões municipais (Pinto et al., 2012).

A *Fase 3 - Avaliação externa* é o momento que inclui levantamento de informações para verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica 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 município, infraestrutura das UBS, processo de trabalho e satisfação dos usuários. Principalmente nessa etapa, o Ministério da Saúde 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 pelo conjunto de Instituições (Brasil 2011c; Fausto e Souza Junior, 2013).

Após a coleta, é responsabilidade do Ministério da Saúde realizar a certificação e avaliação de desempenho das equipes participantes, segundo metodologia específica do Programa. Essa avaliação gera um *escore* que resultará na certificação da equipe vinculada ao percentual do componente qualidade que será repassado ao município.

A *Fase 4 - Reconstrução* é a etapa considerada de “conexão, re-processamento, re-início”, que ocorre posteriormente à certificação das equipes da atenção básica. Tomando como base a avaliação de desempenho de cada uma das equipes, uma

nova pactuação de indicadores e compromissos deverá ser realizada, o que deve conferir ao programa o aspecto cíclico e sistemático de qualidade. Esta etapa também deve contar com novos padrões a serem escolhidos pelas equipes e gestões municipais privilegiando as necessidades e prioridades locais. Vale ressaltar que esta é a etapa ainda em formulação (Brasil, 2011c; Fausto e Souza Junior, 2013).

Pinto et al. (2012) destacam pelo menos quatro aspectos em relação à lógica de construção das fases do PMAQ-AB. Um 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. Um segundo, associado a segunda etapa (e principal) que objetiva motivar o protagonismo das equipes de Atenção Básica na promoção de melhorias no serviço, assim como das gestões municipais. Um terceiro, 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 um quarto aspecto, segundo Pinto et al. (2012), é que apesar da coresponsabilidade preconizada pelo programa e das dimensões avaliadas pelo PMAQ-AB interessarem diretamente às equipes de Atenção Básica, 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 (Pinto et al., 2012).

A fase 3 do PMAQ-AB, no que se refere à coleta de dados da avaliação externa é realizada por instituições públicas de ensino superior (por recomendação da Rede de Pesquisas em APS), em parceria com o DAB/MS. As principais instituições de ensino que participam do planejamento e coordenam o desenvolvimento da avaliação externa no país são: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais e a Ensp/Fundação Oswaldo Cruz. Estas são referidas como principais, pois coordenam a parceria com cerca de 30 instituições de ensino em todo o país.

Para essa fase da avaliação externa foi utilizado um instrumento, elaborado conjuntamente pelo DAB/MS e as instituições parceiras, contendo padrões de qualidade, baseados nas normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas da Atenção Básica, assim como, conhecimentos técnicos e científicos. O instrumento disponibilizado para a avaliação externa, associado ao banco de dados gerado a partir dele,

subsidiará a realização das análises quantitativas desta dissertação de mestrado.

O ciclo 1 do PMAQ-AB teve sua fase 3 realizada no período de junho a novembro de 2012. Teve como proposta, além da avaliação externa das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, a aplicação do módulo I (infraestrutura) em todas as UBS do Brasil, independente de adesão. Ou seja, realizou-se um censo das UBS brasileiras, totalizando 38812 UBS.

O instrumento utilizado para a realização da avaliação externa do ciclo 1 foi composto por três módulos (Brasil, 2011c):

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, com questões de infraestrutura da unidade de saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e saúde bucal e verificação de documentos na UBS.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

Existia ainda, um módulo IV que corresponde a informações complementares às coletadas nos Módulos I, II e III e foram respondidas em um módulo *on-line* pelos gestores e equipes no Portal do gestor. O preenchimento desse módulo era opcional e teve baixa adesão. Logo, o banco não foi disponibilizado devido ao baixo percentual de preenchimento desse grupo.

As entrevistas foram baseadas em questionários estruturados, aplicados por entrevistadores treinados, com equipamento com tecnologia 3G (tablet) e com transmissão imediata dos dados.

Pinto et al. (2012) destacam dois fatores relacionados à adesão das equipes: o desenvolvimento socioeconômico (medido pelo IDH) e o porte populacional dos municípios. Quanto maior o grau de desenvolvimento econômico, maior o percentual relativo de municípios que aderiram ao PMAQ-AB (Quadro 3). E cruzando o porte populacional com os municípios que aderiram, quanto menor o porte populacional, menor a adesão ao PMAQ-AB (Quadro 4).

Quadro 3. Adesão dos municípios ao PMAQ-AB segundo IDH, Brasil, 2011 – ciclo 1

IDH	Total de municípios	Municípios que aderiram ao PMAQ-AB	% de municípios que aderiram ao PMAQ-AB
-----	---------------------	------------------------------------	---

Baixo	2.505	1.747	69,7%
Médio	2.427	1.738	71,6%
Alto	575	450	78,3%

Fonte: Extraído de Pinto et al., 2012.

Quadro 4. Adesão dos municípios ao PMAQ-AB segundo porte populacional, Brasil, 2011 – ciclo 1

Porte populacional	Total de municípios	Municípios que aderiram ao PMAQ-AB	% de municípios que aderiram ao PMAQ-AB
Pequeno porte	3.914	2.646	67,6%
Porte intermediário	1.294	987	76,3%
Grande porte	357	302	84,6%
Total	5.565	3.935	70,7%

Fonte: Extraído de Pinto et al., 2012.

Para a certificação das equipes de atenção básica do ciclo 1 foi elaborado um *escore* com três componentes:

- implementação de processos autoavaliativos, correspondendo a 10% do conceito final, independente de que tipo de resposta seja obtida – este valor é fornecido a partir da realização da autoavaliação pela equipe;
- verificação do desempenho do conjunto de indicadores de saúde contratualizados na adesão ao PMAQ-AB, equivalendo a 20% do conceito;
- 70% resultantes da verificação do desempenho por padrões de qualidade na avaliação externa.

Para o monitoramento de indicadores foram selecionados 47 indicadores de contratualização, classificados quanto à natureza do seu uso: monitoramento (23 indicadores) e desempenho (24 indicadores). Os indicadores de monitoramento não compõem nota para certificação, e têm por função o acompanhamento sistemático das equipes pelo MS. Já os indicadores relacionados ao processo de avaliação externa e que possuem peso na nota da certificação das equipes são os indicadores de desempenho, distribuídos em 5 áreas estratégicas (saúde da mulher, da criança, doenças crônicas, saúde bucal e produção geral), conforme Quadro 5.

Quadro 5. Indicadores de desempenho do ciclo 1 para a composição da certificação das equipes de Atenção Básica

Área estratégica	Indicadores de desempenho
Área 1 – Saúde da Mulher	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica
	1.2 Média de consultas de pré-natal por gestante cadastrada
	1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre
	1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal no mês
	1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia
	1.6 Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais
Área 2 – Saúde da Criança	2.1 Média de atendimentos de puericultura

Área estratégica	Indicadores de desempenho
	2.2 Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas
	2.5 Média de consultas médicas para menores de 1 ano
	2.6 Média de consultas médicas para menores de 5 anos
	Área 3 – Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica
3.2 Proporção de hipertensos cadastrados	
3.3 Média de atendimentos por diabético	
3.4 Média de atendimentos por hipertenso	
Área 4 – Saúde bucal	4.1. Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
	4.2. Cobertura de primeira consulta odontológica programática
	4.3. Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante
	4.4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Área 5 – Produção Geral	5.1 Média de consultas médicas por habitante
	5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/ programado
	5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada
	5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata

Fonte: Extraído de Brasil, 2012.

Os padrões de qualidade para a certificação das equipes foram descritos nos módulos do instrumento de avaliação externa e agrupados em cinco dimensões:

- Gestão municipal para desenvolvimento da AB;
- Estrutura e condições de funcionamento da UBS;
- Valorização do trabalhador; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho;
- Utilização, participação e satisfação do usuário.

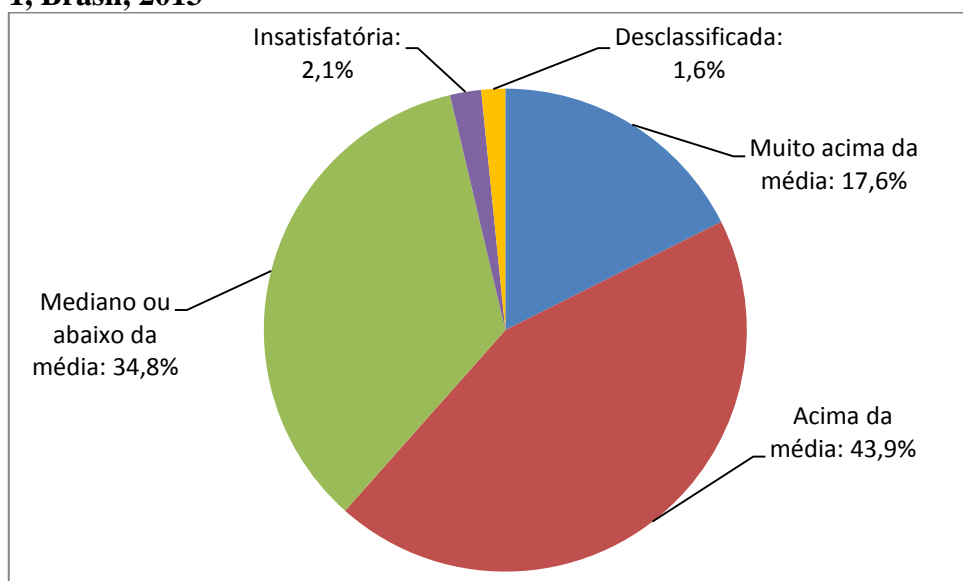
Cada dimensão engloba um conjunto de variáveis/subdimensões (perguntas do instrumento), cada qual com relevância e pesos diferenciados na composição da avaliação externa, definidos por meio de metodologia específica.

Os resultados do processo de certificação, vinculados à disponibilização dos recursos pelo componente do PAB variável são divulgados às equipes da seguinte forma:

desempenho insatisfatório (não recebem o recurso direcionado ao componente qualidade), desempenho mediano ou abaixo da média/regular (continuam recebendo 20% do recurso), desempenho acima da média/bom (ampliam o recebimento para 60% do recurso) e desempenho muito acima da média/ótimo (ampliam o recebimento para 100% do recurso). (Brasil, 2013a: 35)

Equipes podem ser consideradas *desclassificadas*, principalmente por não apresentarem registro no sistema de informação. O resultado do desempenho das equipes do ciclo 1 está expresso no gráfico 1.

Gráfico 1. Classificação das equipes de adesão ao PMAQ-AB por desempenho, ciclo 1, Brasil, 2013



Fonte: Elaboração própria a partir de relatório descritivo PMAQ-AB, 2015, DAB/MS.

Essa comparação de desempenho não é feita entre todas as equipes, mas sim, entre equipes pertencentes a municípios de um mesmo estrato. Foram elaborados 6 estratos de municípios, de acordo com aspectos sociais, econômicos e demográficos (PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica), bem como, baseando-se no porte populacional (municípios com até 10 mil habitantes, de 10 mil a 20 mil habitantes, de 20 mil a 50 mil habitantes, de 50 mil a 100 mil habitantes, de 100 mil a 500 mil habitantes e acima de 500 mil habitantes) (Brasil, 2011c).

A portaria do PMAQ-AB não estabelece a forma como os municípios devem utilizar os valores repassados de acordo com a certificação de cada equipe, ficando essa decisão a cargo da gestão municipal. Há apenas um apontamento do Ministério da Saúde propondo que o recurso seja revertido em investimento nos profissionais e na melhoria das condições de trabalho, premiação e remuneração por desempenho (Pinto et al., 2012).

3.2. MUDANÇAS NO PMAQ-AB CICLO 2

O ciclo 2 do PMAQ-AB teve as 4 fases do ciclo 1 mantidas e sua fase 3 – avaliação externa – foi realizada entre novembro de 2013 e abril de 2014. Nesse ciclo não houve limite para o número de equipes que poderiam aderir por município, devido aumento do financiamento para o PAB variável por desempenho. Logo, foi possível a

recontratualização de todas as equipes do ciclo 1 e a inclusão de novas equipes, de acordo com a adesão voluntária de cada gestão municipal.

No ciclo 2, não foi realizado censo das UBS, sendo visitadas exclusivamente as UBS com equipes de Atenção Básica que aderiram ao programa, num total de 30.562 equipes. Ocorreu um considerável aumento da adesão de um ciclo para o outro (Quadro 6).

O instrumento utilizado para avaliação externa do ciclo 2, também sofreu modificações, tanto em organização, como em conteúdo. Foram incluídos módulos adicionais para entrevista com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e módulos específicos para infraestrutura e profissionais de saúde bucal, conforme abaixo:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, com questões de infraestrutura da unidade de saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.
- Módulo IV – Entrevista com profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- Módulo V – Observação da infraestrutura especificamente das equipes de saúde bucal;
- Módulo VI – Entrevista com o profissional de saúde bucal, sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

Nesse segundo ciclo 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, não se tem informações sobre o quantitativo de preenchimento ou conteúdo desse módulo.

Apesar de não ser o foco desse trabalho, importante relatar que o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) também participou desse ciclo, sendo o campo conduzido 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.

Quadro 6. Características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, 2011-12 e 2013-14.

Características	PMAQ-AB ciclo 1	PMAQ-AB ciclo 2*
Período das 4 fases	2011 a 2012	2013 a 2014
Período da coleta de dados	Junho a novembro de 2012	Novembro de 2013 a abril de 2014
Instrumento de coleta de dados	Módulos I, II e III.	Módulos I, II, III, IV, V e VI
Limite para adesão das equipes	50% das equipes de saúde da família de cada município	Sem limites
Municípios participantes do censo	5.543 municípios	Não houve censo
UBS participantes do censo	38.812 UBS	Não houve censo
Municípios com equipes contratualizadas	3.935 municípios (71,3%)	5.211 municípios (93,5%)
Equipes de Atenção Básica contratualizadas** - total	17.482 equipes (54,1%)	30.562 equipes (94,5%)
Equipes de Atenção Básica com saúde bucal***	12.075	19.948
Equipes de NASF contratualizadas	NASF não participante	1.813 NASF
UBS com equipes certificadas	13.973 UBS	24.055 UBS
Equipes de Atenção Básica certificadas	17.202 equipes	29.808 equipes
Número de usuários entrevistados	65.391 usuários	114.615 usuários
Avaliadores externos	900	2000
Investimento com gastos da avaliação externa e com o pagamento de PAB variável por desempenho (R\$)	770 milhões	~ 4,2 bilhões

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Banco de dados ciclo 1; Portaria de homologação da adesão ciclo 2; relatório descritivo ciclo 2, 2015.

Número de equipes de Atenção Básica existentes no Brasil: 32.337 (Outubro/2011)

** Contratualização significa as equipes que fizeram adesão ao PMAQ-AB, sendo esse número reduzido na certificação (somente equipes classificadas).

*** Esse número de equipes está incluído no total de Equipes de Atenção Básica contratualizadas: 17.482 equipes (ciclo 1) e 30.562 equipes (ciclo 2).

Outra particularidade do ciclo 2 se refere à fonte de informação para análise dos indicadores (monitoramento e desempenho). No ciclo 1 as informações eram extraídas da base de dados do SIAB, enquanto no ciclo 2, puderam ser extraídas tanto do SIAB quanto do e-SUS³, a depender do sistema de informação que as equipes do município estivessem utilizando. As competências avaliadas no 2º ciclo foram julho, agosto e setembro de 2013. (Brasil, 2015).

Os 24 indicadores desempenho, pactuados pelas três esferas de governo, foram mantidos em relação ao ciclo 1, nas 6 áreas estratégicas, para as equipes que utilizaram o SIAB, assim como, os indicadores de monitoramento. Já no caso das equipes que

³ O SISAB (e-SUS AB) é o novo sistema de informação da AB, considerado como um avanço nos registros da Atenção Básica, visto que individualiza o registro, é utilizado por todos os membros das equipes de atenção básica e possibilita a obtenção dos dados produzidos através da geração de relatórios gerenciais e operacionais, configurando-se como uma potente ferramenta de reflexão e transformação do processo de trabalho (Brasil, 2015).

utilizaram o e-SUS AB/SISAB, foram considerados 08 indicadores de desempenho, vinculados ao processo de certificação das equipes de atenção básica (Quadro 7) e 04 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica com saúde bucal (Quadro 8). (Brasil, 2013a).

Quadro 7. Indicadores de desempenho do ciclo 2 para a composição da certificação das equipes de Atenção Básica, com uso do e-SUS AB

Área 1 - Saúde da Mulher	1.1. Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica
	1.2. Proporção de gestantes com o pré-natal em dia.
	1.3. Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
Área 2 - Saúde da Criança	2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
Área 3 – Doenças crônicas	3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
	3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas

Fonte: Extraído de Brasil, 2013a.

Quadro 8. Indicadores de desempenho do ciclo 2 para a composição da certificação das equipes de saúde bucal, com uso do e-SUS AB

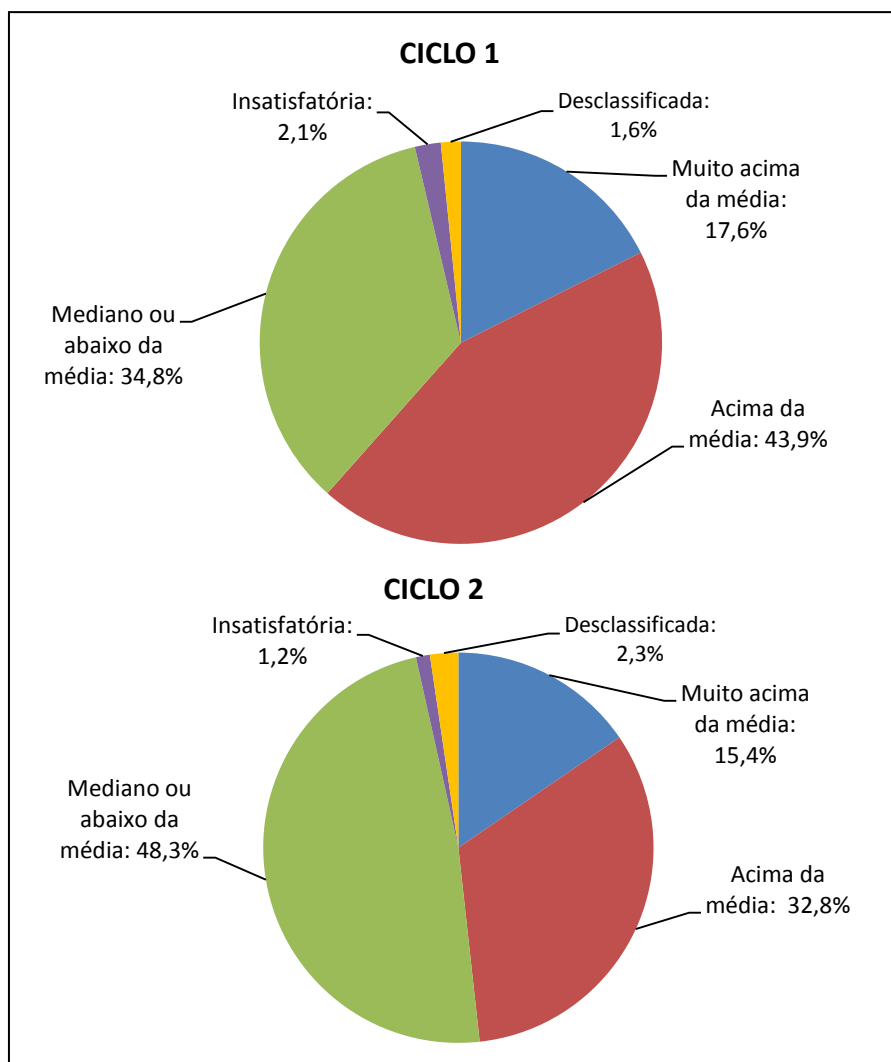
Saúde bucal	1. Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
	2. Cobertura de primeira consulta odontológica programática
	3. Cobertura de atendimento odontológico à gestante
	4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Fonte: Extraído de Brasil, 2013a.

No segundo ciclo, a avaliação de desempenho, para além da comparação com equipes do mesmo estrato, também considerou o desenvolvimento da própria equipe entre uma certificação e outra. Ou seja, para as equipes que participaram pela primeira vez, o desempenho foi calculado em comparação com a média de desempenho das equipes do estrato a que o município pertence (100%). Já as equipes que participaram do ciclo 1, parte da nota foi calculada por comparação do desempenho da equipe com o estrato (85%), e outra parte, por meio do desempenho da própria equipe comparando o 1º e 2º ciclo (15%).

Os resultados do processo de certificação foram mantidos: equipes desclassificadas; equipes com desempenho insatisfatório, equipes com desempenho mediano ou abaixo da média/regular, equipes com desempenho acima da média/bom e equipes com desempenho muito acima da média/ótimo. O resultado do desempenho das equipes do ciclo 2 está expresso no gráfico 2.

Gráfico 2. Classificação das equipes de adesão ao PMAQ-AB por desempenho, ciclos 1 e 2, Brasil, 2014*



Fonte: Elaboração própria a partir de relatório descritivo PMAQ-AB, 2015, DAB/MS.

*No 1º ciclo o desempenho no processo autoavaliativo das equipes de saúde bucal foi igual ao da equipe de atenção básica. No 2º ciclo o desempenho nesse componente da Certificação foi calculado considerando cada equipe separadamente (saúde bucal e atenção básica).

3.3. LIMITAÇÕES DO PMAQ-AB

Entre 2013 e 2015, uma primeira gama de estudos com foco no PMAQ-AB começam a ser desenvolvidos e divulgados. Parte deles sinaliza para o avanço do PMAQ-AB enquanto uma prática de institucionalização da avaliação, com potencial para melhoria nas práticas em saúde e organização do serviço (Fausto et al., 2013; Carneiro et al., 2014). Além disso, destaca-se a abrangência nacional do estudo, incluindo UBS de áreas urbanas e rurais (Tomasi et al., 2015).

Pinto et al. (2014), idealizadores do programa, consideram que o PMAQ-AB pode ser visto como:

a) parte importante das mudanças qualitativas e quantitativas do financiamento da AB; b) estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da AB 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 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. (Pinto et al., 2014: 369).

Fausto et al. (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 AB; ao próprio movimento de adesão dos gestores, o que gerou ações internas de adequação/organização nos municípios; aos avanços na institucionalização da avaliação como instrumento de planejamento das políticas públicas; e a ampliação das transferências de recursos públicos federais para a AB, ainda que insuficiente.

Todavia, os estudos apontam para uma gama de limitações em relação à metodologia e execução do programa ou mesmo das opções políticas da gestão federal em relação à realização ao ciclo 1 do programa. Entre estas, destaca-se:

- Resultados da avaliação externa baseado em desempenho, e com desdobramentos políticos e financeiros para a gestão municipal, gera um interesse do gestor em fornecer respostas para o alcance de melhores resultados (Casotti et al., 2014; Fausto et al., 2014; Ney et al., 2015);
- Adesão voluntária da gestão municipal vinculada a incentivos financeiros, gera 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 (Medina et al., 2014; Fausto et al., 2014; Ney et al., 2015; Mendes et al., 2014);
- A ausência de representatividade da amostra dos usuários (4 usuários por equipe) 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 são usuários selecionados com avaliações mais positivas sobre as equipes (Fausto et al., 2014);

- A certificação das equipes utiliza como marcador de qualidade indicadores de estrutura em detrimento de indicadores de processo e resultado (Fonseca Sobrinho et al., 2014);
- Os indicadores de monitoramento selecionados pelo Programa podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população e não englobar as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser um representativo de melhoria de qualidade (Ney et al., 2015);
- O limite explicativo a partir de dados exclusivamente quantitativos, em face da complexidade e variabilidade das modelagens assistenciais no país (Casotti et al., 2014);
- Ainda que cada instituição de ensino tenha produzido capacitações nos procedimentos de coleta de dados para os estados de sua responsabilidade, e protocolos com a equipe de entrevistadores e supervisores, não houve padronização sistemática de treinamento ou controle do trabalho de campo entre as instituições de ensino participantes da fase 3. Logo, questiona-se a confiabilidade da coleta dos dados (Medina et al., 2014);
- A experiência progressiva da avaliação associada ao imaginário das gestões municipais como ações de fiscalização e punição, o que gerou uma série de tensões nos diferentes atores envolvidos (Fausto et al., 2013);
- A realização da coleta de dados do ciclo 1 durante as eleições municipais gerou conflito de interesses entre o objetivo da avaliação em “retratar” a situação da AB no município e as campanhas eleitorais. De acordo com o contexto eleitoral, intensificava-se ou mascarava-se o apontamento de fragilidades do AB nos municípios (Fausto et al., 2013);
- O início do ciclo 2 em pouco tempo de intervalo em relação ao ciclo 1, ou seja, antes que pudessem ser desenvolvidas estratégias de melhoria do acesso e qualidade (Mota e David, 2015);
- A divulgação dos resultados da avaliação de desempenho de forma pouco clara sem indicar pontos específicos de aperfeiçoamento, assim como, quais estratégias de intervenção deveriam ser formuladas para essas melhorias (Fausto et al., 2013).

São necessários estudos envolvendo o segundo ciclo do Programa, a fim de verificar a manutenção das limitações apontadas no ciclo 1 ou possíveis melhorias. Uma limitação importante, que se supõe ter sido resolvida no ciclo 2, se refere ao viés de

positividade em relação à adesão das equipes. Como no segundo ciclo não houve limite de adesão das equipes e nacionalmente participaram mais de 90% das equipes de AB, entende-se que as respostas foram mais abrangentes e representativas da prática em saúde na APS. Outros pontos de melhoria no ciclo 2 foram o período de coleta de dados, que não coincidiu com eleições municipais e aparentemente, uma melhor compreensão das equipes sobre a função do processo avaliativo.

4. METODOLOGIA

Esta dissertação consiste em um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, baseado em dados secundários dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. O banco de dados do ciclo 1 está disponibilizado no site do DAB/Ministério da Saúde, e o banco de dados do ciclo 2 foi fornecido pelo DAB/Ministério da Saúde às instituições de ensino participantes da avaliação externa do Programa em 2015, e posteriormente, será também publicizado.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de análise de efeitos da intervenção, uma vez que se busca compreender se, na prática das equipes, são efetivados os atributos da APS, partindo da premissa que esses atributos trazem benefícios à saúde da população e indicam uma APS de qualidade (Champagne et al., 2011). Essa análise tem uma relação direta com as dimensões da qualidade: efetividade (à medida que se avalia na rotina das equipes, a presença dos atributos como efeito desejado); e acesso (analisando a organização das equipes de atenção básica para favorecer ou dificultar à utilização dos serviços).

4.1. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PMAQ-AB CICLO 1 POR ATRIBUTO DA APS

Embora os instrumentos utilizados para a coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB não estejam organizados a partir dos atributos definidos por Starfield (2002) para a qualificação da APS, este trabalho busca estabelecer uma correspondência entre questões selecionadas do PMAQ-AB e os atributos essenciais e derivativos descritos pela autora.

Para a seleção das variáveis do PMAQ-AB realizou-se uma busca inicial nos instrumentos do Programa, das variáveis correspondentes aos componentes envolvidos com cada atributo. Buscou-se examinar a efetivação de cada atributo da APS de acordo com as respostas dos profissionais e dos usuários. Quando possível, a escolha relacionou a experiência de uso dos usuários, com a percepção dos profissionais respondentes das equipes de AB, sendo selecionadas variáveis similares/equivalentes respondidas por cada ator.

Após essa primeira seleção, a equipe de pesquisadores Regiões e Redes – Dimensão APS – analisou esse conjunto de variáveis e realizou uma segunda seleção, com redução do número de variáveis. Foram analisadas, a pertinência de acordo com a concepção de cada atributo e uma tabulação preliminar do banco de dados do ciclo 1, identificando-se a disponibilidade e a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas

do questionário. Entende-se variável aqui por cada resposta do instrumento utilizada, ou seja, uma mesma pergunta do instrumento pode gerar uma ou mais variáveis.

O instrumento do ciclo 1 é composto por 1064 variáveis, distribuídas em três módulos. Foram selecionadas variáveis do módulo I (observação de infraestrutura), módulo II (entrevista com profissionais) e módulo III (entrevista com usuários). O número de variáveis selecionadas por módulo é apresentado no Quadro 9.

Quadro 9. Composição do instrumento PMAQ-AB Ciclo 1, por módulo, número de variáveis existentes e selecionadas

	N de variáveis do instrumento	N de variáveis selecionadas
Módulo I	450	8
Módulo II	387	93
Módulo III	277	44
TOTAL	1064	145

Fonte: Elaboração própria a partir de instrumentos ciclo 1 PMAQ-AB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Os atributos essenciais e derivativos da APS, a partir da revisão de literatura e análise de metodologias que avaliam esses atributos foram operacionalizados em componentes considerando-se também a disponibilidade das variáveis do instrumento PMAQ-AB, compondo uma matriz de análise apresentada no Quadro 10.

Quadro 10. Atributos da APS e componentes definidos para análise dos dados do PMAQ-AB

Atributos	Componentes
Primeiro contato	Horários de funcionamento
	Acolhimento
	Agendamento da consulta na AB
	Atendimento de urgência e emergência
Longitudinalidade	Continuidade da relação profissional-paciente
	Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)
Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	Resolutividade da AB
Coordenação	Continuidade informacional
	Ordenamento de fluxos assistenciais
	Acesso a consultas/exames especializados
	Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada
Orientação para a comunidade	Territorialização
	Intersetorialidade
	Participação social
Centralidade na família	Abordagem familiar
Competência cultural	Abordagem cultural

Fonte: Baseado em Harzheim et al., 2006; Almeida, 2010; Fausto et al., 2014; Cunha e Giovanella, 2011; Silva et al., 2014.

Para o atributo de **primeiro contato**, ou seja, a APS como serviço de procura regular e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, os componentes selecionados foram: “horários de funcionamento”, “acolhimento”, “agendamento da consulta na AB” e “atendimento de urgência e emergência”. Entende-se que as variáveis selecionadas para cada um desses componentes, que mesclaram condições de infraestrutura, percepção dos profissionais e dos usuários, permitem verificar se as condições de funcionamento e a organização do processo de trabalho das equipes favorecem o acesso dos usuários para a UBS se constituir como o serviço de primeiro contato. Ademais, ao se incluir o papel da APS no atendimento às pequenas urgências, entende-se que sua disponibilidade favorece que os usuários privilegiem a UBS como porta de entrada preferencial. A função de filtro, outro possível componente do atributo ‘primeiro contato’ será avaliada em conjunto com o atributo da coordenação, nos componentes: comunicação direta entre serviços AB e AE e no acesso a serviços especializados.

Quadro 11. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Primeiro Contato”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Horários de funcionamento		
I.7.1. Quantos turnos de funcionamento esta UBS oferece à população?		III.5.7. O horário de funcionamento desta UBS atende às suas necessidades?
I.7.3. Esta UBS funciona quantos dias na semana?		III.5.2. O que o senhor acha da distância da sua casa até esta UBS?
I.7.4. Qual a carga horária diária de funcionamento da UBS?		
I.7.6. Esta UBS oferece atendimento à população nos fins de semana?		
Acolhimento		
	II.15.1. Está implantado o acolhimento da UBS?	
	II.15.4. Todos os usuários que chegam à UBS espontaneamente buscando atendimento, tem suas necessidades escutadas e avaliadas?	III.7.1. Na maioria das vezes que o Senhor vem à UBS sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, o senhor consegue ser escutado?
	II.15.9. Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco dos usuários?	III.7.4. O que o senhor acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?
Agendamento da consulta na AB		
	II.15.14/1. Existe documento que comprove que caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no	

Módulo I	Módulo II	Módulo III
	mesmo dia?	
	II.15.17. Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na UBS, ele consegue sair com a consulta marcada?	
	II.16.12. Como são agendadas as consultas na UBS?	III.6.1. Na maioria das vezes como o senhor faz para marcar consulta na UBS?
		III.6.2. Em geral, a marcação de consulta nesta UBS pode ser feita:
Atendimento de urgência e emergência		
	II.15.8. A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta UBS?	III.7.8. Onde o senhor procurou atendimento? (em relação a urgência)

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

No caso da **longitudinalidade**, entendida como a responsabilidade da equipe pelo cuidado ao usuário ao longo da vida, optou-se pelos componentes “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)” que tem relação direta com o acompanhamento ao longo do tempo, com o vínculo e retoma a proposta de serviço de procura regular. As variáveis selecionadas deste atributo focaram na percepção dos usuários quanto ao atendimento pelo mesmo profissional ao longo do tempo, o conhecimento dos profissionais sobre a história do paciente, bem como, a possibilidade de contato com esse profissional.

Quadro 12. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Longitudinalidade”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Continuidade da relação profissional-paciente		
	II.3.5. Quanto tempo o senhor atua nesta equipe de Atenção Básica?	III.9.7. Nessa UBS, o senhor é atendido pelo mesmo médico?
	II.32.5. Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada a busca ativa no território?	III.9.7. Nessa UBS, o senhor é atendido pelo mesmo enfermeiro?
		II.9.13. Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do senhor?
		III.9.16. Quando o senhor interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem a consulta nesta UBS, os profissionais procuram o senhor para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?
		III.14.5. Depois que a criança nasceu a equipe fez uma consulta até sete dias de vida?
Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)		
		III.5.10. Se o senhor quiser, pode escolher a equipe que lhe atende?

Módulo I	Módulo II	Módulo III
		III.9.1. Durante o atendimento nesta UBS, o médico deixa tempo suficiente para o senhor falar sobre as suas preocupações ou problemas?
		III.9.3. Durante o atendimento nesta UBS, o enfermeiro deixa tempo suficiente para o senhor falar sobre as suas preocupações ou problemas?
		III.9.14. Quando o senhor precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?
		III.9.18. O senhor se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

Para o atributo da **abrangência/integralidade**, que consiste na oferta de serviços preventivos e curativos para todas as faixas etárias de acordo com as necessidades da população adscrita, foram selecionados os componentes “serviços realizados/escopo de ações” e resolutividade da AB”. As variáveis selecionadas enfatizaram a percepção dos profissionais e usuários em relação a que serviços são oferecidos (consultas, exames, medicamentos, vacinas) e para tal escolheu-se alguns marcadores como hipertensão, diabetes e pré-natal. E também, em que medida a equipe de atenção básica se organiza/capacita/recebe apoio para resolver a maior parte das necessidades na própria UBS.

Quadro 13. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Abrangência/Integralidade”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Serviços realizados/escopo de ações		
I.7.8 Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os dias e horários de funcionamento da UBS?	II.16.6. A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado?	III.14.16. Em que local foram feitas a maioria das vacinas da criança?
	II.17.5. Quais os exames solicitados para HAS?	III.15.3. Onde o senhor fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses?
	II.17.6. Quais os exames solicitados para DM?	III.16.3. Onde o senhor fez a maioria das consultas por causa da diabetes nos últimos seis meses?
	II.17.9. Quais os exames solicitados para saúde da mulher na idade de 50 a 69 anos?	III.10.6. A senhora faz o exame preventivo do câncer de colo de útero nesta UBS?
	II.17.10. Quais os exames solicitados para o pré-natal?	III.11.6 Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?
	II.20.3. A equipe realiza coleta de	

Módulo I	Módulo II	Módulo III
	material para exames de laboratório?	
	II.20.7. A equipe de Atenção Básica realiza procedimentos/ pequenas cirurgias na UBS?	
	II.20.8. A equipe de Atenção Básica realiza os seguintes procedimentos/pequenas cirurgias na UBS?	
	II.32.6. A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que necessitam receber cuidados no domicílio?	
Resolutividade		
I.3.5. Quantidade de profissionais da equipe mínima existente na UBS.	II.12.2. Quem realiza apoio à equipe de atenção básica para resolução de casos considerados complexos?	III.8.1. Quando o senhor é atendido nessa UBS, o senhor acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria UBS?
	II.12.3. Equipes NASF que recebem apoio de:	III.18.1. Quando o senhor procura atendimento nesta UBS, falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?
	II.8.1. Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica?	III.9.22 O senhor encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?
	II.8.4 Quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe?	III.7.5. As orientações que os profissionais dão para o senhor na UBS atendem suas necessidades?
	II.20.1. A equipe possui/recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a sua população?	III.18.2. Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível na UBS?
	II.20.5. A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico?	

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

O atributo da **coordenação do cuidado**, pode ser definido como a capacidade de articulação e integração entre os serviços da rede de atenção à saúde e a disponibilidade de informações para atendimento das necessidades de saúde, independente do local onde sejam prestados. Aqui se expressa a função de filtro (*gatekeeper*) da APS. Foram identificados como componentes: a “continuidade informacional”, o “ordenamento dos fluxos assistenciais”, o “acesso às consultas/exames especializados” e a “comunicação direta entre serviços de AB e AE”. As variáveis selecionadas desses componentes contemplaram a percepção dos profissionais e usuários principalmente quanto: à comunicação da rede de serviços (informações disponíveis, prontuários, referências, fluxos de comunicação); o acesso do usuário a essa rede; e a capacidade das equipes de AB

organizarem-se para oferecer um cuidado de qualidade ao usuário, seja esse cuidado efetuado diretamente na AB, seja em outro serviço (exercendo a função de filtro).

Quadro 14. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Coordenação”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Continuidade Informacional		
	II.14.5. Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	
	II.14.6. O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	
	II.18.3./1 Existe comprovação de fichas de encaminhamento dos usuários para demais pontos de atenção?	
	II.17.2./1 Existe comprovação de que a equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	
	II.25.4. A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com HAS com maior risco/gravidade?	
	II.26.4. A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com DM com maior risco/gravidade?	
	II.27.1./1 Existe comprovação que a equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com tuberculose?	
	II.28.1./1 Existe comprovação que a equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	
Ordenamento de fluxos assistenciais		
	II.17.3. A equipe possui protocolos com definição de prioridades para encaminhamento?	III.11.20. Na consulta de pré-natal, a senhora já saia com a próxima consulta marcada?
	II.17.4. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:	III.11.22. A senhora foi orientada sobre o lugar (maternidade) que faria o parto?
	II.18.4. A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos dos usuários do território da equipe?	
	II.18.5. Quais as referências e fluxos definidos?	
Acesso a consultas/exames especializados		
	II.18.2. Quais as centrais de marcação disponíveis?	
	II.17.1. Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais formas possíveis?	III.9.19. Quando o senhor precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?
	II.25.6. A equipe coordena a fila de espera para usuários com HAS?	III.9.20. Quando o senhor é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para outros profissionais ou especialistas, o

Módulo I	Módulo II	Módulo III
		que acontece?
	II.26.6. A equipe coordena a fila de espera para usuários com DM?	
Comunicação Direta entre serviços de AB e AE		
	II.18.6. Os profissionais da equipe de atenção básica fizeram contato com especialistas?	III.9.21. Depois que o senhor foi atendido por outros profissionais fora da UBS, a equipe conversou com o senhor sobre este atendimento?
	II.18.7 A equipe de atenção básica foi contatada por especialistas?	
	II.18.8. A UBS possui fluxo de comunicação entre AB e AE?	
	II.18.9 Qual fluxo institucional de comunicação?	
	II.18.11. Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS?	

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

1

A **orientação para a comunidade** está diretamente relacionada ao conhecimento das necessidades e dos problemas de saúde da população pela equipe de saúde, com foco no território e na população. Para tal, os componentes selecionados foram: “territorialização”, “intersectorialidade” e “participação social”. As variáveis selecionadas para cada um desses componentes consideraram principalmente a perspectiva dos profissionais, uma vez que focou na organização do serviço quanto: à responsabilidade e ações desenvolvidas no território; às ações desenvolvidas em contato com demais equipamentos desse território e quanto a valorização e os espaços existentes de participação do usuário no serviço. Os questionários de usuários pouco abordam questões específicas relacionadas à ação comunitária das equipes.

Quadro 15. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Orientação para a comunidade”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Territorialização		
I.3.5. Quantidade de profissionais da equipe mínima de cada equipe existente na UBS	II.13.3. Existe definição de área de abrangência da equipe?	III.8.8. Na opinião do senhor, durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?
	II.13.7. Existe população descoberta pela AB no entorno do território da equipe?	
	II.13.1. Qual o número de pessoas de responsabilidade da equipe?	
	II.13.2. A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da	

Módulo I	Módulo II	Módulo III
	equipe?	
	II.13.4. A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência?	
	II.13.6. Quando foi realizado o último mapeamento da área de abrangência da equipe?	
	II.9.10. A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	
	II.9.2. Foi realizado processo de levantamento de problemas?	
	II.9.4. Foi estabelecido um plano de ação?	
Intersetorialidade		
	II.11.4. A equipe planeja/programa suas atividades considerando:	
	II.13.5. O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens?	
	II.33.1. A equipe de Atenção Básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento do Programa Bolsa Família?	
	II.33.3/1. A equipe de Atenção Básica comprova existência de mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Bolsa Família?	
	II.38.2/1. A equipe de Atenção Básica comprova registro de atividades na escola?	
	II.31.4. Os ACS fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas?	
Participação social		
	II.35.5. Há conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente?	
	II.34.1. A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	III.19.1. Quando o senhor quer fazer uma reclamação ou sugestão na Unidade de Saúde, o senhor consegue?
	II.35.1. A equipe realiza pesquisa de satisfação dos usuários?	III.19.2. Quando o senhor fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?
	II.35.4. A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

O atributo **centralidade na família** considera o contexto e a dinâmica familiar para avaliação da condição de saúde e resposta às necessidades de saúde. Dadas as

características do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, poucas variáveis puderam ser selecionadas nessa perspectiva, e envolveram principalmente o cuidado no domicílio e a visita domiciliar.

Quadro 16. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Centralidade na família”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Abordagem familiar		
	II.14.1./1 Existe comprovação que os prontuários dos usuários da equipe de AB são organizados por núcleos familiares?	III.9.12. Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?
	II.32.1. Outros membros da equipe, além dos ACS, realizam visita domiciliar?	III.9.24. Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do senhor?
	II.32.3. As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	III.9.23. O seu agente comunitário de saúde visita o senhor na sua casa?
	II.32.11. A equipe registra as consultas ou atendimentos realizados no domicílio?	

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

O atributo **competência cultural** trata do reconhecimento das necessidades e representações diferenciadas entre os grupos populacionais nos processos saúde-doença e a capacidade de comunicação entre profissionais e usuários. A abordagem cultural buscou abarcar variáveis sobre a consideração de hábitos culturais, etnias e costumes do território. Todavia, a carência de variáveis nos instrumentos PMAQ-AB acabou por concentrar perguntas sobre as práticas integrativas e populações rurais.

Quadro 17. Variáveis do PMAQ-AB relacionadas ao atributo da APS de “Competência cultural”

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Abordagem cultural		
	II.39.1. A equipe realiza ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo?	III.7.6. O senhor se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, sua religião?
	II.39.2. A equipe atende a população rural, assentada e quilombolas?	
	II.30.1. A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	

Fonte: Adaptado de instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

4.2. CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

Após a seleção das variáveis do ciclo 1 PMAQ-AB por atributo e componente, a próxima etapa foi a criação de indicadores a partir das perguntas selecionadas e suas respectivas respostas. As respostas escolhidas, denominadas “padrão de referência” consideraram a resposta correspondente ao melhor padrão de qualidade. Ou seja, para cada um dos atributos, buscou-se na perspectiva dos profissionais e dos usuários, que respostas estariam relacionadas à maior qualidade e efetivação de cada atributo na prática das equipes da APS. No anexo 1 são apresentados o conjunto de variáveis, as respostas escolhidas como padrão de referência e a transformação das variáveis em respectivos indicadores para cada atributo e seus componentes.

4.3. TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE

O recorte por regiões de saúde seguiu a tipologia previamente construída pela pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”. A metodologia de construção da tipologia considerou três grandes temas: o **contexto socioeconômico**, com informações sobre renda, produto interno bruto (PIB), perfil da divisão econômica da região ou município (indústria, serviços e agropecuária); o **contexto demográfico**, com taxas de crescimento, densidade demográfica e outros dados que podem influenciar a demanda por serviços de saúde; e o **contexto da saúde**, com informações gerais sobre as condições de saúde da população, como doenças infectocontagiosas, mortalidade infantil e serviços (capacidade instalada, estabelecimentos, produção ambulatorial e hospitalar, modelo de organização do SUS etc.) (Viana, 2014).

Como unidades de análise foram consideradas as 436 regiões de saúde, o que engloba os 5.565 municípios do Brasil. Para a construção dessa tipologia, a pesquisa Regiões e Redes utilizou as seguintes fontes de dados: Censo Demográfico 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; os Bancos de Dados do Sistema Único de Saúde disponíveis no Datasus; a Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, do Ministério do Trabalho e o Sistema de Contas Regionais – IBGE.

Para a tipologia das regiões de saúde⁴ foram considerados dois fatores: Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde, a partir de variáveis específicas, conforme Quadro 18.

⁴ A metodologia completa da elaboração da tipologia dos grupos de regiões de saúde elaborado pela Pesquisa Regiões e Redes está disponível em <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>

Quadro 18. Variáveis e fontes utilizadas na construção da tipologia de regiões de saúde segundo pesquisa Regiões e Redes

Fatores	Variáveis	Ano	Fonte
Situação econômica	Renda domiciliar per capita (em reais)	2010	Censo 2010 – IBGE
	PIB per capita (Em R\$1000,00)	2011	Contas regionais – IBGE
	% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos o ensino fundamental	2010	Censo 2010 – IBGE
	% de pessoas com 10 anos e mais com pelo menos ensino médio	2010	Censo 2010 – IBGE
	Densidade populacional	2010	Elaboração dos autores
Oferta e complexidade dos serviços de saúde	% de leitos por 1.000 habitantes	2013	CNES
	% de médicos por 1.000 habitantes	2013	CNES
	% de beneficiários de plano de saúde (inclusive odontológico)	2013	ANS
	% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações	2013	SIH

Fonte: Extraído de banco de indicadores da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (Viana, 2014).

Os fatores das regiões de saúde foram classificados em três categorias: baixa, média e alta, tanto no que se refere ao desenvolvimento socioeconômico, quanto à oferta de serviços. O cruzamento dos fatores com as categorias gerou cinco grupos (Quadro 19):

- Grupo 1 ou Reg.1 – baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços: inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil em 2013.
- Grupo 2 ou Reg.2 – médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços: inclui 53 regiões, 590 municípios e 7,3% da população do Brasil em 2010.
- Grupo 3 ou Reg.3 – médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços: inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população do Brasil em 2010.
- Grupo 4 ou Reg.4 – alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços: inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população do Brasil em 2010.
- Grupo 5 ou Reg.5 – alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços: inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil em 2010.

Quadro 19. Características principais das modalidades de Regiões de Saúde da pesquisa Regiões e Redes

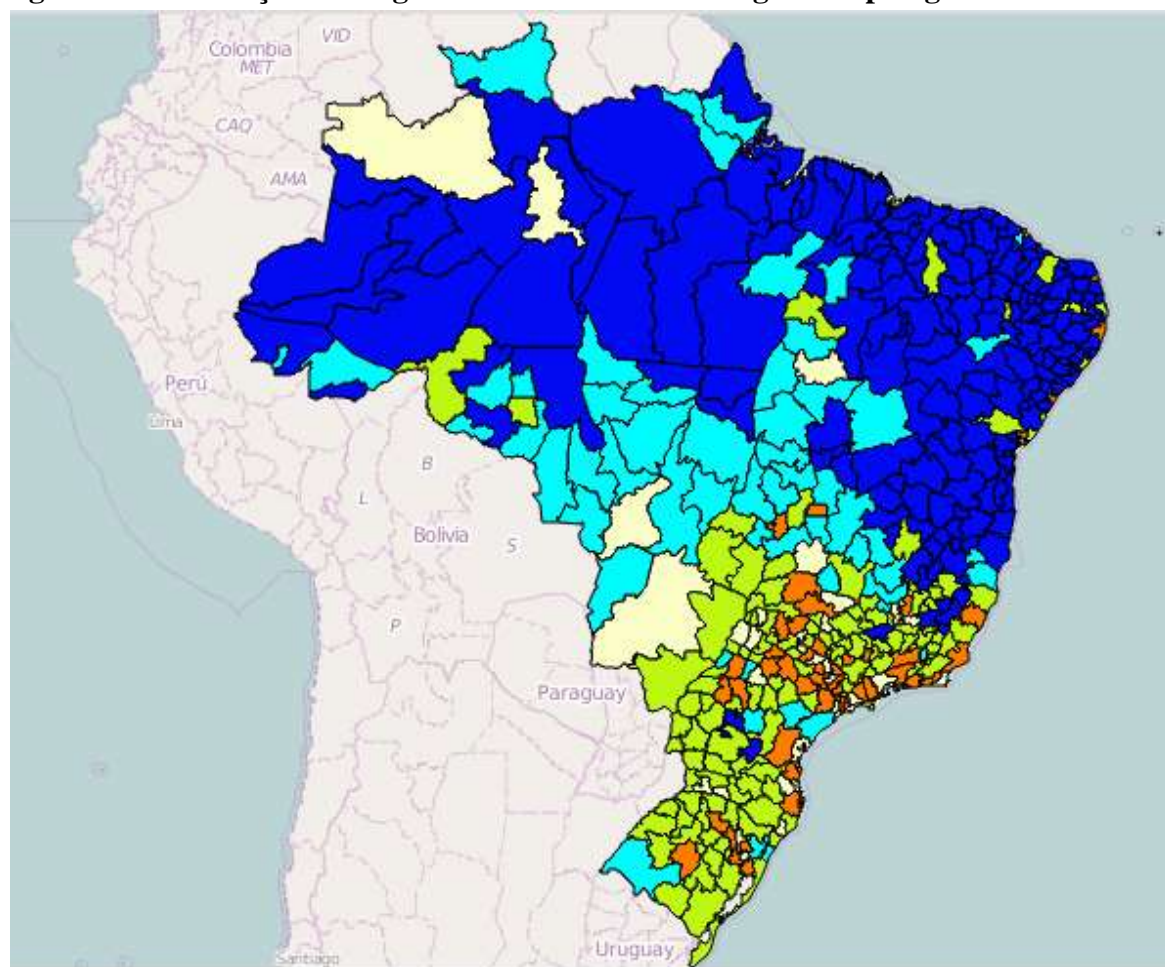
Características	Reg 1 Baixo desenv. socioecon. e baixa oferta de serviços	Reg 2 Médio/ alto desenv. socioecon. e baixa oferta de serviços	Reg 3 Médio desenv. socioecon. e média oferta de serviços	Reg 4 Alto desenv. socioecon. e média oferta de serviços	Reg 5 Alto desenv. socioecon. e alta oferta de serviços
Número de regiões de saúde	175	53	123	35	50
% no total de regiões	40,1	12,2	28,2	8,0	11,5
Número de municípios	2.159	590	1.803	388	630
% no total de municípios	38,8	10,6	32,4	7,0	11,3
População (projeção 2013)	45.466.120	14.063.158	38.722.577	24.786.600	77.994.259
% no total da população	23,6	7,3	20,1	12,9	40,5
Média de municípios por Região	12	11	15	11	13
Média da população por município	21.059	23.836	21.477	63.883	123.800
Beneficiários de plano de saúde na população (%)	5,7	14,7	24,6	40,3	59,7
Médicos por mil habitantes	0,57	0,85	1,33	1,49	2,54
Médicos SUS no total de médicos (%)	92,3	86,7	83,5	77,9	71,1
Leitos por mil habitantes	1,7	1,7	2,5	1,9	2,6
Leitos SUS no total de leitos (%)	89,3	76,9	73,6	69,1	62,7

Fonte: Extraído de banco de indicadores da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (Viana, 2014).

A Figura 1 apresenta um mapa com a representação gráfica da distribuição das regiões de saúde do Brasil, de acordo com a tipologia da pesquisa Regiões e Redes (Viana, 2014), em que se percebe uma concentração:

- No grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): regiões de saúde predominantemente localizadas nas macrorregiões Norte e Nordeste;
- No grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): regiões de saúde localizadas nas macrorregiões Norte, Centro-Oeste e parte do Sudeste (Norte de Minas e Vale do Ribeira em São Paulo).
- Nos grupos 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços), grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) e grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços): regiões de saúde localizadas predominantemente nas macrorregiões Sudeste e Sul.

Figura 1. Distribuição das regiões de saúde do Brasil segundo tipologia de CIR



LEGENDA

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços	Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços	Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

Fonte: Extraído de banco de indicadores da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (Viana, 2014).

A efetivação dos atributos da APS foi analisada para o país como um todo e por grupos de regiões de saúde segundo Tipologia da Pesquisa Regiões e Redes. Uma etapa deste trabalho, portanto, foi cruzar as variáveis do PMAQ-AB de cada atributo, com os 5 grupos de regiões de saúde, a fim de identificar a efetividade da APS em cada grupo socioeconômico e de oferta de serviços.

A Tabela 1 relaciona as adesões das equipes ao PMAQ-AB no 1º ciclo com cada grupo da tipologia de regiões de saúde. Observa-se uma concentração de equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB nas Reg 1 (regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) e nas Reg 5 (regiões com alto desenvolvimento

socioeconômico e alta oferta de serviços), cada grupo abrangendo cerca de 30% das equipes de adesão. Todavia, em todos os tipos de regiões de saúde há adesão de um número considerável de equipes (mais de 1000 equipes em cada grupo de região de saúde), o que permite a análise da efetivação dos atributos por agrupamento de regiões de saúde.

Tabela 1. Distribuição das equipes participantes do PMAQ-AB ciclo 1 segundo grupos de regiões de saúde

Tipos de equipes de atenção básica	Grupos de Regiões de Saúde segundo condições socioeconômicas e de oferta de serviços											
	Reg 1 Baixo desenv. socioecon. e baixa oferta de serviços		Reg 2 Médio/ alto desenv. socioecon. e baixa oferta de serviços		Reg 3 Médio desenv. socioecon. e média/alta oferta de serviços		Reg 4 Alto desenv. socioecon. e média oferta de serviços		Reg 5 Alto desenv. socioecon. e alta oferta de serviços		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal	4331	35,9	937	7,8	3027	25,1	889	7,4	2891	23,9	12075	100,0
Equipe de Saúde da Família – sem saúde bucal	813	17,8	304	6,7	913	20,0	488	10,7	2050	44,9	4568	100,0
Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal	136	41,5	32	9,8	55	16,8	21	6,4	84	25,6	328	100,0
Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal	23	18,5	9	7,3	13	10,5	16	12,9	63	50,8	124	100,0
Outro(s)	11	12,2	3	3,3	5	5,6	4	4,4	67	74,4	90	100,0
Não Sabe/Não Respondeu	6	35,3	2	11,8	5	29,4	1	5,9	3	17,6	17	100,0
Total	5320	30,9	1287	7,5	4018	23,4	1419	8,2	5158	30,0	17202	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados do PMAQ –AB ciclo 1.

4.4. SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PMAQ-AB CICLO 2 POR ATRIBUTO DA APS

As variáveis do ciclo 2 foram selecionadas a partir da seleção do ciclo 1, no intuito de comparar os resultados entre um ciclo e outro. Ou seja, foi refeita a seleção de variáveis e indicadores “padrão de referência” por atributo para comparação entre os resultados dos 2 ciclos do PMAQ-AB, tomando-se por base a presença de variáveis correspondentes/similares nos dois ciclos. Foram excluídas da análise as variáveis do ciclo 1 que não tinham variável idêntica ou de sentido similar no ciclo 2. Raras foram as

situações em que se acrescentou na tabulação alguma variável específica do ciclo 2, nesse caso, considerada de extrema importância para análise do atributo em questão.

Importante lembrar que tanto a estrutura como a equipe de saúde bucal que ficavam concentradas nos módulos I e II no ciclo 1 foram deslocadas para módulos próprios V e VI no ciclo 2 e não foram foco de análise nesse trabalho. O mesmo ocorreu com o novo módulo IV, sobre NASF, que não foi analisado.

O instrumento do ciclo 2 é composto por 1197 variáveis, distribuídas em 6 módulos (Quadro 20). Do total foram selecionadas 105 variáveis, com seus respectivos padrão de referência (melhores respostas), apresentados no anexo 2.

Quadro 20. Composição do instrumento PMAQ-AB Ciclo 2, por módulo, número de variáveis existentes e selecionadas

	N de variáveis do instrumento	N de variáveis selecionadas
Módulo I	477	10
Módulo II	234	59
Módulo III	211	35
Módulo IV	114	1
Módulo V	45	-
Módulo VI	116	-
TOTAL	1197	105

Fonte: Elaboração própria a partir de instrumentos ciclo 2 PMAQ-AB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados disponibilizado no ciclo 1 abrange a participação de 38.812 UBS, 17.202 equipes (53,9%) e 65.391 usuários, situados em 3.935 municípios (Fausto e Souza Junior, 2013). Importante ressaltar que para a análise desse trabalho não foi considerado o total de UBS participantes do censo nacional, e sim, foram consideradas somente as UBS com equipes da adesão ao ciclo 1. O banco de dados disponibilizado está subdividido nos três módulos: módulo I (infraestrutura), módulo II (equipes) e módulo III (usuários). Foi necessária uma compatibilização do banco de dados do ciclo 1 em relação aos seus três módulos, a fim de que os resultados fossem correspondentes às equipes e suas respectivas UBS. Desta forma, no presente estudo foram analisados os dados de 13.749 UBS, nas quais atuavam 16.541 equipes de atenção básica e foram entrevistados 65.391 usuários dessas equipes. A compatibilização do banco foi realizada com apoio de estatístico da pesquisa Regiões e Redes⁵.

⁵ Gostaríamos de agradecer ao profissional Edgard Fusaro, do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) e participante da pesquisa Regiões e Redes, por sua disponibilidade e todo o apoio no trabalho com os banco de dados do PMAQ-AB.

Todas as tabulações, frequências e cruzamentos envolvendo os dados dos bancos foram executadas por meio do software SPSS 22.0, em conjunto com o Microsoft Excel versão 2010 para organização das tabelas e elaboração dos gráficos.

Após definição e finalizada a seleção de variáveis para cada atributo, construídos os “padrões de referência” e compatibilizado o banco de dados somente com as equipes de adesão ao ciclo 1, foram realizadas tabulações simples para os indicadores selecionados, a fim de subsidiar a análise dos resultados.

As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas para cada componente dos atributos. Após a primeira tabulação, aplicou-se um critério de exclusão de acordo com os resultados: variáveis com erro no banco foram eliminadas da seleção, assim como, variáveis com 10% ou mais de respostas “Não sabe/não respondeu”, entendendo que essa última é proveniente de uma formulação ou compreensão inadequada da pergunta.

Ao todo, a seleção final abrangeu 140 variáveis do instrumento do ciclo 1, cuja distribuição por atributo resultou em 22 variáveis selecionadas para o primeiro contato, 12 para o atributo longitudinalidade, 40 variáveis para a abrangência/integralidade, 36 para o atributo coordenação, 24 para a orientação para a comunidade, 7 variáveis para a centralidade na família e 4 para a competência cultural. Por mais que uma variável se relacionasse, algumas vezes, com mais de um atributo, para efeitos de análise cada variável foi listada em apenas um dos atributos.

Na apresentação dos resultados em tabelas, aqueles com diferença de 5,0 ou mais pontos percentuais entre os grupos de regiões de saúde e a média Brasil, foram realçados em cor cinza. No intuito de uma melhor visualização dos resultados foram elaborados gráficos em teia para cada componente dos atributos, por variáveis e grupo de regiões de saúde. Para cada componente foi calculada uma média aritmética com os percentuais, a fim de gerar um gráfico síntese com o percentual médio de respostas positivas para cada atributo. Importante lembrar que nem todas as variáveis selecionadas foram consideradas padrão de referência e utilizadas para cálculo da média, visto que algumas não se esperava o percentual de 100% como resposta. Essas variáveis foram sinalizadas nas tabelas.

Para melhor análise dos componentes por atributo, foram definidos padrões de respostas: muito bom para 90% ou mais de respostas positivas; bom para 75 a 89% de respostas positivas; regular para 60 a 74% de respostas positivas e ruim menor que 60% de respostas positivas. O recorte dos percentuais escolhidos foram altos, pois se assume um viés de positividade das respostas das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB.

Todo esse processo de seleção e análise das variáveis foi realizado de forma independente e sequencial entre os ciclos 1 e 2. Isso porque o banco de dados do ciclo 2 foi disponibilizado somente no 1º semestre de 2015.

A próxima etapa do trabalho consistiu em realizar a comparação entre os resultados do ciclo 1 e ciclo 2. Para a comparação do ciclo 2 com o ciclo 1 a partir de variáveis equivalentes, utilizou-se as equipes compatíveis (mesmas equipes) do ciclo 2 que participaram do ciclo 1, no intuito de obter uma comparação de resultados mais precisa. Tal fator, demandou uma compatibilização entre os bancos de dados dos 2 ciclos, a partir do CNES e código de área das equipes, para gerar um novo número de UBS e equipes que tivessem participado tanto do ciclo 1 como do ciclo 2. Logo, encontrou-se entre os 2 ciclos: 12.985 UBS, 15.208 equipes e 58.425 usuários das EqAB, em comum. Optou-se também por apresentar nas tabelas comparativas, os resultados referentes ao total de entrevistas do ciclo 2 (e não somente as UBS compatíveis com o ciclo 1), o que representou 24.055 UBS, 29.778 equipes e 114.615 usuários, aproximadamente o dobro de participantes. Considerou-se para toda essa comparação, exclusivamente os resultados nacionais.

Para melhor visualização da diferença entre os resultados do ciclo 1 e ciclo 2 (de equipes compatíveis), elaborou-se gráficos de teias por atributo, a partir das variáveis selecionadas.

4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto em desenvolvimento foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP/FIOCRUZ, no mês de março de 2015 como subprojeto da Pesquisa “Avaliação da Atenção Básica em municípios de nove estados brasileiros: Alagoas, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins. O projeto original pode ser identificado pela CAAE 02040212100005240 e o parecer de aprovação nº117.396. E o subprojeto, pelo parecer de aprovação nº 32012, de 05 de junho de 2012.

De acordo com as “Diretrizes e Normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos”, resolução de número 196 de 10 de outubro de 1996, foi utilizado na pesquisa de campo o termo de consentimento livre e esclarecido, quando necessário, bem como, as demais recomendações. No referido trabalho foi utilizado o banco de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, a partir das referidas entrevistas.

A pesquisa foi realizada sem riscos diretos implicados para os profissionais/equipes da Atenção Básica, à medida que eles não foram identificados, pois a análise foi realizada por dados agregados.

Além disso, estão previstos no desenho do Programa cuidados para evitar possíveis desvios no uso político dos resultados e garantir a colaboração dos gestores municipais e equipes no processo de avaliação. Os dados do ciclo 1 são públicos e os dados do ciclo 2 se encontram sob a guarda da coordenação da pesquisa, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade.

Em relação aos benefícios, a proposta é que as informações utilizadas na dissertação possam subsidiar o aperfeiçoamento do PMAQ-AB e da Política Nacional de Atenção Básica; a promoção da cultura da avaliação da atenção básica; e identificar focos de atuação da gestão para a efetivação dos atributos da APS e portanto, melhoria da qualidade no processo de trabalho das equipes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na perspectiva que UBS acessíveis e de qualidade são aquelas que conseguem ser porta de entrada, ofertar ações diversificadas e contínuas para o cuidado em saúde, exercer papel de filtro para acesso à rede de saúde, favorecer a organização do serviço com foco nas necessidades dos usuários, garantir a participação social e interlocução com os equipamentos do território e desenvolver ações comunitárias, busca-se realizar uma discussão sobre os atributos da Atenção Primária a partir de elementos práticos do processo de trabalho das equipes.

Em concordância com Starfield (2002), Kringos et al. (2010), em revisão de literatura, propõem quatro dimensões para análise dos processos em APS com vistas a bons resultados: acesso, continuidade do cuidado, coordenação do cuidado e integralidade ou abrangência do cuidado. Relacionam também essas dimensões à redução de desigualdades socioeconômicas e qualidade da atenção com menores taxas de internação por condições sensíveis a cuidados ambulatoriais. Gérvas (2009) discute que melhores resultados em saúde dependem de qualidade de estrutura e processos e salienta a importância de manter a qualidade do processo mediante mecanismos de controle de indicadores, de atividades de formação continuada e incentivos apropriados. A presente análise insere-se nesta perspectiva de produção de indicadores para possível monitoramento e melhoria do cuidado em saúde.

Importante compreender que uma UBS, muitas vezes, não consegue alcançar simultaneamente esse conjunto de características, porém, reforçá-las enquanto imagem-objetivo aproxima o cuidado em saúde de um padrão esperado de qualidade, independente de que ponto da rede de atenção ele seja oferecido. Outra questão é que não se objetiva medir ou avaliar cada atributo, mas sim descrever e analisar um conjunto de elementos que contribua para uma APS de maior qualidade, com serviços e ações de saúde que estejam voltados a esse fim.

Posto isso, a seção atual está organizada por atributo da APS, cada qual descrito a partir de seus componentes e indicadores específicos, selecionados do banco PMAQ-AB e analisados segundo a tipologia de regiões de saúde da Pesquisa Regiões e Redes. Após a descrição dos resultados dos componentes de cada atributo é realizada uma discussão sobre os avanços e desafios referente àquele atributo.

Conforme mencionado na metodologia, os indicadores foram construídos a partir de variáveis, em que as respostas relacionadas às UBS foram provenientes de observação *in loco*, àquelas referentes às equipes foram através de resposta do profissional da equipe,

assim como as relacionadas aos usuários consistem nas respostas dadas pelos próprios usuários que estavam na UBS.

5.1. ATRIBUTO PRIMEIRO CONTATO

O atributo do “primeiro contato” abrange os serviços de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, procurados cada vez que os usuários necessitam de atenção para um problema de saúde, seja ele novo ou rotineiro. A APS deve cumprir um papel nesse caso, de serviço de procura regular e exercer função de filtro para acesso aos demais equipamentos da rede de atenção à saúde. (Starfield, 2002; Giovanella e Mendonça, 2012).

O atributo primeiro contato foi analisado considerando os seguintes componentes, complementares entre si: “horários de funcionamento”, “acolhimento”, “agendamento às consultas na AB” e “atendimento de urgência e emergência”.

5.1.1. Horários de funcionamento

Os horários de funcionamento são um dos elementos de organização das UBS que contribui para avaliar se o serviço se constitui como uma “porta aberta”, ou seja, se sua organização facilita ou dificulta o acesso da população, em tempo oportuno. Esse componente considera também a experiência de uso do paciente em relação à adequação do horário às suas necessidades, bem como, no que se refere à distância da sua casa até a UBS.

A Tabela 2 e o Gráfico 3 apresentam indicadores do componente horários de funcionamento com recorte de variáveis que expressam a organização da porta de entrada dos serviços de APS. Observa-se que 94,9% das UBS brasileiras participantes do PMAQ-AB oferecem dois ou mais turnos de atendimento à população, 93,4% funcionam 5 ou mais dias na semana e 89% funcionam 8 horas/dia ou mais. Contudo, apenas 11,9% oferecem atendimento à população nos fins de semana. Tal padrão de atendimento é considerado adequado por 85,7% dos usuários respondentes, assim como 86,7% destes, afirmam que a distância da sua casa até a UBS é perto ou razoável.

Para maior parte dos indicadores, observa-se similaridade da distribuição pelos diferentes grupos de regiões de saúde. Um acesso mais dificultado quanto aos turnos, horários e dias de funcionamento é observado nas regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1) em comparação com as regiões de alto DSE e alta oferta (Reg 5). Nas Reg 1, 92,5% das UBS atendem em dois turnos ou mais, 91,1% funcionam 5 ou mais dias na

semana, 82,3% funcionam 8h/dia ou mais e 9,9% abrem nos fins de semana. Já nas Reg 5, 97,5% das UBS atendem em dois turnos ou mais, 94,7% funcionam 5 ou mais dias na semana, 94,6% funcionam 8h/dia ou mais e 16,8% atendem nos fins de semana. Destaca-se uma diferença importante em relação às UBS que funcionam 8h/dia ou mais, com 82,3% nas Reg 1 enquanto em todos os outros grupos de regiões, esta frequência é maior que 90%.

Os indicadores do componente horário de funcionamento mostram-se favoráveis ao padrão de qualidade esperado quanto ao horário, dias e turnos de funcionamento, tanto no que se refere à organização da UBS, como na perspectiva da população que majoritariamente considera o serviço perto e com horário adequado às suas necessidades. A exceção é o atendimento nos fins de semana, que não é uma realidade na maior parte das UBS.

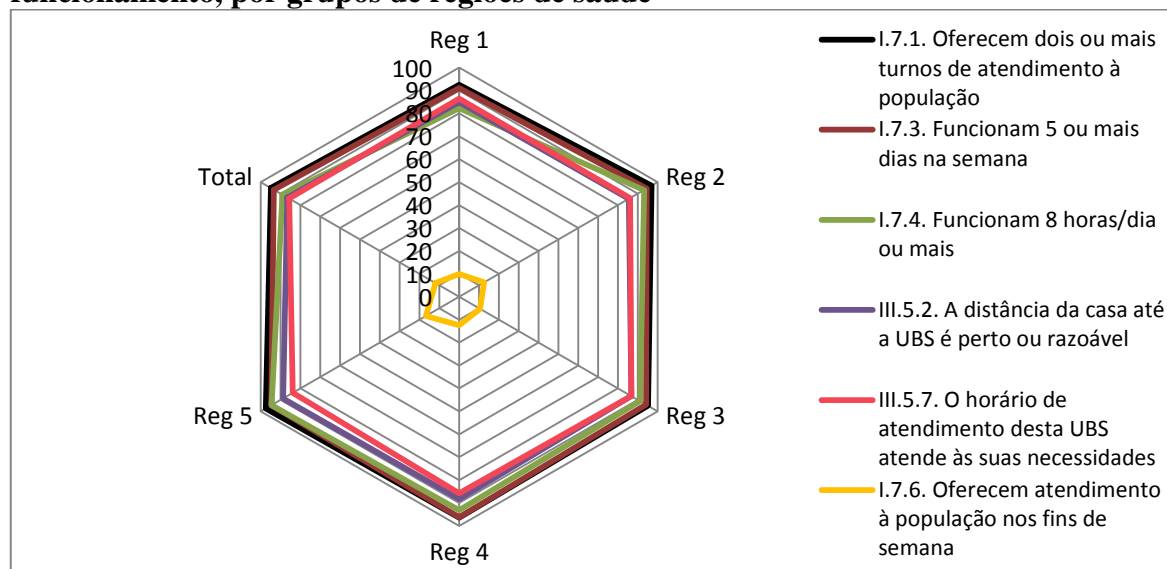
Tabela 2. Primeiro contato: indicadores do componente horários de funcionamento, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS												
I.7.1. Oferecem dois ou mais turnos de atendimento à população	4626	92,5	1114	96,8	3373	95,1	1128	96,4	2811	97,5	13052	94,9
I.7.3. Funcionam 5 ou mais dias na semana	4617	91,1	1102	94,4	3394	94,2	1140	96,2	2793	94,7	13046	93,4
I.7.4. Funcionam 8 horas/dia ou mais	4115	82,3	1072	93,1	3226	91,0	1091	93,2	2728	94,6	12232	89,0
I.7.6. Oferecem atendimento à população nos fins de semana	496	9,9	144	12,5	372	10,5	145	12,4	484	16,8	1641	11,9
<i>N UBS</i>	5000		1151		3545		1170		2883		13749	
Usuários												
III.5.7. O horário de atendimento desta UBS atende às suas necessidades	17869	86,5	4212	86,0	13154	86,7	4672	85,8	16136	83,9	56043	85,7
III.5.2. A distância da casa até a UBS é perto ou razoável	17528	84,9	4184	85,4	13146	86,7	4806	88,2	17056	88,7	56720	86,7
<i>N usuários</i>	20646		4897		15168		5446		19234		65391	
MÉDIA		74,5		78,0		77,4		78,7		79,4		76,9

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 3. Indicadores padrão de referência do componente horários de funcionamento, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.1.2. Acolhimento

O acolhimento se configura como uma estratégia para acesso e organização da porta de entrada nas UBS, seja no atendimento da demanda espontânea, seja no atendimento da demanda programada (Almeida et al., 2013). Um acolhimento de qualidade favorece um serviço de porta aberta e primeiro contato ao regular e organizar o acesso em função das necessidades de saúde da população. O acolhimento enquanto tecnologia relacional permite que uma unidade de saúde seja capaz de rever necessidades e prioridades, realizar classificação por risco e evitar a espera desnecessária dos usuários. (Garuzi et al., 2014)

Na Tabela 3 e no Gráfico 4 são apresentados indicadores do componente acolhimento. O acolhimento está implantado em 80,1% das equipes. Todavia, somente 57,8% das equipes possuem profissionais capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, o que atenta contra a qualidade do acolhimento. Os usuários que chegam à UBS espontaneamente, buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas segundo 97,2% das equipes. Entretanto, apenas 78,9% dos usuários fazem a mesma afirmação e 66,1% avaliam, como muito boa ou boa, a forma como foram acolhidos ao procurar o serviço.

No que se refere aos diferentes grupos de regiões de saúde, uma maior variação pode ser observada em relação à implantação do acolhimento, com 71,0% e 75,2% nas Reg 1 e Reg 2, 78,2% nas Reg 3 e um aumento para 88,9% e 90,0% nas Reg 4 e Reg 5. Ou seja,

há uma priorização da implantação do acolhimento no processo de trabalho das equipes nas regiões de saúde mais desenvolvidas. No aspecto capacitação dos profissionais para realização do acolhimento, os extremos estão entre as regiões 3 (53,4%) e a regiões 5 (62,3%).

No que se refere à avaliação dos usuários sobre comparecer a UBS sem ter hora marcada e conseguir ser escutado, as melhores respostas aparecem nas Reg 1 e Reg 3, com aproximadamente 80,0% dos usuários. A opinião mais negativa sobre a forma como os usuários foram acolhidos é observada nas regiões mais desenvolvidas (Reg 5), com 61,9% de respostas como muito boa ou boa a forma de acolhimento. Nas demais regiões de saúde, pouco mais de 64% dos usuários fazem essa avaliação, chegando a 69,9% na Reg 3.

Em resumo, os resultados do componente acolhimento apontam duas necessidades: a implantação do acolhimento nas regiões de baixa oferta (Reg 1 e Reg 2) e a melhoria na qualidade do acolhimento independente do grupo de regiões, o que pode ser verificado pelo baixo número de profissionais capacitados e de usuários satisfeitos.

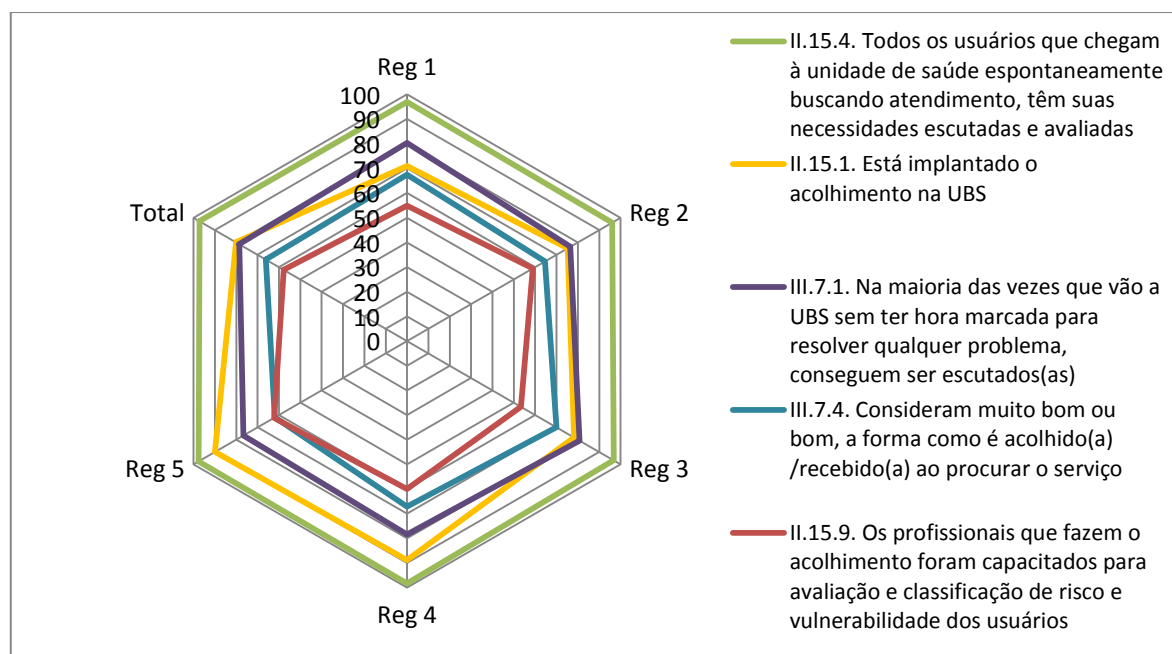
Tabela 3. Primeiro contato: indicadores do componente acolhimento, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.15.1. Está implantado o acolhimento na UBS	3666	71,0	936	75,2	3007	78,2	1197	88,9	4449	90,0	13255	80,1
II.15.4. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas	5000	96,9	1195	96,0	3722	96,8	1324	98,3	4833	97,7	16704	97,2
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
II.15.9. Os profissionais que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	2012	54,9	551	58,9	1606	53,4	718	60,0	2773	62,3	7660	57,8
<i>N EqAB com acolhimento implantado</i>	<i>3666</i>		<i>936</i>		<i>3007</i>		<i>1197</i>		<i>4449</i>		<i>13255</i>	

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usuários												
III.7.1. Na maioria das vezes que vão a UBS sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, conseguem ser escutados(as)	13678	80,3	3082	76,4	10488	80,8	3567	78,4	12638	76,6	43453	78,9
III.7.4. Consideram muito bom ou bom, a forma como é acolhido(a) /recebido(a) ao procurar o serviço	11478	67,4	2607	64,6	9074	69,9	3054	67,2	10207	61,9	36420	66,1
<i>N usuários que alguma vez foram a UBS sem ter hora marcada</i>	17027		4034		12975		4548		16493		55077	
MÉDIA		74,1		74,2		75,8		78,6		77,7		76,0

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 4. Indicadores padrão de referência do componente acolhimento, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.1.3. Agendamento da consulta na Atenção Básica

O “agendamento da consulta na AB” avalia a forma de acesso dos usuários às UBS a partir da organização do processo de trabalho. Envolve questões como por exemplo se há

atendimento de demanda espontânea e programada; se as consultas podem ser agendadas por livre demanda ou se há dias e horários específicos para marcação; expressa a forma de marcação dessas consultas e a experiência de uso dos usuários em relação ao agendamento.

A Tabela 4 e o Gráfico 5 apresentam indicadores que expressam a disponibilidade das unidades básicas de saúde para realizar o agendamento de consultas, de acordo com a necessidade de saúde dos usuários. 64,0% das equipes reservam vagas para atendimento no mesmo dia, caso usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia. Para as situações que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo de atendimento programado na UBS, 83,4% das equipes relatam que o usuário consegue sair da UBS com a consulta marcada. Todavia, as consultas podem ser marcadas na UBS em qualquer dia da semana e qualquer horário somente segundo 55,5% das equipes.

As dificuldades de acesso são mais nítidas na experiência dos usuários. Em relação à forma de marcação de consultas, apenas 28% dos usuários marcam consulta a qualquer hora. O percentual maior são dos usuários que para marcar consulta, precisam ir a UBS, pegar ficha e fazer fila antes da UBS abrir, representando 30,6%. Se somado aos usuários que precisam pegar ficha (sem fazer fila) na UBS (23,4%), esse percentual ultrapassa os 50%. Para 11,6% dos usuários a consulta é marcada pelo ACS e inexistente a possibilidade de marcação por telefone (2,2%). Além disso, pôde-se observar que a marcação de consultas pode ser feita todos os dias da semana segundo 55,3% dos usuários. Ou seja, há dificuldades de acesso claramente expostas nesses indicadores de marcação de consultas.

Apesar de uma percepção geral de dificuldade de acesso em todos os grupos de regiões de saúde, observa-se maior dificuldade de agendamento nas equipes da região de saúde menos desenvolvida (Reg 1). Apenas 52,3% das equipes das Reg 1 e 60,7% das Reg 3 reservam vagas para atendimento no mesmo dia, enquanto nas Reg 4 e Reg 5, mais de 75% das equipes responderam positivamente. Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo de atendimento programado na UBS, ele consegue sair com a consulta marcada principalmente nas Reg 1 (86,2%) e nas Reg 4 (84,3%) e Reg 5 (85,2%). Nas Reg 2 e 3, a dificuldade de sair com a consulta marcada nesses casos, é maior, com apenas 77,5% dos usuários na Reg 2 e 79,1% nas Reg 3. Outra situação de destaque é a possibilidade de marcar consulta em qualquer dia da semana e qualquer horário, que nas regiões de baixa oferta (Reg 1) representou 49,1% das respostas e nas regiões de alto desenvolvimento (Reg 4 e Reg 5) foi mais de 61%.

A diferença também é marcante nas respostas dos usuários entre os grupos de

regiões de saúde. Apenas 18,5% dos usuários relatam marcar consulta em qualquer hora na UBS no grupo das regiões de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1) e esse percentual vai se elevando até chegar a 36,6% de respostas positivas no grupo de regiões de alto DSE e alta oferta (Reg 5). Nos casos em que o usuário precisa pegar ficha para marcar consulta, chama atenção a variação entre as Reg 1, com 29,4% dos usuários e as Reg 2, com 20,7% dos usuários. Nos casos em que além da ficha, há necessidade do usuário fazer fila antes da UBS abrir, as maiores respostas foram nas Reg 1 e Reg 2 (aproximadamente 34,0%), porém, a maior diferença está entre as Reg 3 (33,2%) e Reg 4 (27,2%). Um comportamento diferente foi observado em relação a marcação de consultas todos os dias da semana, que se manteve baixo (46,4%) na Reg 1, mas aumenta nas Reg 2, Reg 3 e Reg 4, com mais de 61%.

Os indicadores do componente agendamento da consulta na AB mostram uma fragilidade na organização do serviço para atendimento do usuário em tempo oportuno. As dificuldades de acesso são ainda mais nítidas nas regiões de saúde de baixa oferta e baixo desenvolvimento socioeconômico (Reg 1). A forma prioritária de marcação de consulta por ficha ou ficha e fila resgatam a lógica e a prática de pronto-atendimento e acesso não universal ou equitativo aos serviços. Ressalta-se que a marcação de consultas por telefone, inexistente nas equipes, poderia ser uma boa alternativa à agilidade do serviço e facilidade de acesso dos usuários à marcação de consultas.

Tabela 4. Primeiro contato: indicadores do componente agendamento da consulta na AB, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.15.14./1 Comprovam que caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia	2700	52,3	747	60,0	2335	60,7	1015	75,4	3788	76,6	10585	64,0
II.15.17. Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na UBS, ele consegue sair com a consulta marcada	4447	86,2	965	77,5	3039	79,1	1136	84,3	4216	85,2	13800	83,4

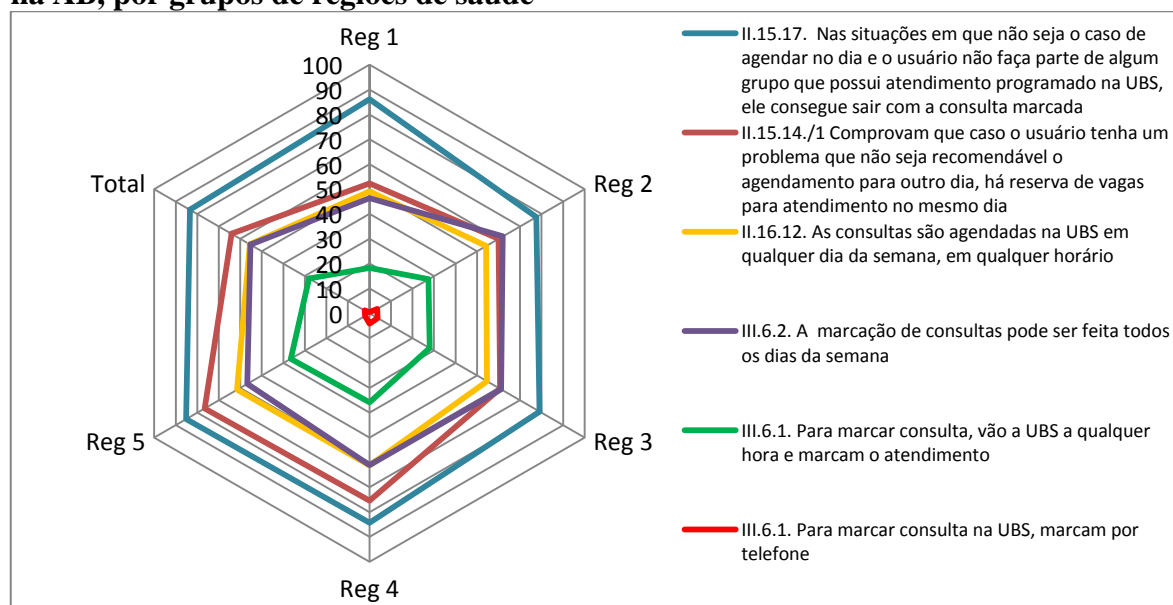
INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alt a oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	II.16.12. As consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário <i>N EqAB</i>	2534	49,1	675	54,2	2098	54,6	824	61,2	3041	61,5	9172
	5160		1245		3844		1347		4945		16541	
Usuários												
III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS a qualquer hora e marcam o atendimento	3749	18,2	1341	27,4	4252	28,0	1951	35,8	7032	36,6	18325	28,0
III.6.1. Para marcar consulta na UBS, marcam por telefone	103	0,5	176	3,6	572	3,8	226	4,1	387	2,0	1464	2,2
III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS, mas tem que pegar ficha*	6064	29,4	1016	20,7	3348	22,1	1166	21,4	3720	19,3	15314	23,4
III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da UBS abrir*	7022	34,0	1677	34,2	5041	33,2	1484	27,2	4760	24,7	19984	30,6
III.6.1. O agente comunitário de saúde marca a consulta* <i>N usuários</i>	2966	14,4	418	8,5	1425	9,4	417	7,7	2376	12,4	7602	11,6
	20646		4897		15168		5446		19234		65391	
III.6.2. A marcação de consultas pode ser feita todos os dias da semana <i>N usuários que fazem marcação nesta UBS</i>	9477	46,4	2997	61,9	9200	61,2	3303	61,1	10830	56,8	35807	55,3
	20433		4838		15043		5407		19071		64792	
MÉDIA		42,1		47,4		47,9		53,7		53,1		48,1

* Indicador não considerado para o padrão de referência.

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 5. Indicadores padrão de referência do componente agendamento da consulta na AB, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.1.4. Atendimento de urgência e emergência

O “atendimento de urgência e emergência”, que compõe o atendimento à demanda espontânea, se refere à capacidade de organização do serviço de APS para atendimento às pequenas urgências, assim como, a busca dos usuários por esse serviço no caso de urgência. Esse é mais um dos fatores que privilegiaria a APS como porta de entrada preferencial, seja para resolução do problema de saúde no próprio serviço, seja para coordenar o cuidado para outros pontos de atenção quando necessário.

A Tabela 5 e o Gráfico 6 apresentam indicadores sobre a disponibilidade nas UBS do atendimento de urgência e emergência e a procura dos usuários por esse tipo de atendimento. O atendimento de urgência e emergência é realizado por 72,9% das equipes e, em relação aos usuários, 65,3% procuraram a UBS no caso de atendimentos de urgência.

Existe uma similaridade comparando a opinião dos usuários nas diferentes regiões de saúde, ou seja, a média Brasil (65,3%) é uma média padrão de busca dos usuários pela UBS no caso de urgência em todas as regiões. O mesmo não ocorre em relação à disponibilidade de atendimento de urgência pelas UBS, em que há variação de até 10 pontos percentuais. Apenas 64,3% de UBS realizam atendimento de urgência nas Reg 2, com resultados crescentes de acordo com o aumento do DSE e oferta de serviços chegando a 82,1% nas Reg 5. Ou seja, há alta disponibilidade de serviços de urgência nas UBS das Reg 5, mas o padrão de uso não se modifica, o que pode revelar certa tradição dos serviços de APS no Brasil em não ofertar atendimento de urgência e por isso, há uma menor procura do usuário.

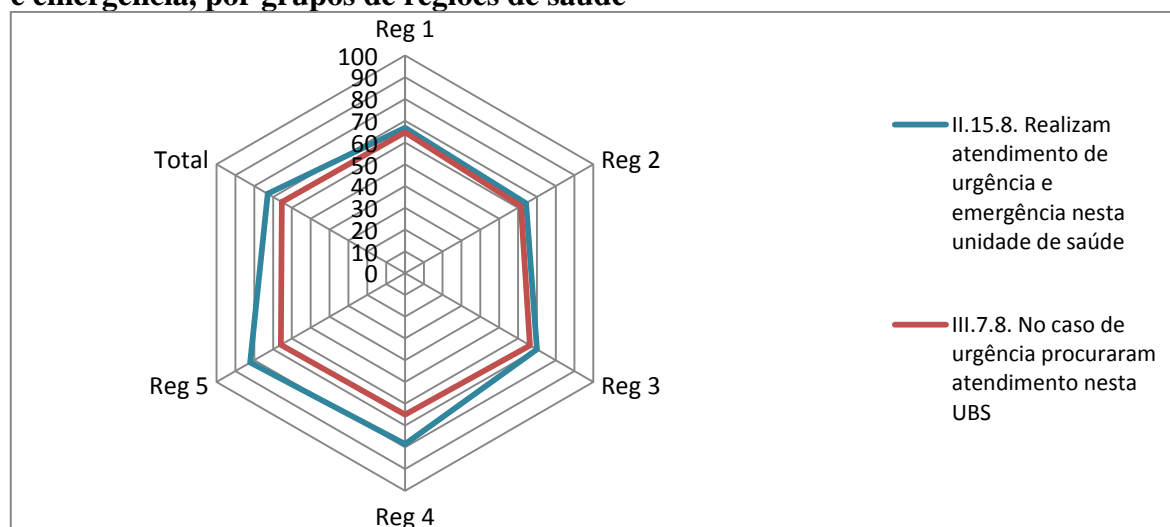
Os indicadores desse componente apontam uma coerência entre oferta de atendimento às pequenas urgências na UBS e procura por esse tipo de atendimento, com exceção das Reg 5 em que a procura de atendimento de urgência na UBS foi bem menor que a oferta. Há necessidade de aumento da disponibilidade de atendimento de pequenas urgências nas UBS, em especial nos municípios das regiões 1 e 2. Pouco mais de 60% dos usuários entrevistados buscam a APS para urgência quando precisam, o que é um percentual baixo se analisarmos o potencial da APS enquanto porta aberta/ porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.

Tabela 5. Primeiro contato: indicadores do componente atendimento de urgência e emergência, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB II.15.8. Realizam atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde <i>N EqAB</i>	3447	66,8	801	64,3	2689	70,0	1059	78,6	4058	82,1	12054	72,9
	5160		1245		3844		1347		4945		16541	
Usuários III.7.8. No caso de urgência procuraram atendimento nesta UBS <i>N usuários que alguma vez procurou atendimento de urgência</i>	7908	64,8	1882	61,6	6627	66,4	2294	65,0	8204	65,9	26915	65,3
	12197		3053		9986		3528		12454		41218	
MÉDIA		65,8		62,9		68,2		71,8		74,0		69,1

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 6. Indicadores padrão de referência do componente atendimento de urgência e emergência, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.1.5. Discussão

A partir do conjunto de componentes que integram o atributo primeiro contato, em linhas gerais, verifica-se que o horário de funcionamento das UBS é adequado e próximo às necessidades da população. Contudo, melhorias de organização do serviço precisam ser realizadas para um aumento de atendimento aos fins de semana, principalmente ao considerar uma importante parcela da população que trabalha em horário comercial e teria uma maior facilidade em acessar o serviço aos fins de semana.

A discussão acerca do horário de funcionamento, denominada “acessibilidade temporal”, aparece em estudo sobre municípios brasileiros de grande porte, sendo adequada em município com atendimento de três turnos e aos sábados. 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). Gêrvias (2009) identifica sobre a APS espanhola que poucas são as unidades de saúde da APS abertas após as 19h e que um dos fatores para esse horário de funcionamento é a necessidade do profissional em compatibilizar vida familiar e de trabalho. Considerando, por exemplo, as regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1), na Tabela 2, chama a atenção que cerca de 18,0% das UBS não funcionam 8h/dia ou mais, o que dificulta a acessibilidade temporal.

Já a acessibilidade geográfica parece satisfatória, visto que 86,7% da população encontra-se satisfeita com a distância entre a UBS e sua casa. Resultados similares foram encontrados no estado da Bahia e Pernambuco para as equipes de estratégia de saúde da família (Albuquerque et al., 2014; Cunha e Vieira-da-Silva, 2010). Os autores ressaltam que os critérios de territorialização para a implantação da ESF e descentralização foram fundamentais para a melhoria na acessibilidade geográfica, o que não é verdadeiro para as UBS tradicionais, com barreiras financeiras para o transporte (Cunha e Vieira-da-Silva, 2010).

Quanto ao tema acolhimento, Assis e Jesus (2012) o definem como ações comunicacionais que possibilitam novas práticas em saúde, a partir de respostas adequadas às demandas dos usuários em todo o seu percurso. Mitre et al. (2012) indicam que apesar de avanços para a ampliação do acesso dos serviços da APS, o acolhimento encontra alguns desafios para sua operacionalização e qualificação como: ausência de articulação em redes integradas, excesso de demandas de atendimento, ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para organização do processo de trabalho em saúde.

Em outras palavras, um serviço pode ser acessível quanto ao horário de funcionamento e localização, mas ter barreiras organizacionais, como por exemplo, baixa implantação do acolhimento ou baixa qualidade desse acolhimento, conforme observado na Tabela 3, em todas as regiões. Essa baixa qualidade pode decorrer tanto da carência de profissionais capacitados para a classificação de risco e vulnerabilidade quanto em relação à lógica de organização desse acolhimento. Importante também lembrar que a classificação de risco e vulnerabilidade, entendida como uma forma de priorização no acolhimento, deve ser percebida como um facilitador para a equidade, evitando agravamentos dos quadros clínicos agudos e nunca como uma barreira de acesso, independente da gravidade da

demanda do usuário.

Souza et al. (2008) destacam que apesar do acolhimento possibilitar maior compreensão sobre as necessidades dos usuários, sua qualidade depende diretamente das condições de trabalho oferecidas aos profissionais. Ou seja, os profissionais precisam de melhorias nas condições de trabalho para melhorias no serviço, e isso abrangeria incentivos financeiros, espaços de escuta pela gestão, capacitações e autonomia no trabalho.

As respostas mais negativas em relação ao acolhimento em regiões de baixa oferta de serviços de saúde pode ser um indicador de falta de acesso desse usuário a quaisquer tratamentos de saúde, visto as deficiências da própria rede de atenção. Fausto et al. (2014) destacam que quanto menor o porte populacional do município, menor a frequência de realização do acolhimento.

Diferentes estudos apontam que um desafio do acolhimento é o seu foco: dar respostas a todos que procuram o serviço de saúde. Ao invés disso, muitas vezes percebe-se no acolhimento, uma adequação do atendimento dos usuários à organização existente e conveniente do serviço, que nem sempre é voltada às necessidades da população.

Souza et al. (2008) verificam o dispositivo acolhimento como desconhecido no caso das UBS tradicionais, o que se traduz em um modelo tradicional de organização da recepção, com fichas e filas. O agravamento disso é percebido pela reclamação dos usuários sobre a convencional disputa por vagas de atendimento através do “dormir na fila”, uma condição para tentar o acesso aos serviços.

Tal problema também foi constatado nos resultados da nossa pesquisa, em que a forma prioritária de marcar atendimento na Atenção Básica é através de ficha ou ficha e fila antes da UBS abrir, presente em todas as regiões de saúde e maior nas Reg 1 e 2. Nas Reg 4 e 5, pouco mais de 35,0% dos usuários afirmam marcar atendimento a qualquer hora do dia (Tabela 4). Considerar a rotina de um indivíduo doente ou sintomático que precisa acordar de madrugada, enfrentar fila, pegar ficha e ainda assim, ser marcado para muitos dias depois, é uma das mais claras barreiras à APS como serviço de primeiro contato.

Gérvias (2009) destaca na APS espanhola, a frequência dos encontros indiretos entre profissional e paciente, com uso de telefone ou internet, chega a cerca de 20% do total. Seu estudo exemplifica o Reino Unido e experiências locais como na Catalunha, que oferecem serviços telefônicos de atenção à saúde 24h por dia, para resolver dúvidas de pacientes e realizar orientações gerais. Apesar de não haver estudos acerca dos impactos na saúde desse tipo de iniciativa, claramente ele se constitui como um facilitador do acesso aos

serviços em tempo oportuno. O telefone, portanto, é uma das ferramentas que poderia não só facilitar essa marcação de consultas, como favorecer o vínculo entre serviço de saúde e usuários.

Tão importante quanto a forma de marcação de consultas seria avaliar o tempo de marcação dessas consultas, o que não foi possível através dos dados PMAQ-AB. Em estudo de Assis et al. (2010), os autores apontam que os obstáculos para o acesso funcional estão tanto na marcação da consulta como na demora do atendimento. Após a marcação, os resultados da pesquisa no estado da Bahia revelam que metade dos usuários esperam uma semana ou mais para a consulta, com exceção dos casos de emergência.

Tal problema poderia ser minimizado por investimento da reserva de vagas para atendimento no mesmo dia, especialmente para os casos de maior gravidade clínica ou risco social, para usuários com dificuldade de ir à UBS em horário diferente e/ou para grupos prioritários. A reserva de vagas para atendimento no mesmo dia é condicionada pelo planejamento da agenda do profissional, pela disponibilidade de profissionais e por uma organização do acolhimento com critérios de risco e vulnerabilidade. Mas esse indicador só foi visualizado em metade das equipes das Reg 1 e cerca de 75% das Reg 4 e 5 (Tabela 4). Nesse caso, as equipes em regiões com maior desenvolvimento socioeconômico e maior oferta de serviços possuem uma melhor organização com vistas ao acesso da população que precisa de atendimento no mesmo dia. Um resultado, em geral mais favorável é que, mesmo que o usuário não seja de grupo prioritário, 80% das equipes afirmam que ele consegue sair da UBS com a consulta marcada.

A AB como serviço de primeiro acesso também está relacionado à sua capacidade de atender as demandas de pequenas urgências. Vale ressaltar que o instrumento do PMAQ-AB ciclo 1 não faz uma abordagem precisa do que seriam os atendimentos de urgência/emergência e isso, gera também imprecisão na resposta. Diferentemente do instrumento do PMAQ AB ciclo 2, em que essa questão foi melhor especificada sobre quais seriam as ações de pequenas urgências nas UBS como por exemplo: dor torácica, crise convulsiva, nefrolitíase, crise de asma, crise hipertensiva, hiperglicemia em diabéticos, casos suspeitos de dengue, dentre outros (Brasil, 2013b). Não seria adequado o uso da UBS em emergências para as quais são necessários estabelecimentos de saúde bem equipados, com equipes capacitadas e recursos apropriados para esse tipo de atendimento.

O que se pode visualizar é que especialmente nas regiões de baixa oferta de serviços (Reg 1 e Reg 2), esse atendimento deveria ser mais disponibilizado já que dificilmente haverá Unidades de pronto atendimento disponíveis em curta distância ou

equipamentos de saúde que atendam urgência em tempo oportuno. Em muitos municípios, as UBS são os únicos equipamentos de saúde existentes. Contudo, os resultados visualizados apontam que mais de 80% das Reg 5 atendem urgência e por volta de 65% das equipes das Reg 1 e 2 fazem esse tipo de atendimento (Tabela 5). Esse resultado não totalmente satisfatório, mesmo das Reg 5, pode ser influenciado pela provável existência do equipamento das UPA, abertas 24h para atendimentos de urgência.

A pesquisa de Escorel et al. (2007) discute a fragilidade da AB nos atendimentos de urgência. Oito capitais foram investigadas no estudo e seis destas tiveram a urgência como o motivo mais frequente entre os usuários, na busca dos serviços de saúde, mesmo que a maioria das urgências não fosse grave. Em apenas 3 municípios o serviço de Atenção Básica aparece como o serviço mais procurado para os casos de urgência.

Gérvas (2009) discute um crescimento das urgências na APS espanhola, gerado por mudanças sociais, problemas de acesso às unidades no horário habitual de funcionamento, pelo atendimento imediato em saúde exigido pela população e pela falta de adaptação dos serviços de saúde a mudanças. Exemplifica um aumento de cerca de 8% em uma província espanhola na última década e uma procura majoritária de trabalhadores do sexo masculino por esses atendimentos de urgência devido a problemas de acessibilidade. Diferencia o meio urbano do meio rural, em que o primeiro centraliza as urgências nos serviços especializados que funcionam fora do horário habitual dos centros de saúde, e o segundo, em que os profissionais se organizam para suprir as demandas de urgência fora do horário de trabalho em “Pontos de Atenção Continuada”.

Soares et al. (2014), em estudo no Rio de Janeiro verificam a existência de compreensão por parte de gestores municipais que a AB deve realizar atendimento à demanda espontânea e nos casos de urgência, atender imediatamente, estabilizar o quadro e avaliar a necessidade de transferência para outros pontos de atenção. Para que o papel da APS nas urgências seja fortalecido, é necessária uma integração na rede de atenção, de equipamentos como as UPA. Konder (2013) sinaliza dificuldade na relação entre UPA e hospitais, e um baixo referenciamento de retorno para a APS para um acompanhamento adequado. A autora aponta que as UPA atendem uma demanda, em geral de baixo risco, que seria melhor acolhida na APS, mas que a população encontra nas UPA respostas imediatas, mesmo que não duradouras e sem acompanhamento. Isso gera uma baixa confiança no potencial resolutivo da APS, e uma demanda cada vez maior por exames e especialistas.

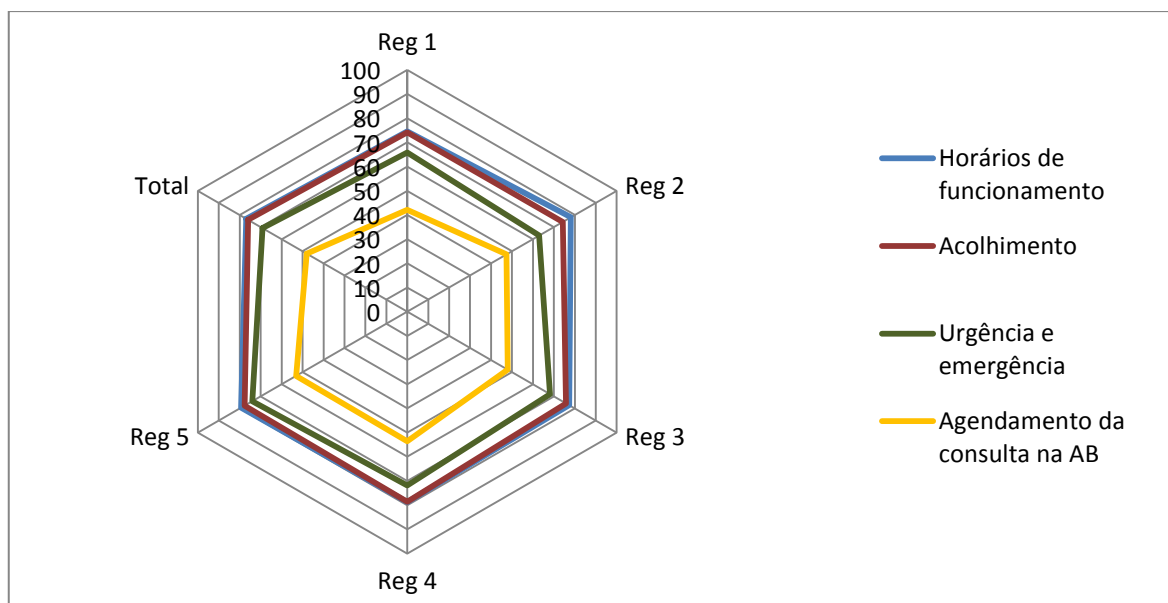
Há uma falta de tradição da APS no Brasil em ofertar atendimento de urgência nas

UBS. Associado a isso, nos últimos anos, os governos federal e estaduais investiram no modelo UPA, e de certa forma, alguns procedimentos possíveis de serem realizados na APS, passaram a ser realizados nas UPA com mais agilidade e recursos. Tal fator gerou um tipo de concorrência (financeira e de atenção) entre os dois serviços de saúde.

Em síntese, no atributo primeiro contato, o horário de funcionamento das UBS em geral é adequado, com usuários satisfeitos quanto ao atendimento de suas necessidades e a distância de sua casa até a UBS. As equipes relatam realizar acolhimento aos usuários, mas a qualidade desse acolhimento deixa a desejar, pois em geral os usuários não se sentem acolhidos e os profissionais não foram capacitados. Há importantes dificuldades na marcação de consultas, sendo necessário pegar ficha ou comparecer a UBS em horários específicos para marcação de consultas. Em relação às urgências, há necessidade de se definir melhor o papel da APS para esse tipo de atendimento, especificando o que seria desse nível de atenção e o que demandaria maior complexidade.

Do total de 22 indicadores, estabeleceu-se 19 como padrão de referência para o atributo primeiro contato. Apenas 3 indicadores alcançaram o padrão muito bom (mais de 90% das respostas), 6 indicadores se apresentaram no padrão bom (entre 75 e 89% das respostas), 4 indicadores se encontraram no padrão regular (entre 60 e 74% das respostas) e 6 indicadores apresentaram o padrão inadequado (menos de 60% das respostas). Os indicadores de padrão muito bom e bom, correspondem majoritariamente ao componente horários de funcionamento e dentre os inadequados, a concentração está no agendamento da consulta na AB.

O Gráfico 7 mostra uma síntese dos resultados por componente para o atributo de primeiro contato.

Gráfico 7. Primeiro contato: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.2. ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE

O atributo da “longitudinalidade” se refere à responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida, através da qual a APS cumpre sua função de fonte regular de cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente (Starfield, 2002; Macincko et al., 2003).

Para analisar o atributo longitudinalidade organizou-se o conjunto de indicadores nos seguintes componentes: “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)”.

5.2.1. Continuidade da relação profissional-paciente

A “continuidade da relação profissional-paciente” abrange aspectos do cuidado ofertado aos usuários nos diferentes ciclos de vida, e da organização do serviço que permita um acompanhamento pelo profissional ao longo do tempo, como por exemplo, a fixação dele em uma mesma UBS, o atendimento do usuário pelo mesmo profissional e a realização de busca ativa dos usuários quando necessário.

A Tabela 6 e o Gráfico 8 apresentam indicadores sobre a continuidade da relação profissional-paciente. Apenas 43,4% dos profissionais respondentes do PMAQ-AB atuam 3 anos ou mais em sua equipe. A busca ativa dos hipertensos faltosos pelos ACS é realizada por 87,8% das equipes.

Em relação aos usuários, na média Brasil, observa-se que 64,3% relatam sempre ser atendidos pelo mesmo médico e 57,8% pelo mesmo enfermeiro. Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas, segundo 48,1% dos usuários, o que poderia ser fortemente auxiliado por registros qualificados. No caso de interrupção de tratamento ou falta, os profissionais procuram saber o que aconteceu de acordo com 42,9% dos usuários, e 64,2% dos usuários receberam visita da equipe à criança com até sete anos de vida.

Na maior parte dos indicadores existe similaridade em relação à organização do serviço nas diferentes regiões de saúde. Destaca-se nas Reg 2, que apenas 38,2% dos profissionais respondentes estão na equipe há 3 anos ou mais. As regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1) são as que mais realizam busca ativa dos hipertensos faltosos, representando 89,7% das equipes.

De uma forma geral, as piores respostas dos usuários estão nas regiões de médio/alto DSE e baixa oferta (Reg 2). Sempre são atendidos pelo mesmo médico na UBS, 58,1% dos usuários das Reg 2 e 63,2% das Reg 3, gerando curiosidade esse valor inferior das Reg 2 em relação às demais regiões, visto que a carência de médicos é realidade de

todas as regiões de saúde, mas em especial nas de baixa oferta (Reg 1 e Reg 2). Observa-se uma diferença mais considerável nos usuários que afirmam sempre ser atendidos pelo mesmo enfermeiro, com 68,8% de respostas positivas nas Reg 1, 59,6% nas Reg 2 e 50,4% nas Reg 5. Além disso, nas Reg 2 apenas 36,8% afirmam que os profissionais os procuram para saber o que aconteceu no caso de faltas às consultas e 58,4% receberam visita à criança com até 7 dias de vida. Nas equipes das Reg 5, essa visita à criança já aumenta para 69,8% dos usuários.

Os indicadores da continuidade relação profissional-paciente revelam dificuldades na organização do serviço como rotatividade de profissionais e baixo resgate do histórico de atendimento do usuário ou busca ativa dos usuários, quando necessário. Apesar da possibilidade de melhoria, os resultados mais satisfatórios podem ser observados através dos marcadores de hipertensão e puericultura, independente do grupo de regiões de saúde.

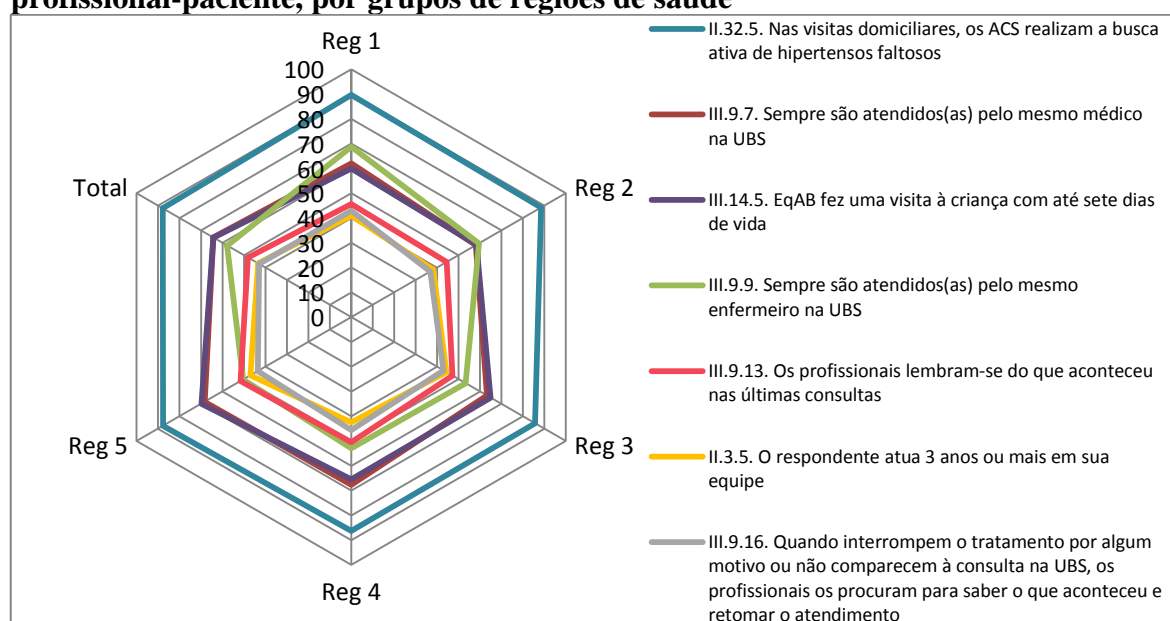
Tabela 6. Longitudinalidade: indicadores do componente continuidade da relação profissional-paciente, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.3.5. O respondente atua 3 anos ou mais em sua equipe	2115	41,0	475	38,2	1701	44,3	572	42,5	2318	46,9	7181	43,4
II.32.5. Nas visitas domiciliares, os ACS realizam a busca ativa de hipertensos <i>faltosos</i>	4630	89,7	1102	88,5	3291	85,6	1163	86,3	4337	87,7	14523	87,8
<i>N EqAB</i>	5160		1245		3844		1347		4945		16541	
Usuários												
III.9.7. <i>Sempre</i> são atendidos(as) pelo mesmo médico na UBS	12802	62,0	2847	58,1	9583	63,2	3687	67,7	13146	68,3	42065	64,3
III.9.9. <i>Sempre</i> são atendidos(as) pelo mesmo enfermeiro na UBS	14196	68,8	2921	59,6	8083	53,3	2883	52,9	9692	50,4	37775	57,8
III.9.13. Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas	9441	45,7	2180	44,5	7150	47,1	2752	50,5	9925	51,6	31448	48,1
<i>N usuários</i>	20646		4897		15168		5446		19234		65391	
III.9.16. Quando interrompem o tratamento por algum motivo ou não comparecem à consulta na UBS, os profissionais os procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento	4460	42,9	879	36,8	3132	43,0	1228	45,6	4383	43,5	14082	42,9

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>N usuários que alguma vez interrompeu o tratamento ou faltou a consulta</i>	10388		2388		7283		2693		10076		32828	
III.14.5. A equipe fez uma visita à criança com até sete dias de vida	1570	60,0	484	58,4	1417	64,9	519	65,5	1646	69,8	5636	64,2
<i>N usuárias com crianças até 24 meses e que fizeram pré-natal</i>	2616		829		2183		792		2357		8777	
MÉDIA		58,6		54,9		57,3		58,7		59,7		58,4

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 8. Indicadores padrão de referência do componente continuidade da relação profissional-paciente, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.2.2. Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)

O componente “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)” foi analisado principalmente sob a perspectiva do usuário. Buscou-se apreender alguns resultados sobre o vínculo estabelecido nessa relação entre profissional-paciente para além do acompanhamento nos diferentes ciclos de vida.

A Tabela 7 e o Gráfico 9 apresentam indicadores sobre a experiência de uso do paciente em relação à suficiência do tempo das consultas, facilidade para tirar dúvidas ou falar de diferentes questões que preocupam o usuário e possibilidade de escolha da equipe. Quanto à média Brasil, no caso de UBS com mais de uma equipe, somente 8,1% permitem

que o usuário opte por qual equipe deseja ser atendido e quando perguntados sobre o mesmo tema, 24,1% dos usuários respondem que podem fazer essa opção. Em relação ao profissional deixar tempo suficiente para o usuário falar de suas preocupações ou problemas, observa-se que 79,0% dos usuários respondem positivamente em relação ao médico e 78,9% quanto ao enfermeiro. Contudo, somente 62,6% dos usuários sempre têm facilidade de tirar dúvidas quando precisam e 54,7% sempre se sentem à vontade para fazer suas colocações.

Em geral, os resultados dos indicadores nos diferentes grupos de regiões de saúde apresentam proximidade entre si, com melhores respostas nas Reg 1. A facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam e tirar dúvidas teve melhores respostas dos usuários das Reg 1 (64,3%) e a pior resposta foi dos usuários das Reg 2 (57,7%). Os usuários das Reg 1 são os que mais podem escolher a equipe que os atendem (27,8%) e os usuários das Reg 5 são os que menos podem escolher (20,7%). O enfermeiro deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações, segundo 74,4% dos usuários das Reg 5 e 83,8% dos usuários das Reg 1. E dos grupos que menos se sente à vontade para falar sobre suas preocupações e problemas estão 49,7% dos usuários das Reg 2.

Os resultados em relação à qualidade da relação profissional-paciente (vínculo) mostram que os usuários não podem escolher a equipe que desejam ser atendidos. Eles se mostram satisfeitos quanto ao tempo para falar sobre suas preocupações, independente do profissional. Porém, quando a questão se amplia a acessar o profissional no pós consulta e se sentir a vontade o suficiente para falar sobre suas questões, os percentuais apresentam uma queda. Melhorias de comunicação durante a consulta favoreceriam a qualidade da relação profissional-paciente.

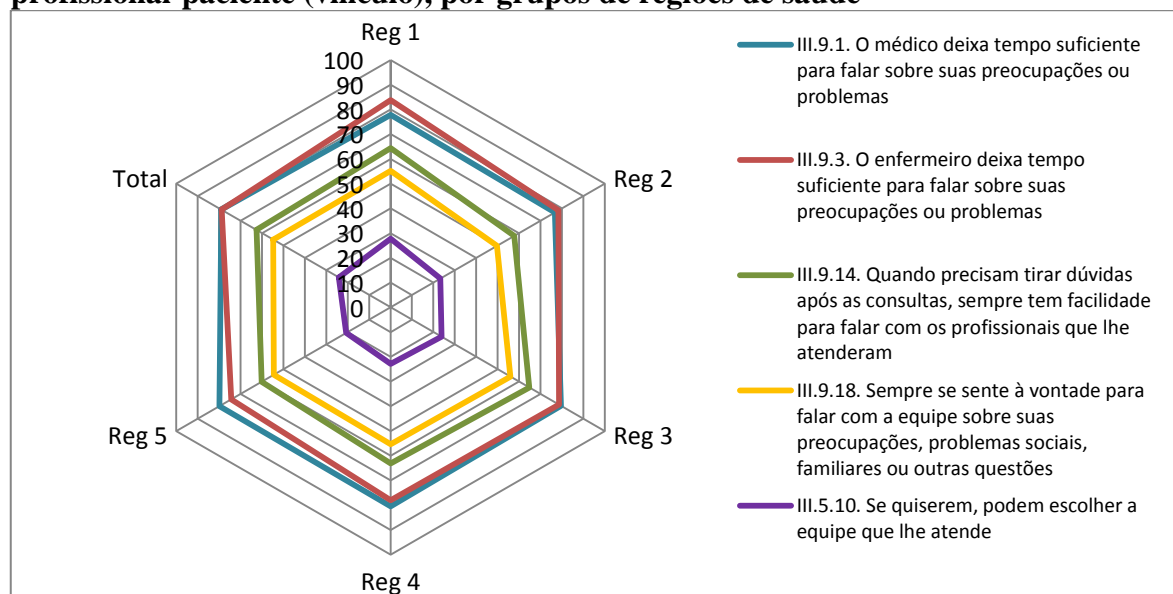
Tabela 7. Longitudinalidade: indicadores do componente qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usuários												
III.9.1. O médico deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas	15790	77,8	3716	76,7	11974	79,5	4362	80,4	15273	79,9	51115	79,0
<i>N usuários que alguma vez foram atendidos pelo médico</i>	20294		4848		15055		5426		19108		64731	
III.9.3. O enfermeiro deixa tempo suficiente para falar	16153	83,8	3631	78,4	11246	78,6	4051	78,0	13560	74,4	48641	78,9

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sobre suas preocupações ou problemas <i>N usuários que alguma vez foram atendidos pelo enfermeiro</i>	19273		4632		14302		5192		18217		61616	
III.9.14. Quando precisam tirar dúvidas após as consultas, <i>sempre</i> tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam <i>N usuários que alguma vez precisou tirar dúvidas</i>	9604	64,3	1983	57,7	7246	64,8	2519	63,1	8560	60,2	29912	62,6
III.5.10. Se quiserem, podem escolher a equipe que lhe atende III.9.18. <i>Sempre</i> se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões <i>N usuários</i>	5744	27,8	1139	23,3	3611	23,8	1247	22,9	3991	20,7	15732	24,1
	11388	55,2	2436	49,7	8491	56,0	3010	55,3	10471	54,4	35796	54,7
	20646		4897		15168		5446		19234		65391	
MÉDIA		53,3		48,4		51,6		50,7		49,6		51,2

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 9. Indicadores padrão de referência do componente qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.2.3. Discussão

A longitudinalidade, representada neste trabalho pelos componentes “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente”, apresentou resultados positivos em relação aos marcadores de hipertensão e quanto ao tempo de consulta com médico e enfermeiro, em geral, considerado suficiente pelos usuários para falar de seus problemas e preocupações.

Uma gama de estudos tem associado a continuidade do cuidado e APS como fonte regular de cuidados a resultados positivos mais amplos como diminuição de internações e maior satisfação do paciente (Kringos et al., 2010; Cunha e Giovanella, 2011). Em concordância, uma pesquisa no estado do Paraná indicou a ausência do atributo de primeiro acesso e longitudinalidade e associou a esse resultado a hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção ambulatorial (Damasceno, 2014).

Donabedian (2001) destaca que há dois elementos que constituem a qualidade da assistência: o técnico e o interpessoal. Uma melhor comunicação e relação entre médicos e pacientes favoreceria a qualidade técnica da atenção prestada ao usuário.

Mainous et al. (2001) destacaram a questão da confiança no profissional médico nos serviços de APS no Reino Unido e Estados Unidos. Ambos os grupos de usuários estudados demonstraram altos níveis de confiança nos seus médicos. Os autores discutem que o acompanhamento por um mesmo médico ao longo do tempo está associado ao aumento da confiança neste profissional. Logo, a longitudinalidade estaria relacionada à confiança do usuário no profissional. Cunha (2009) reforçou a importância da confiança e responsabilidade na constituição do vínculo longitudinal, encontrando resultados positivos em seu estudo em Belo Horizonte e Camaragibe, nos aspectos confiança na competência do profissional e interesse do profissional pelos problemas dos usuários.

Outro ponto relevante é que um maior tempo de consulta está relacionado a uma melhor qualidade do atendimento, envolvendo melhor explicação do problema e das solicitações diagnósticas e maior preocupação do médico sobre a compreensão do paciente (Caprara e Rodrigues, 2004). Apesar dos indicadores escolhidos não precisarem a duração média da consulta, a Tabela 7 mostra que os usuários avaliam positivamente o tempo da consulta com médico e enfermeiro para falar de seus problemas e preocupações (cerca de 80%). Esse resultado é um pouco superior nas regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1), no caso dos enfermeiros. A mesma relação não é percebida para o profissional médico, pois os melhores resultados foram obtidos por usuários das regiões de saúde de alto desenvolvimento socioeconômico (Reg 4

e Reg 5). Contudo, apesar desse resultado positivo, pouco mais da metade dos usuários conseguem tirar dúvidas facilmente após as consultas e apenas metade deles sempre se sentem a vontade para falar sobre suas preocupações e problemas, o que é um indicativo de necessidade de melhorias nessa relação.

Na Tabela 6 também podemos visualizar que os usuários das regiões mais desenvolvidas (Reg 4 e Reg 5) são os que com mais frequência sempre são atendidos pelo mesmo médico na UBS (aproximadamente 68%). E os usuários das regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1) são os que com mais frequência são atendidos pelo mesmo enfermeiro (aproximadamente 68%). Parece haver uma compatibilidade entre as percepções dos usuários sobre atendimento com o mesmo profissional e satisfação com o tempo de consulta. Uma possível justificativa para não ter resultados melhores nesse indicador poderia estar relacionada a maior disponibilidade de enfermeiros nas UBS em regiões com maior oferta de serviços e a rotatividade dos médicos e enfermeiros independente do grupo de regiões de saúde.

A seleção de parte dos indicadores da Tabela 6 se baseia na evidência que a longitudinalidade envolve pré-condições como uma oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação de profissionais (Cunha, 2009; Campos et al., 2014). Entende-se que uma menor rotatividade dos profissionais e maior tempo de atuação na equipe possa indicar maior possibilidade de relação interpessoal destes profissionais com os usuários. Contudo, um dos resultados demonstra que menos da metade dos profissionais respondentes do PMAQ AB estão nas equipes três anos ou mais.

Em estudo no estado de São Paulo, Campos e Malik (2008) analisam associações da rotatividade profissional na ESF com diferentes aspectos. Alguns deles são: quanto mais tempo de formado, menor a rotatividade profissional; quanto maior a distância da UBS do local de moradia do profissional, maior a rotatividade; quanto menor a percepção de capacitação para o serviço, maior a rotatividade de profissionais (Campos e Malik, 2008). Novos estudos relacionando a rotatividade à longitudinalidade são necessários, mas possivelmente, o tempo de formação, proximidade da UBS da residência do profissional e maior oferta de capacitação poderiam ser influências positivas na continuidade da relação profissional-paciente. Estes aspectos também estão relacionados a maior satisfação do profissional no desempenho do trabalho.

A literatura aponta outras ênfases não captadas por este trabalho, com interessante discussão. Uma delas, destacada no estudo de Caprara e Rodrigues (2004) se refere à infraestrutura do espaço da consulta, que deveria facilitar a proximidade e comunicação,

garantindo conforto e privacidade, por exemplo através da colocação adequada das cadeiras e mesas, sem caracterização hierárquica. Sobre o mesmo tema, com uma abordagem diferente, Campos e Malik (2008), afirmam que quanto pior a percepção dos profissionais sobre o ambiente físico da unidade, maior a rotatividade.

Apesar de neste trabalho, a discussão sobre a continuidade informacional estar considerada como componente do atributo coordenação do cuidado, baseando-se na classificação de Starfield (2002), dois indicadores da Tabela 6 se relacionam à temática. Cunha e Giovanella (2011) caracterizam a continuidade informacional:

A continuidade informacional, considerada a base da longitudinalidade, diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Este acúmulo de conhecimento, que é dinâmico, deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a avaliação da mesma (Cunha e Giovanella: 1039).

Nos indicadores “os profissionais lembram-se do que aconteceu com o(a) senhor(a) nas últimas consultas?” e “quando interrompem o tratamento por algum motivo ou não comparecem à consulta na UBS, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?”, menos da metade dos usuários respondem positivamente. Logo, esses resultados fornecem pistas de que as UBS carecem de um registro adequado que permita uma maior continuidade da atenção, o que envolve por exemplo resgate de informações das últimas consultas e busca ativa quando necessário.

Cabe problematizar também o indicador de opção do usuário em relação à equipe que deseja ser atendido, na Tabela 7 apresentado com baixo percentual: 24,1% dos usuários respondendo positivamente. A percepção dos profissionais sobre esse tema precisou ser excluída da seleção devido o alto percentual de respostas “não sabe/não respondeu”. Sobre isso, não se encontra uma especificação na PNAB, apenas que o atendimento das equipes de saúde da família deve ser territorializado e ter população adscrita. Uma contradição, portanto, está colocada: ao mesmo tempo que escolher a equipe pode favorecer o vínculo do usuário com a equipe de saúde envolvendo satisfação desse usuário, se a escolha for permitida sem critérios específicos pode desfavorecer o vínculo, à medida que a troca de profissional poderia gerar uma descontinuidade na relação profissional-paciente ao longo do tempo. Giovanella e Mendonça (2012) diferenciam essa possibilidade de escolha dos profissionais entre os sistemas de saúde inglês (NHS) e o SUS. A função da APS de porta de entrada obrigatória no NHS é acompanhada de uma obrigatoriedade de inscrição de

pacientes em um consultório de médico generalista (GP) e posterior troca, se necessário, assegurando ao usuário certa liberdade de escolha. Já no Brasil, pode-se falar em adscrição compulsória, baseada no cadastro da população a partir de área geográfica específica.

Campos et al., (2014) encontram os mesmos resultados sobre a impossibilidade dos usuários de escolherem o seu médico e equipe e discutem que a lógica da adscrição é interessante, mas precisa ter flexibilização para maior autonomia dos usuários. Freeman e Hughes (2010) em estudo na Inglaterra defendem que os pacientes não devam ser obrigados a consultar com o mesmo médico e sim possam escolher, visto que para pacientes mais jovens ou que necessitam de um cuidado continuado têm menos importância que para usuários adultos e vulneráveis ou de grupos prioritários. Em outras palavras, determinados grupos podem não considerar a longitudinalidade como um critério de qualidade da APS.

Bárbara Starfield (2002) salienta relações entre longitudinalidade e aspectos dos demais atributos essenciais (Starfield, 2002). Precede um cuidado continuado ao longo do tempo, que o usuário consiga acessar adequadamente o serviço - acesso de primeiro contato (Damasceno, 2014); que o usuário tenha disponível o conjunto de ações e serviços que necessita para a resolução de seu problema, favorecendo a integralidade da atenção (Assis e Jesus, 2012); e que exista uma co-participação do usuário na terapêutica através de uma consulta participativa e uma troca de saberes entre profissional e usuário e para tal, a percepção e disposição do profissional para esse diálogo (Cunha, 2009).

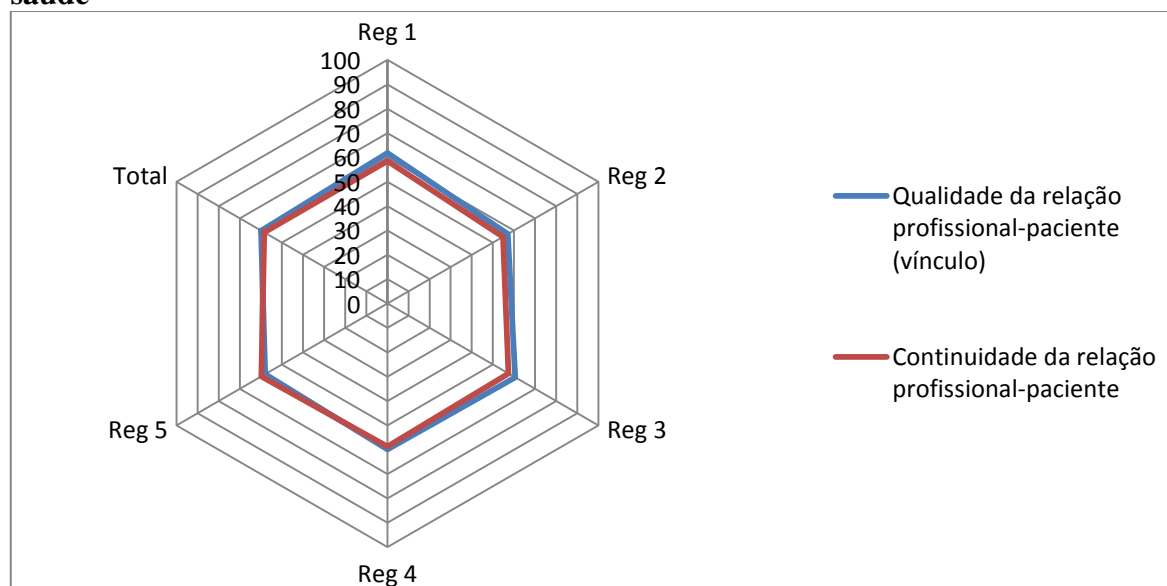
Em síntese, no atributo da longitudinalidade tanto os resultados da continuidade da relação profissional-paciente como da qualidade da relação profissional-paciente foram inadequados. Em geral, os resultados são satisfatórios apenas quanto ao tempo das consultas (médico e enfermeiro) para o usuário falar sobre suas preocupações e em relação à busca ativa dos usuários com hipertensão. Melhorias são necessárias para a efetivação da longitudinalidade, que variam desde fatores da organização do serviço como a adequação dos registros e a visita de puericultura; outros dependem de questões mais abrangentes e muitas vezes, tripartite, como a fixação de profissionais e melhores condições de trabalho; e um outro conjunto é influenciado pela capacitação e resultado da construção da relação profissional-paciente, como acessibilidade ao profissional após a consulta.

Do conjunto de 12 indicadores que podem ser considerados um padrão de referência para o atributo da longitudinalidade, nenhum foi classificado no padrão muito bom (mais de 90% das respostas). O padrão bom (entre 75 e 89% das respostas) foi expresso em 3 indicadores, da mesma forma que o padrão regular (60 a 74% das respostas)

apresentou-se também com 3 indicadores. O padrão inadequado (menor que 60% das respostas) foi visualizado na maior parte dos indicadores, em 6 deles. Os indicadores com padrão bom concentram-se no tempo suficiente da consulta e busca ativa de hipertensos faltosos pelos ACS e dentre os piores indicadores destacam-se as questões de escolha da equipe e de continuidade do cuidado (alta rotatividade dos profissionais, profissionais não lembram o que aconteceu em consultas anteriores e escassa busca ativa).

O Gráfico 10 mostra uma síntese dos resultados por componente para o atributo da longitudinalidade.

Gráfico 10. Longitudinalidade: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.3. ATRIBUTO ABRANGÊNCIA OU INTEGRALIDADE

A integralidade envolve a capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutive no âmbito da AB. Envolve o elenco de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados são capazes de atender às necessidades da população (Starfield, 2002).

Para essa análise foram selecionados os componentes serviços realizados/escopo de ações e resolutividade da AB.

5.3.1. Serviços realizados/escopo de ações

O componente “serviços realizados/escopo de ações” expressa a oferta de recursos da Atenção Básica a seus usuários, a fim de se aproximar de um cuidado em saúde de acordo com as necessidades da população. Nesse item foram definidas como ações essenciais: consultas, medicamentos, exames, vacinação e procedimentos/pequenas cirurgias.

A Tabela 8 e os Gráficos 11 e 12 apresentam os indicadores sobre os serviços realizados/escopo de ações. Os indicadores relacionados à UBS expressam que 91,6% das UBS oferecem consultas médicas, 97,1% ofertam consultas de enfermagem, 76,8% oferecem consultas odontológicas, 80,4% possuem dispensação de medicamentos pela farmácia e 85,3% ofertam vacinação no seu escopo de ações.

Quanto ao processo de trabalho das equipes, pode-se observar que 78,8% das equipes comprovam programar consultas e ações para usuários de programas ou grupos de cuidado continuado. Em relação aos exames para problemas específicos, a maioria das equipes tem realizado a solicitação: 97,4% solicitam exame de creatinina para os usuários com hipertensão; 92,8% solicitam exame de hemoglobina glicosilada para usuários com diabetes; 97,9% solicitam mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos; 98,3% solicitam sorologia para HIV no pré-natal. Todavia, apenas 52,6% das equipes realizam coleta de material para exames de laboratório. Os procedimentos/pequenas cirurgias são realizados por 63,1% das equipes. Porém, no exemplo da sutura de ferimentos, a realização só é feita por 30,8% das equipes. Possuem levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que precisam receber cuidado no domicílio, 70,3% das equipes.

Considerando as usuárias com crianças até 24 meses, 69,8% fizeram a maioria das consultas de pré-natal em sua UBS e 77,6% fizeram a maioria das vacinas da criança no mesmo local. Dos usuários com diabetes, 77,7% fizeram a maioria das consultas de DM em sua UBS nos últimos 6 meses e quanto aos usuários com HAS, o mesmo resultado

representa 75,4%. Das usuárias em geral, 73,2% fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero em sua UBS. Ou seja, independente do grupo prioritário (gestante, criança, usuários com diabetes ou hipertensão), houve aproximadamente a mesma oferta de serviços e acesso dos usuários às UBS.

Alguns dos resultados mais positivos desse componente estão nas regiões de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (Reg 5). Apesar disso não se verificou um padrão de comportamento de oferta entre as regiões, com grande variação dependendo do indicador. Dos principais resultados que apresentaram variação entre os grupos, pode-se destacar nas UBS, que a dispensação de medicamentos pela farmácia, varia entre 70,5% (Reg 2), 73,1% (Reg 3) e 87,3% (Reg 5); nas Reg 3, apenas 76,3% das UBS disponibilizam vacinação. Os resultados das Reg 1 e Reg 5 são equiparados em relação a vacinação (cerca de 90,0%).

Entre as equipes, as que mais comprovam programar consultas e ações para usuários de programas ou cuidado continuado são as das Reg 5 (86,2%). A possibilidade de solicitar exames gera afirmações similares entre as equipes dos grupos de regiões de saúde, com exceção da solicitação de exame de hemoglobina glicosilada para DM, com a variação de 87,2% nas Reg 1 e 98,5% nas Reg 5. Já quanto à realização de coleta de material para exames de laboratório, a diferença é gritante, pois somente 34,4% das Reg 1 e 43,7% das Reg 3 respondem positivamente, enquanto 75,1% das Reg 5 realizam a coleta. A realização de exames na própria UBS é um ótimo indicador também de resolutividade e acesso aos exames em tempo oportuno.

A realização de procedimentos aparece com menores resultados nas Reg 1 e Reg 2, com 59,7% e maiores resultados nas Reg 4, com 69,0% das equipes. Contudo, na sutura de ferimentos, os extremos estão entre as Reg 4 com 36,1% e as Reg 5, com apenas 23,5% das equipes realizando esse procedimento. A variação também aparece nas equipes que possuem levantamento dos usuários que necessitam de cuidados no domicílio, menor nas Reg 1 e Reg 2 (cerca de 62%) e maior nas Reg 4 (77,8%) e Reg 5 (81,9%).

Quanto às variações entre as respostas dos usuários, tem-se que a realização da maior parte das consultas de pré-natal em sua UBS, teve melhores resultados nas Reg 1, com 81,3% e o piores resultados nas Reg 3, com 60,6% dos usuários. Os usuários que realizaram as vacinas da criança na UBS, estão em sua maioria, nas Reg 1 (82,7%) e Reg 5 (82,4%), e, em minoria, nas Reg 3 (66,9%). Dentre as mulheres entrevistadas, apenas 68,4% das Reg 2 fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero na UBS.

O escopo de ações pode ser expresso como satisfatório somente nos aspectos

disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e solicitação de exames. Avanços nesse componente são necessários, pois ainda existem aproximadamente 30% de UBS sem consulta odontológica, assim como a dispensação de medicamentos parece ser centralizada em algumas UBS e a vacinação deveria ter alcançado níveis próximos de 100%, visto seu caráter histórico no escopo de ações da Atenção Básica. Merece destaque que a coleta de material para exames laboratoriais é realidade apenas nas equipes das Reg 5 e a oferta de procedimentos é baixa em todos os grupos de regiões de saúde.

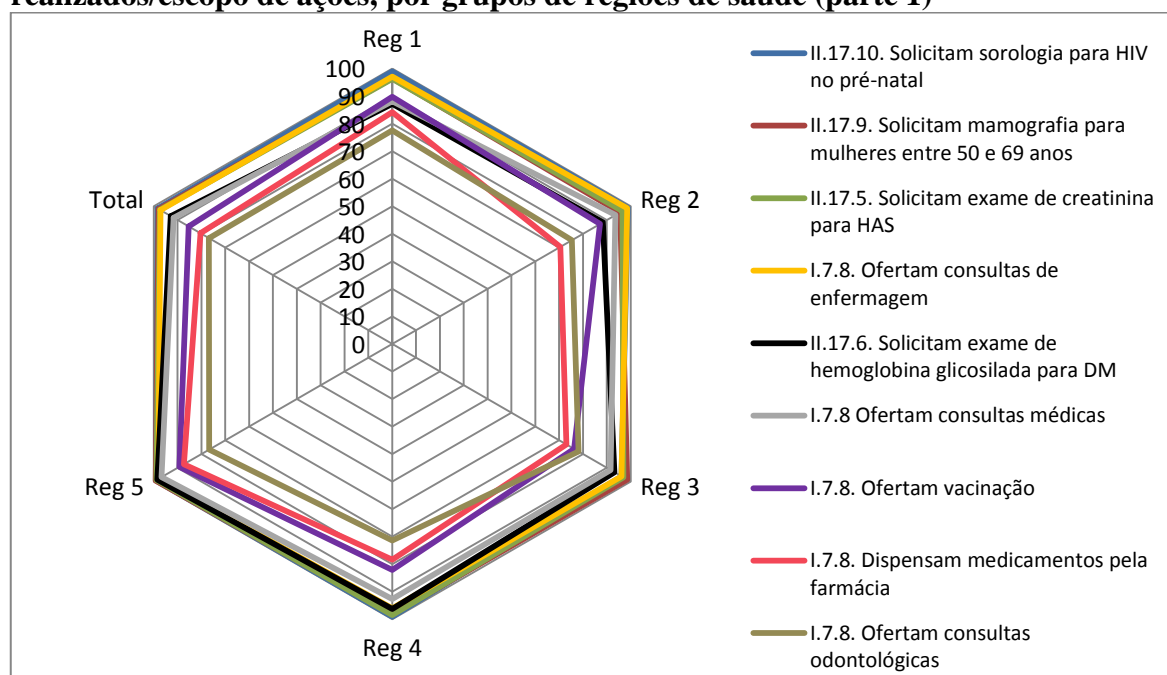
Tabela 8. Abrangência ou Integralidade: indicadores do componente serviços realizados/escopo de ações por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS												
I.7.8. Ofertam consultas médicas	4403	88,1	1077	93,6	3248	91,6	1083	92,6	2788	96,7	12599	91,6
I.7.8. Ofertam consultas de enfermagem	4851	97,0	1135	98,6	3412	96,2	1123	96,0	2825	98,0	13346	97,1
I.7.8. Ofertam consultas odontológicas	3874	77,5	867	75,3	2772	78,2	835	71,4	2212	76,7	10560	76,8
I.7.8. Dispensam medicamentos pela farmácia	4212	84,2	812	70,5	2590	73,1	916	78,3	2518	87,3	11048	80,4
I.7.8. Ofertam vacinação	4486	89,7	1002	87,1	2705	76,3	961	82,1	2573	89,2	11727	85,3
<i>N UBS</i>	<i>5000</i>		<i>1151</i>		<i>3545</i>		<i>1170</i>		<i>2883</i>		<i>13749</i>	
EqAB												
II.16.6. Comprova programar consultas e ações para usuários que façam parte de grupos prioritários de cuidado continuado	3887	75,3	923	74,1	2852	74,2	1110	82,4	4265	86,2	13037	78,8
II.17.5. Solicitam exame de creatinina para HAS	4964	96,2	1201	96,5	3726	96,9	1327	98,5	4889	98,9	16107	97,4
II.17.6. Solicitam exame de hemoglobina glicosilada para DM	4449	87,2	1099	88,3	3581	93,2	1296	96,2	4870	98,5	16541	92,8
II.17.9. Solicitam mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos	4980	96,5	1190	95,6	3792	98,6	1322	98,1	4906	99,2	16190	97,9
II.17.10. Solicitam sorologia para HIV no pré-natal	5104	98,9	1230	98,8	3698	96,2	1334	99,0	4898	99,0	16264	98,3
II.20.3. Realizam coleta de material para exames de laboratório	1777	34,4	606	48,7	1681	43,7	804	59,7	3836	75,1	8704	52,6
II.20.7. Realizam procedimentos na UBS	3080	59,7	742	59,7	2604	67,7	930	69,0	3080	62,3	10436	63,1

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
II.20.8. Realizam procedimento: sutura de ferimentos	1644	31,9	426	34,2	1372	35,7	486	36,1	1163	23,5	5091	30,8
II.32.6. Possuem mapeamento os usuários adscritos que necessitam receber cuidado no domicílio <i>N EqAB</i>	3193	61,9	783	62,9	2557	66,5	1048	77,8	4052	81,9	11633	70,3
	5160		1245		3844		1347		4945		16541	
Usuários												
III.11.6. Fizeram a maioria das consultas de pré-natal nesta UBS	2128	81,3	582	70,2	1322	60,6	519	65,5	1571	66,7	6122	69,8
III.14.16. Fizeram a maioria das vacinas da criança nesta UBS <i>N usuárias com crianças até 24 meses</i>	2164	82,7	644	77,7	1461	66,9	598	75,5	1941	82,4	6808	77,6
	2616		829		2183		792		2357		8777	
III.16.3. Fizeram a maioria das consultas de diabetes nesta UBS nos últimos 6 meses <i>N usuários com diabetes</i>	1494	76,6	517	76,0	1352	74,4	613	80,9	2333	80,1	6309	77,7
	1951		680		1816		758		2913		8118	
III.15.3. Fizeram a maioria das consultas de HAS nesta UBS nos últimos 6 meses <i>N usuários com HAS</i>	4707	75,4	1360	74,2	4040	71,7	1663	78,0	6173	77,6	17943	75,4
	6239		1833		5638		2132		7955		23797	
III.10.6. Fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero nesta UBS <i>N usuárias</i>	12220	72,4	2616	68,4	8371	73,9	2870	73,6	11114	74,7	37191	73,2
	16870		3825		11325		3897		14874		50791	
MEDIA		77,2		76,3		75,6		79,5		81,8		78,3

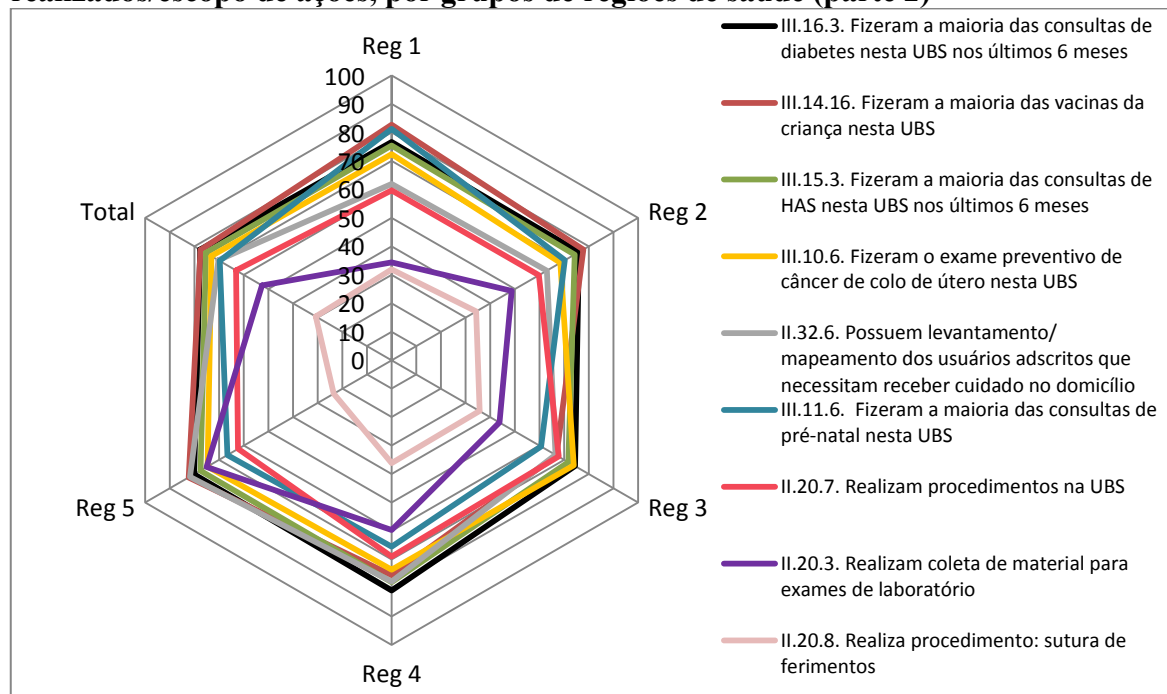
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 11. Indicadores padrão de referência do componente serviços realizados/escopo de ações, por grupos de regiões de saúde (parte 1)



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 12. Indicadores padrão de referência do componente serviços realizados/escopo de ações, por grupos de regiões de saúde (parte 2)



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.3.2. Resolutividade da AB

A “resolutividade” diz respeito à qualidade dos serviços prestados, ou seja, se as ações e serviços oferecidos pela Atenção Básica conseguem responder às necessidades dos usuários e/ou a capacidade do serviço de realizar encaminhamentos adequados quando necessário. O contato da AB com outros pontos de atenção, será tratado no item coordenação do cuidado.

A Tabela 9 e os Gráficos 13 e 14 apresentam os indicadores do componente resolutividade da AB, abrangendo a disponibilidade de profissionais, de apoio do NASF, ações de educação permanente, medicamentos e vacina. Considerando a média Brasil, 96,3% das UBS possuem médico, 99,3% possuem enfermeiros e 78,0% possuem dentista, valores aproximados da disponibilidade de consultas analisada no componente anterior. 56,1% das equipes recebem apoio do NASF, cuja maior disponibilidade se refere aos profissionais não médicos, da seguinte forma: 48,1% recebem apoio de psicólogo; 45,0% do fisioterapeuta; 43,6% do nutricionista; 37,6% do assistente social; 22,6% do farmacêutico. Das categorias médicas no NASF, 13,8% das equipes recebem apoio do ginecologista, 13,1% do pediatra e 10,8% do psiquiatra.

A educação permanente envolvendo profissionais da AB ocorre em 81,2% das equipes, porém, quando perguntado se essas ações contemplam as demandas e necessidades da equipe, apenas 61,3% responderam positivamente. Quanto o aspecto das ofertas, 67,7% das equipes recebem medicamentos da farmácia básica em quantidade suficiente para atender a população e 82,1% realizam todas as vacinas do calendário básico. Contudo, quando perguntados sobre os medicamentos, apenas 30,6% dos usuários afirmam que estes sempre estão disponíveis.

Outras avaliações sob o ponto de vista dos usuários: 72,5% acham que a sua equipe sempre busca resolver suas necessidades na própria UBS; 65,2% relatam que nunca falta material ou equipamento que prejudique seu atendimento; 65,7% sempre encontram facilidade para saber os resultados de seus exames e 52,8% afirmam que as orientações que os profissionais fornecem na UBS sempre atende suas necessidades.

Variações entre os grupos de regiões de saúde são observadas. Em geral, as regiões de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta (Reg 5) destacam-se por resultados que indicam maior capacidade para ser resolutiva. As UBS de regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1) são as que mais possuem cirurgião-dentista (83,3%). Os menores percentuais estão nas UBS regiões de alto DSE e média oferta (Reg 4), com 69,0%.

Apesar das equipes disporem de um baixo apoio dos profissionais do NASF, com valores próximos a 50% mesmo nas categorias profissionais mais frequentes, observa-se maiores percentuais de equipes apoiadas pelo NASF nas Reg 5, independente da categoria profissional. Uma variação importante também é vista nas equipes das Reg 4, com menores percentuais de apoio em geral (45,4%).

Nas Reg 1, apenas 73,5% das equipes participam de ações de educação permanente e 54,3% avaliam que estas contemplam as demandas e necessidades da equipe. Nas Reg 2, o quadro é parecido: 72,6% participam de ações de educação permanente e 55,3% avaliam como adequadas. Já nas Reg 5, as respostas alcançam 92,5% das equipes com educação permanente e 73,3% avaliando como adequadas às demandas e necessidades da equipe.

Os usuários mantem um mesmo padrão de resposta entre os diferentes grupos de regiões de saúde, acompanhando a média Brasil. Uma variação de destaque está no indicador sobre a presença do médico na UBS ou em atividades no bairro durante todos os horários de funcionamento da UBS, respondido positivamente por 69,5% dos usuários das Reg 4 e Reg 5, enquanto apenas 55,5% das Reg 1 fizeram a mesma afirmação. Outro desses indicadores se refere à percepção dos usuários sobre a falta de material ou equipamento na UBS que prejudique o atendimento, em que 59,3% dos usuários das Reg 1 e 71,9% das Reg 4 relatam nunca faltar material. Já em relação aos medicamentos estarem sempre disponíveis, as menores respostas estão nas Reg 2 e 3, com 25,5% dos usuários respondendo positivamente e 35,1% dos usuários das Reg 5 afirmando que os medicamentos sempre estão disponíveis.

Entre os indicadores de resolutividade, os melhores resultados se referem à disponibilidade de profissionais médicos e enfermeiros, necessitando ser melhorada em relação à saúde bucal. O apoio do NASF é ainda baixo: dentre as categorias profissionais mais frequentes, o resultado é de apenas 50% de equipes, o que pode gerar encaminhamentos desnecessários para especialistas, de casos que poderiam estar sendo resolvidos na própria UBS. Há maior apoio de NASF nas regiões de saúde com alta oferta de serviços, seguindo a tendência. Em relação à educação permanente, além da ampliação, falta adequá-la às necessidades da equipe. Surpreende que mais de 30% das equipes não recebem todos os medicamentos da farmácia básica e quase 20% não disponibilizarem todas as vacinas do calendário. Na percepção dos usuários, que em geral realizam piores avaliações que os profissionais, o que mais chama a atenção é a indisponibilidade de medicamentos.

Tabela 9. Abrangência ou Integralidade: indicadores do componente resolutividade da AB por grupos de regiões de saúde

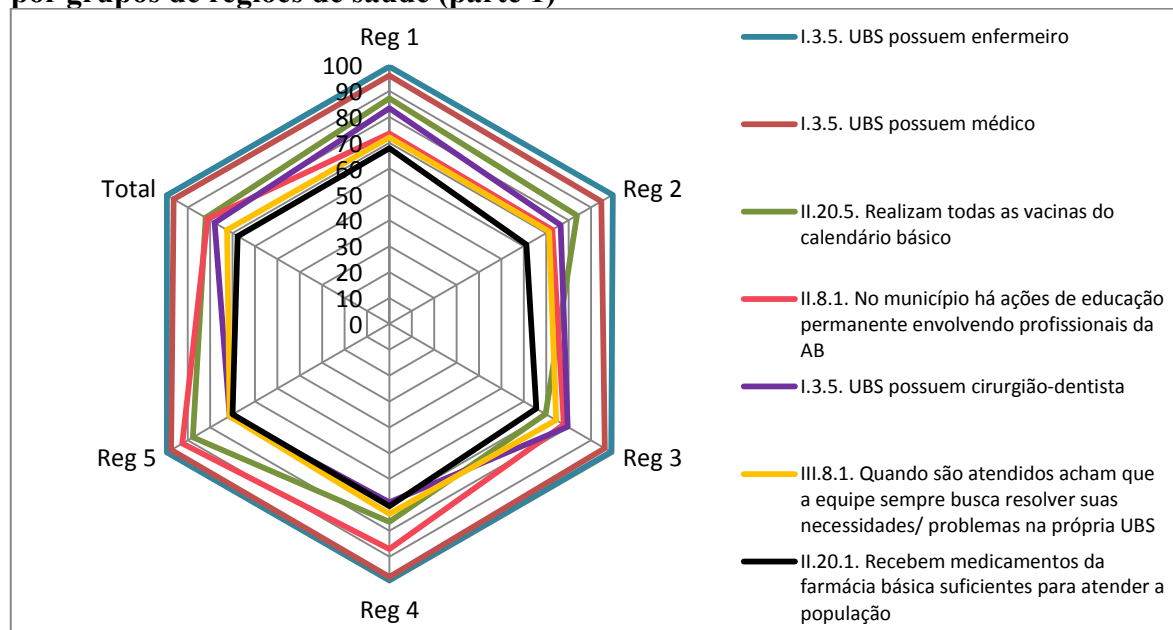
INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS												
I.3.5. UBS possuem médico	4796	95,9	1088	94,5	3407	96,1	1144	97,8	2811	97,5	13246	96,3
I.3.5. UBS possuem enfermeiro	4969	99,4	1146	99,6	3510	99,0	1159	99,1	2866	99,4	13650	99,3
I.3.5. UBS possuem cirurgião-dentista	4166	83,3	879	76,4	2817	79,5	807	69,0	2059	71,4	10728	78,0
<i>N UBS</i>	<i>5000</i>		<i>1151</i>		<i>3545</i>		<i>1170</i>		<i>2883</i>		<i>13749</i>	
EqAB												
II.12.2. Recebem apoio do NASF	2944	57,1	577	46,3	1768	46,0	611	45,4	3384	68,4	9284	56,1
II.12.3. Recebem apoio de psicólogo do NASF*	2472	47,9	498	40,0	1510	39,3	529	39,3	2945	59,6	7954	48,1
II.12.3. Recebem apoio de fisioterapeuta do NASF*	2467	47,8	476	38,2	1364	35,5	428	31,8	2711	54,8	7446	45,0
II.12.3. Recebem apoio de nutricionista do NASF*	2371	45,9	439	35,3	1403	36,5	483	35,9	2510	50,8	7206	43,6
II.12.3. Recebem apoio de assistente social do NASF*	2056	39,8	392	31,5	1128	29,3	380	28,2	2263	45,8	6219	37,6
II.12.3. Recebem apoio de farmacêutico do NASF*	985	19,1	243	19,5	766	19,9	288	21,4	1462	29,6	3744	22,6
II.12.3. Recebem apoio de ginecologista do NASF*	712	13,8	153	12,3	424	11,0	161	12,0	840	17,0	2290	13,8
II.12.3. Recebem apoio de pediatra do NASF*	623	12,1	163	13,1	393	10,2	172	12,8	822	16,6	2173	13,1
II.12.3. Recebem apoio de psiquiatra do NASF*	420	8,1	85	6,8	216	5,6	113	8,4	948	19,2	1782	10,8
II.8.1. No município há ações de educação permanente envolvendo profissionais da AB	3794	73,5	904	72,6	2992	77,8	1172	87,0	4576	92,5	13438	81,2
II.8.4 Quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe	2800	54,3	688	55,3	2180	56,7	900	66,8	3627	73,3	10195	61,3
II.20.1. Recebem medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a população	3504	67,9	761	61,1	2518	65,5	949	70,5	3460	70,0	11192	67,7
II.20.5. Realizam todas as vacinas do calendário básico	4498	87,2	1042	83,7	2678	69,7	1031	76,5	4335	87,7	13584	82,1
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usuários												
III.8.1. Quando são atendidos acham que a equipe <i>sempre</i> busca resolver suas necessidades/ problemas na própria UBS	14878	72,1	3492	71,3	11280	74,4	4005	73,5	13736	71,4	47391	72,5
III.18.1. <i>Nunca</i> falta material ou equipamento na UBS que prejudique seu atendimento	12250	59,3	2943	60,1	10566	69,7	3913	71,9	12968	67,4	42640	65,2
III.9.22 <i>Sempre</i> encontram facilidade para saber os resultados de seus exames	12890	62,4	3185	65,0	10581	69,8	3751	68,9	12532	65,2	42939	65,7
III. 18.2. Quando o profissional receita um medicamento, este está <i>sempre</i> disponível	6462	31,3	1250	25,5	3873	25,5	1664	30,6	6760	35,1	20009	30,6
III.7.5. As orientações que os profissionais fornecem na UBS <i>sempre</i> atendem suas necessidades	10966	53,1	2435	49,7	8529	56,2	2849	52,3	9760	50,7	34539	52,8
<i>N usuários</i>	20646		4897		15168		5446		19234		65391	
MÉDIA		53,9		50,9		51,7		53,1		59,7		54,4

* Indicador não considerado para o padrão de referência.

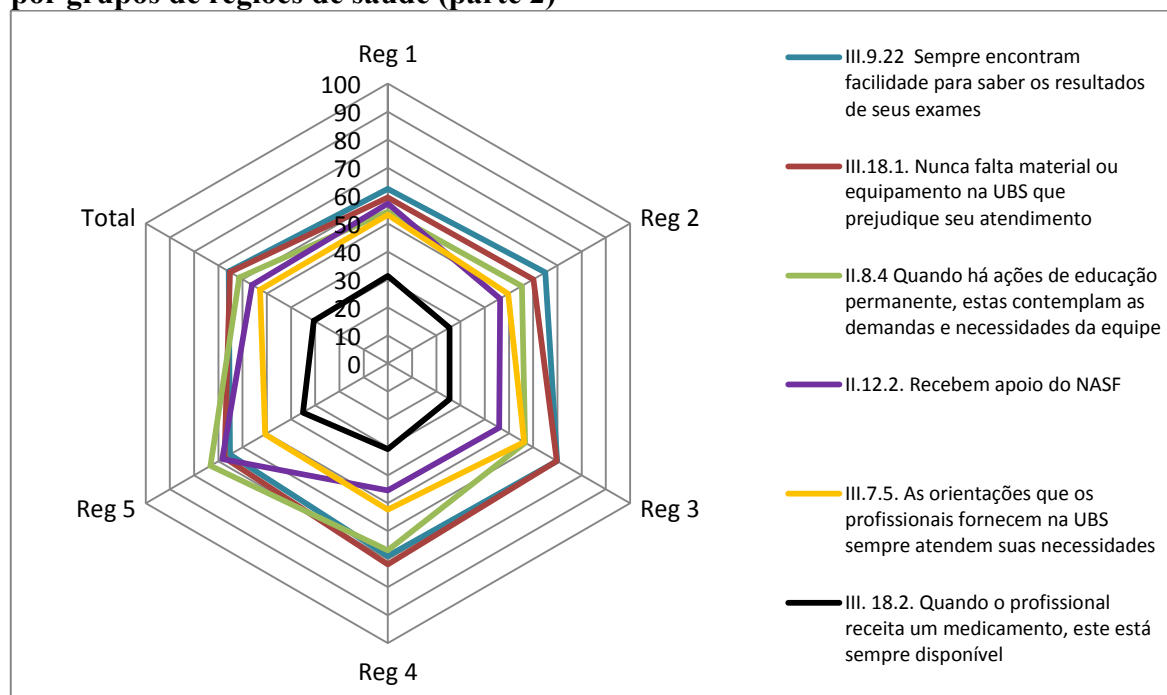
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 13. Indicadores padrão de referência do componente resolutividade na AB, por grupos de regiões de saúde (parte 1)



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 14. Indicadores padrão de referência do componente resolutividade na AB, por grupos de regiões de saúde (parte 2)



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.3.3. Discussão

A abrangência ou integralidade, expressa neste trabalho pelos componentes “serviços realizados/escopo de ações” e “resolutividade da AB”, apresentou resultados positivos principalmente em relação à disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e solicitação de exames para grupos prioritários. Os indicadores relacionados à educação permanente, coleta de material para exames, disponibilidade de medicamentos, vacinas e apoio do NASF, indicam necessidade de melhorias para maior resolutividade das ações da AB.

Visto os diferentes sentidos da integralidade, é importante destacar que para a análise do atributo abrangência/integralidade foram selecionadas condições objetivas de organização do serviço e percepção dos usuários (Starfield, 2002). Não se extrapolou para outras noções de integralidade como por exemplo a prática sanitária individual para uma abordagem integral do indivíduo; a abrangência das respostas governamentais (Mattos, 2001); ou a integração dos serviços por meio de redes assistenciais (Mendes, 2011).

Brandão et al. (2013), em estudo sobre o instrumento de avaliação da APS por

usuários, EUROPEP, apontam como sugestões dos usuários, a ampliação da oferta de profissionais e serviços, a maior disponibilidade de medicamentos, a ampliação da oferta de exames, implantação do serviço de urgência/emergência e aumento de realização de visitas domiciliares. Tais itens são similares à seleção do nosso estudo.

Os resultados das Tabelas 8 e 9 mostram a carência do dentista nas equipes de Atenção Básica em comparação com os demais profissionais da equipe mínima, assim como, o baixo número de consultas odontológicas, independente da região de saúde. Em relação às consultas médicas, os menores resultados são visualizados nas equipes de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1). Casotti et al. (2014) indicam resultados mais específicos em relação à saúde bucal, em que apenas 45,1% dos usuários conseguem marcar consulta com o dentista e que mais de 80% das equipes ofertam vagas em função do risco identificado.

Nos grupos prioritários de cuidado continuado, como pessoas com HAS, DM, mulheres adultas, crianças e pré-natal, observou-se em nosso estudo que cerca de 20 a 30% de usuários não fizeram as consultas na UBS. Considerando o atributo de primeiro contato em que o horário de funcionamento atende às necessidades, talvez o que justifique esse resultado seja a dificuldade na marcação das consultas na ausência de oferta.

Além disso, nos marcadores selecionados para esses grupos prioritários, visualiza-se pontos significativos, como por exemplo a solicitação de exames básicos, presente na maioria das equipes. Contudo, ao observar que equipes coletam o exame na própria UBS, esses resultados tem variação importante de acordo com a região de saúde. Em regiões de saúde alto desenvolvimento socioeconômico e com alta oferta de serviços (Reg 5) a coleta chega a 75,1%, enquanto nas regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1), apenas 34,4% das equipes realizam os exames. Os usuários que sempre encontram facilidade para saber o resultado dos seus exames correspondem a 65,7%. Fausto et al. (2014), na comparação por porte populacional, destacam que são visíveis os espaços para o desenvolvimento de ações na APS com oferta de cuidados regulares e resolutivos, mas chamam a atenção que mais de 50% das UBS em municípios de até 100.000 habitantes não dispõem de serviços básicos como coleta de material para exames.

Giovanella et al. (2015), em estudo sobre tipologia das UBS, encontra que apenas 44% das UBS oferecem um conjunto de serviços mínimos (consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, dispensação de medicamentos pela farmácia e vacinação), ou seja, mais de 20 mil UBS brasileiras não ofertam esse conjunto de serviços.

Especificamente a vacinação, uma atividade da Atenção Básica desde a sua criação, não é realizada por mais de 9 mil UBS no país (24%). A disponibilidade de geladeira exclusiva para vacina apresenta resultados inferiores, com 35% das UBS não possuindo (Giovannella et al., 2015).

Nas Tabelas 8 e 9, apesar de mais de 80,0% das UBS possuírem dispensação de medicamentos, apenas 67,7% recebem medicamentos suficientes e somente 30,6% dos usuários declaram que o medicamento sempre está disponível. Tais resultados demonstram uma baixa disponibilidade de medicamentos independente da região de saúde, assim como em estudo de Mendes et al. (2014) que realizaram a comparação por estrato populacional e achou resultados sobre a disponibilidade média de medicamentos que convergiram com o cenário global. A disponibilidade média de medicamentos foi de 58,5%, abaixo do valor aceitável de 80% proposto pela OMS em todos os estratos analisados, seja o populacional, seja por tipo de UBS. Os autores destacam que após a Política Nacional de Medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica, em 2005, poucos estudos nacionais foram realizados. Tais resultados, associados à percepção da organização nas UBS, remete-nos à hipótese de que a baixa disponibilidade de medicamentos pode ser justificada pela centralização da dispensação em UBS centrais, principalmente considerando a dificuldade de logística adequada de dispensação de medicamentos com qualidade.

Outra questão que poderia influenciar positivamente nesses resultados sobre medicamentos seria a existência do farmacêutico no NASF. Todavia, apenas cerca de 20% das equipes recebe este apoio. Mendes et al. (2014) ressaltam que apesar de positiva e significativamente associada à boa disponibilidade, o apoio matricial do farmacêutico foi baixo.

O apoio matricial tem aos poucos se estruturado no Brasil, com melhorias na qualidade da Atenção Básica, segundo diversos autores (Fonseca Sobrinho et al., 2014; Sampaio et al., 2012). Fonseca Sobrinho et al. (2014) destacam os avanços do NASF, por exemplo, através de ações como educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Os autores discutem que as atividades de apoio matricial na Atenção Básica no Brasil são expressivas, porém extremamente desiguais de acordo com o desenvolvimento das regiões. Em regiões mais desenvolvidas, há maior presença de apoio matricial, da mesma forma que apontam os resultados de nosso estudo. Os autores destacam que em 12 estados brasileiros cerca de 50% das equipes de AB possuem baixo ou nenhum apoio matricial (Fonseca Sobrinho et al., 2014). Na Tabela 9, observa-se resultados similares, em que nas categorias

profissionais mais frequentes, nenhuma delas chega aos 50% de presença nas equipes de Atenção Básica (média Brasil). Especialmente as categorias médicas no NASF são as mais ausentes.

Em relação à realização de procedimentos pelas UBS, a portaria 841 de maio de 2012, define o que seria caracterizado como “atendimento cirúrgico ambulatorial básico”. Discutido no atributo de primeiro contato, escolheu-se aqui o exemplo de sutura de ferimentos, que requer um ambiente estéril para realização. E o resultado foi um terço das equipes realizando, com valores inferiores nas Reg 5. Nessas últimas, a característica de pequenas cirurgias seria menor devido à presença de Unidades de pronto-atendimento? Ou essas UBS seriam mais criteriosas em relação à segurança do procedimento? Esses são exemplos de questões que exigiriam novos estudos para aprofundamento.

Assis et al. (2010) em pesquisa com usuários, encontraram que 82% dos usuários referiram que sua necessidade de saúde foi resolvida na própria UBS, assim como, nos dados do PMAQ AB. Os autores destacam que essa busca pela UBS para resolução dos seus problemas fortalece o vínculo entre instituição, usuários e trabalhadores de saúde e sugere a identificação da UBS como um serviço de saúde resolutivo (Assis, et al., 2010). Importante destacar que essa percepção é inferior quando os usuários são perguntados se os profissionais fornecem orientações que sempre atendem às suas necessidades.

Outro ponto de discussão se refere às visitas domiciliares, com maior mapeamento dos usuários que necessitam de cuidados no domicílio nas regiões mais desenvolvidas (Reg 4 e Reg 5). Da mesma forma, são as regiões que mais possuem ações de educação permanente e adequadas às necessidades e demandas da equipe. Como uma série de resultados são melhores nessas regiões, pode-se supor que a infraestrutura e a educação permanente têm influência positiva na oferta e disponibilidade de serviços.

Uma das limitações na escolha dos indicadores se refere às ações de saúde bucal. O único indicador escolhido referente a esta temática é a disponibilidade de cirurgião-dentista e de consultas de saúde bucal. Isso porque o questionário PMAQ AB traz uma série de perguntas específicas sobre instrumental e procedimentos, sendo difícil para um não especialista na área, identificar elementos marcadores para o processo de trabalho.

Uma dificuldade para a avaliação da integralidade, é que o acesso é inseparável ou pré-condição para a integralidade. Um conjunto de ações ofertadas só terá efetividade se for utilizada com equidade, de acordo com as necessidades do usuário. Ou seja, é importante verificar se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais (Conill, 2004).

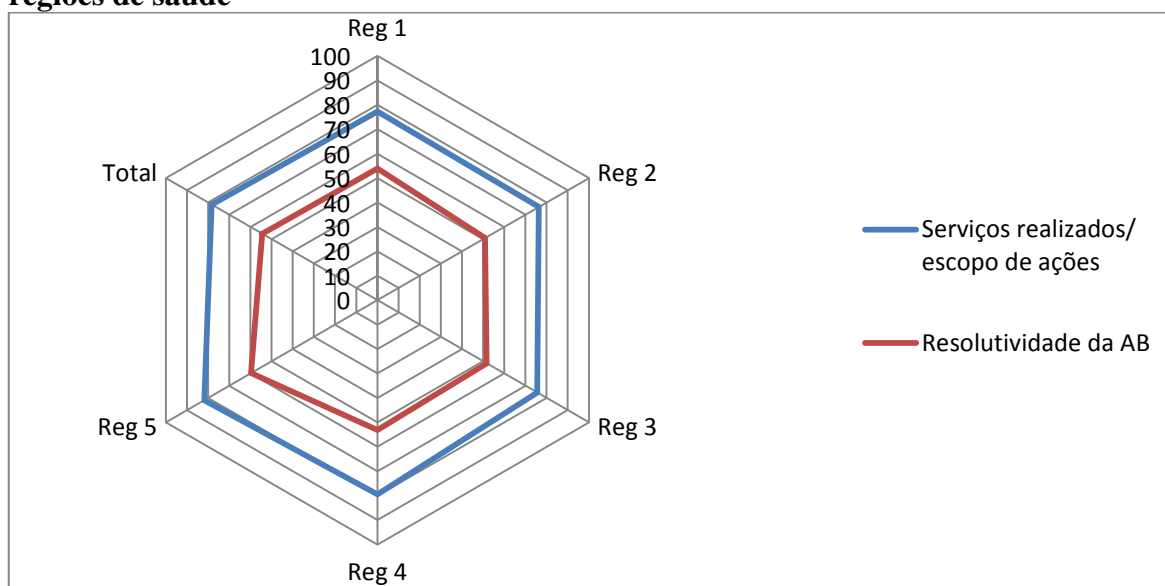
A integralidade parece estar associada ao desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços das regiões de saúde. Mendes et al. (2014), apontam que municípios com menos habitantes tem menor escala de compra, menor disponibilidade de recursos humanos capacitados e maiores dificuldades de infraestrutura. Da mesma forma, Giovanella et al. (2015) mostram que a maior presença de UBS sem condições de funcionamento se concentra nas regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta de serviços (Reg 1), assim como a melhor estrutura, nas Reg 5.

Em síntese, pode-se dizer que a abrangência/integralidade em geral, apresentou melhores resultados no escopo de ações e piores resultados quanto à resolutividade na AB. Resultados positivos foram observados quanto à disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e a solicitação de exames para grupos prioritários. É importante que as unidades de atenção básica ampliem seu escopo de atuação, disponibilizando mais serviços para atender às necessidades de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação dos profissionais na atenção às condições de impacto na saúde das famílias seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (Harzheim et.al, 2004; Leão et al., 2011). A alta resolutividade é percebida pelo usuário à medida que há alta satisfação com os serviços de Atenção Básica (Harzheim et.al, 2004).

Do total de 40 indicadores, há um conjunto de 32 indicadores que podem ser considerados um padrão de referência para o atributo da integralidade. Têm-se que resultados relacionados ao escopo de ações se mostraram mais satisfatórios que os relacionados à resolutividade. Dos 32 indicadores, 8 indicadores se apresentaram no padrão muito bom (mais de 90% das respostas); 10 indicadores se expressaram com padrão bom (entre 75 e 89% das respostas) e 9 indicadores estão no padrão regular (entre 60 a 74% das respostas). O padrão inadequado (menor que 60% das respostas) foi visualizado em 5 indicadores. A concentração dos indicadores em padrão muito bom está na disponibilidade de consultas e solicitação de exames, e os indicadores de padrão inadequado se concentram na disponibilidade de medicamentos na UBS e apoio à equipe pelas diferentes categorias do NASF.

O Gráfico 15 mostra uma síntese dos resultados por componente para o atributo da abrangência/integralidade.

Gráfico 15. Abrangência/Integralidade: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.4. ATRIBUTO COORDENAÇÃO

A coordenação refere-se à capacidade dos prestadores de atenção primária coordenar o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial. (Giovannella e Mendonça, 2012). Relaciona-se à continuidade da atenção entre profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e comunicação, e à existência de referências/fluxos entre os serviços (Almeida, et al., 2010).

Para tal, escolheu-se os componentes continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso à consulta/exames especializados e comunicação direta entre serviços AB e AE para a análise da coordenação do cuidado pelas equipes de Atenção Básica.

5.4.1. Continuidade informacional

A “continuidade informacional” abarca a organização do serviço para registrar as ações realizadas, incluindo os prontuários, que favorecem a disponibilidade e utilização da informação para uma atenção mais integral e voltada às necessidades do paciente. (Navarrete et al., 2009). A continuidade informacional entre diversos serviços e níveis de atenção, aumenta as possibilidades de colaboração/comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Almeida, et al., 2014). O registro e acompanhamento de casos mais graves encaminhados, demonstra iniciativa de coordenação.

Na Tabela 10 e Gráfico 16 são apresentados indicadores do componente continuidade informacional. Verificou-se que 14,0% das equipes possuem prontuário eletrônico e apenas em 11,0% das equipes, ele está integrado com outros pontos da rede de atenção. As fichas de encaminhamento para os demais pontos de atenção foram apresentadas por 85,2% das equipes, contudo, a comprovação de registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros serviços é de apenas 37,8%.

No que se refere às patologias e classificação de risco, 48,4% das equipes mantêm registro das pessoas com HAS com maior risco/gravidade; 52% possuem registro das pessoas com DM com maior risco/gravidade; 66,0% comprovam o registro do número de usuários com tuberculose; e 51,5% comprovam o registro de usuários com hanseníase.

Comparando os grupos de regiões de saúde, para todos os indicadores, valores superiores à média Brasil e aos demais grupos são apresentados nas equipes das regiões de saúde de alto DSE e alta oferta (Reg 5). A única exceção ocorre no registro de usuários

com hanseníase, em que a Reg 2 se destaca com 66,2% das equipes apresentando comprovação.

Os resultados mais negativos podem ser observados nas Reg 1 e Reg 3. Nas Reg 1, apenas 1,2% das equipes possuem prontuário eletrônico e 0,8% integrado a outros pontos da atenção; 76,1% comprovam existir fichas de encaminhamento para outros pontos de atenção e 32,6% mantêm registro dos usuários de maior risco encaminhados a outros serviços. Nas Reg 3 percebemos o menor registro entre os grupos em relação às patologias: 40,7% possuem registro de pessoas com HAS com maior risco; 43,7% de pessoas com DM com maior risco; e 56,4% comprovam o registro do número de usuários com tuberculose.

Observa-se, portanto, a necessidade de melhora e qualificação dos registros de encaminhamentos. Especialmente em uma realidade nacional com rotatividade de profissionais, registros incompletos geram ações duplicadas nos serviços, gastos desnecessários e descontinuidade no cuidado aos usuários. Há carência de informação compartilhada entre os pontos de atenção, ficando restrita às fichas de encaminhamento dos usuários, que mais se constituem como um facilitador de acesso do que como uma ferramenta de comunicação entre profissionais.

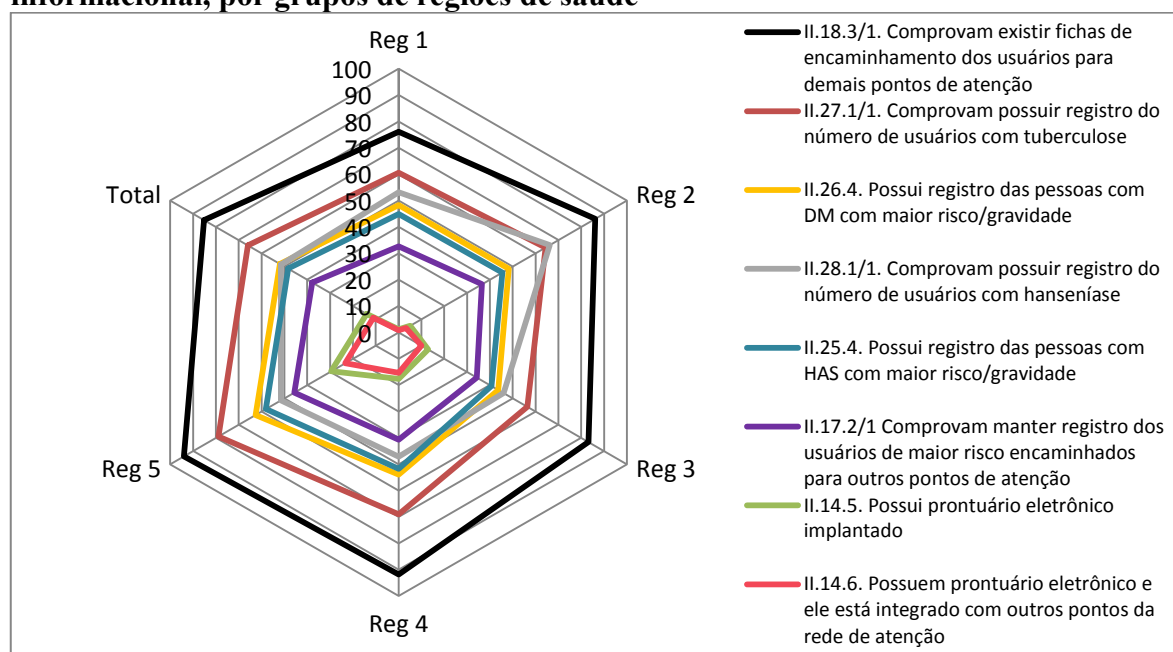
Tabela 10. Coordenação: indicadores do componente continuidade informacional por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
EqAB												
II.14.5. Possui prontuário eletrônico implantado	64	1,2	63	5,1	501	13,0	237	17,6	1457	29,5	2322	14,0
II.14.6. Possuem prontuário eletrônico e ele está integrado com outros pontos da rede de atenção	39	0,8	41	3,3	383	10,0	206	15,3	1156	23,4	1825	11,0
II.18.3/1. Comprovam existir fichas de encaminhamento dos usuários para demais pontos de atenção	3926	76,1	1072	86,1	3200	83,2	1236	91,8	4651	94,1	14085	85,2
II.17.2/1 Comprovam manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção	1680	32,6	455	36,5	1319	34,3	548	40,7	2256	45,6	6258	37,8
II.25.4. Possui registro das pessoas com HAS	2317	44,9	565	45,4	1563	40,7	696	51,7	2871	58,1	8012	48,4

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
com maior risco/gravidade II.26.4. Possui registro das pessoas com DM com maior risco/gravidade	2493	48,3	600	48,2	1678	43,7	727	54,0	3102	62,7	8600	52,0
com maior risco/gravidade II.27.1/1. Comprovam possuir registro do número de usuários com tuberculose	3122	60,5	802	64,4	2169	56,4	930	69,0	3901	78,9	10924	66,0
com tuberculose II.28.1/1. Comprovam possuir registro do número de usuários com hanseníase	2744	53,2	824	66,2	1768	46,0	634	47,1	2545	51,5	8515	51,5
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
MÉDIA		39,7		44,4		40,9		48,4		55,5		45,7

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 16. Indicadores padrão de referência do componente continuidade informacional, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.4.2. Ordenamento de fluxos assistenciais

O “ordenamento de fluxos assistenciais” é expresso pelas referências e fluxos definidos para o encaminhamento entre os níveis de atenção, assim como pelos protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para grupos prioritários ou com patologias

atendidos pela AB.

Na Tabela 11 e Gráfico 17 são apresentados os indicadores de ordenamento de fluxos assistenciais. Os protocolos com definição de prioridades de encaminhamento estão presentes em 42,9% das equipes. Em relação aos grupos prioritários, 74,8% das equipes possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para pré-natal, 69,4% para HAS e 69,5% para DM. As referências e fluxos pactuados pela gestão municipal estão presentes em documentos de 56,6% das equipes, sendo que 51,9% das equipes possuem referências e fluxos para câncer de mama, 52,7% para câncer de colo de útero e 48,4% para parto. Quando perguntadas sobre a maternidade que fariam o parto, apenas 46,6% das usuárias tiveram orientação sobre o local. E em relação a sair da consulta de pré-natal com a próxima marcada, as respostas foram de 61,6% das usuárias.

As diferenças de respostas entre os grupos de regiões de saúde são marcantes. As respostas mais positivas aparecem nos grupos das Reg 5 e as mais negativas variam entre os grupos das Reg 1 e Reg 2. Os protocolos com prioridades de encaminhamento estão presentes apenas em 30,7% das equipes das Reg 2, resultado similar aos grupos Reg 1 e Reg 3 e 63,1% das equipes das Reg 5. Quanto às especificidades desses protocolos, têm-se: 67,4% das equipes nas Reg 1 e 86,5% nas Reg 5 quanto ao protocolo de pré-natal; 60,3% nas Reg 1 e 82,3% nas Reg 5 em relação ao protocolo de HAS; 60,7% nas Reg 1 e 82,0% nas Reg 5 no que se refere ao protocolo para DM. Um comportamento diferente pode ser observado sob a perspectiva das usuárias, em que 53,9% das usuárias das Reg 3 respondem que já saem do pré-natal com a consulta marcada e 70,2% das Reg 1 fazem a mesma afirmação.

Os documentos com referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para o atendimento dos usuários da equipe estão disponíveis por 45,5% das equipes das Reg 1 e 74,2% das equipes das Reg 5. Para o câncer de mama, 40,6% das equipes das Reg 2 e 69,8% das Reg 5 possuem referências ou fluxos definidos. Para o câncer de colo de útero, os percentuais variam entre 41,4% nas Reg 2 e 70,6% nas Reg 5. E quanto às definições para o parto, apenas 38,3% das equipes das Reg 1 possuem referências e fluxos definidos, enquanto 66,0% das Reg 5 fazem a mesma afirmação.

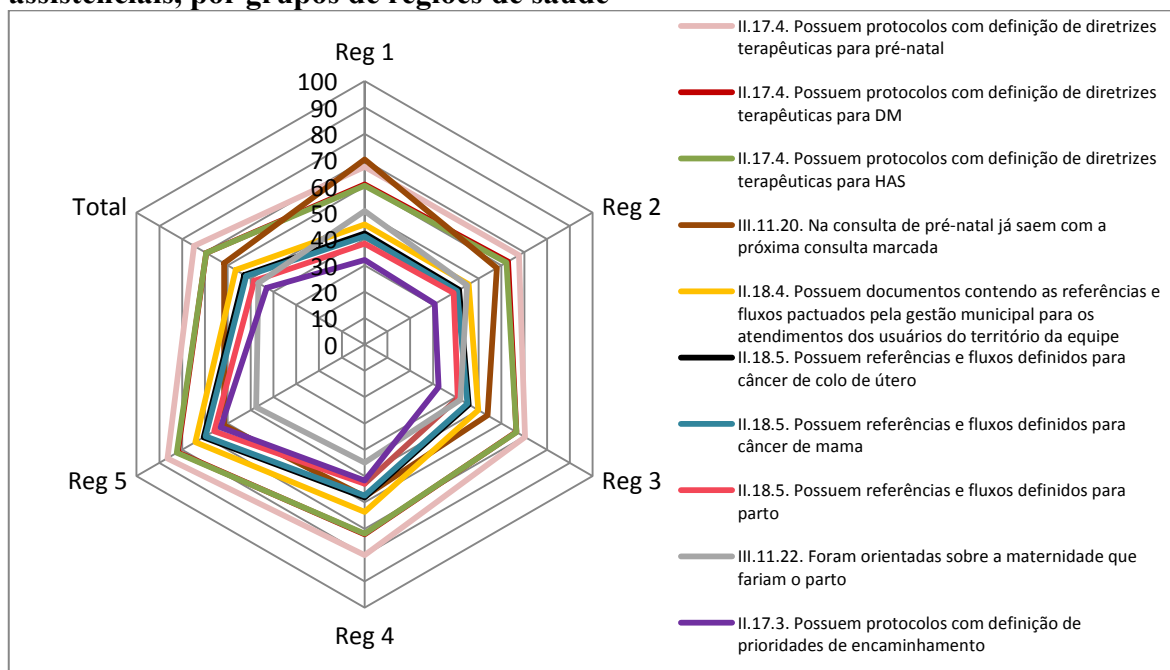
Nota-se que as classificações de risco, existência de protocolos de prioridades de encaminhamento, assim como referências e fluxos definidos são mais frequentes apenas nas regiões de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Chama a atenção a dificuldade de referências e fluxos definidos especialmente nas regiões de baixa oferta de serviços.

Tabela 11. Coordenação: indicadores do componente ordenamento de fluxos assistenciais, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
EqAB												
II.17.3. Possuem protocolos com definição de prioridades de encaminhamento	1658	32,1	382	30,7	1248	32,5	697	51,7	3119	63,1	7104	42,9
II.17.4. Possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para pré-natal	3476	67,4	843	67,7	2706	70,4	1077	80,0	4275	86,5	12377	74,8
II.17.4. Possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para HAS	3114	60,3	774	62,2	2559	66,6	968	71,9	4068	82,3	11483	69,4
II.17.4. Possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para DM	3134	60,7	783	62,9	2558	66,5	971	72,1	4056	82,0	11502	69,5
II.18.4. Possuem documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos dos usuários do território da equipe	2349	45,5	568	45,6	1918	49,9	857	63,6	3669	74,2	9361	56,6
II.18.5. Possuem referências e fluxos definidos para câncer de mama	2117	41,0	505	40,6	1733	45,1	773	57,4	3452	69,8	8580	51,9
II.18.5. Possuem referências e fluxos definidos para câncer de colo de útero	2175	42,2	515	41,4	1757	45,7	783	58,1	3493	70,6	8723	52,7
II.18.5. Possuem referências e fluxos definidos para parto	1975	38,3	485	39,0	1567	40,8	713	52,9	3263	66,0	8003	48,4
<i>N EqAB</i>	5160		1245		3844		1347		4945		16541	
Usuárias												
III.11.20. Na consulta de pré-natal já saem com a próxima consulta marcada	1837	70,2	481	58,0	1176	53,9	458	57,8	1453	61,6	5405	61,6
III.11.22. Foram orientadas sobre a maternidade que fariam o parto	1324	50,6	373	45,0	917	42,0	356	44,9	1122	47,6	4092	46,6
<i>N usuárias com crianças até 24 meses</i>	2616		829		2183		792		2357		8777	
MÉDIA		53,3		51,9		54,2		62,7		71,4		59,5

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 17. Indicadores padrão de referência do componente ordenamento de fluxos assistenciais, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.4.3. Acesso a consultas/exames especializados

A garantia de acesso à atenção especializada é condição necessária para que a coordenação se realize. Os indicadores selecionados estão relacionados aos modos como o serviço se organiza para que o usuário ingresse na atenção especializada quando necessário, entendendo o papel da AB como ordenadora desses encaminhamentos e organizadora da fila de espera de acordo com prioridades em saúde. Um acesso oportuno à rede de atenção e acompanhamento do usuário inclusive quando este é encaminhado ao cuidado especializado, é uma das principais funções da AB enquanto coordenadora do cuidado. (Almeida, et al. 2010).

Na Tabela 12 e Gráfico 18 são apresentados indicadores do componente acesso a consultas/exames especializados. Na média Brasil, 89,8% das equipes possuem central para marcação de consulta especializada e 86,8% possuem central para marcação de exames. Ao necessitar ser encaminhado para consulta especializada, somente 26,2% das equipes respondem que o usuário já sai da UBS com a consulta agendada e 61,0% das equipes respondem que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada ao

usuário. Quando o usuário é perguntado sobre o mesmo tema, apenas 13,0% relatam sair da UBS com a consulta agendada para o especialista, 46,5% respondem que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada e 67,7% afirmam que quando precisam, *sempre* conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas. Em relação à fila de espera, 49,2% das equipes coordenam a fila para usuários com HAS e 48,9% coordenam para usuários com DM.

Observa-se similaridade nas respostas se compararmos os diferentes grupos de regiões de saúde nos indicadores sobre centrais de marcação e coordenação de fila de espera. E diferenças consideráveis quando observamos os resultados de forma de acesso à consulta especializada.

Nas equipes das Reg 1 e Reg 2, o usuário sai da UBS com a consulta especializada agendada em 16,1% e 19,1% dos casos, respectivamente, enquanto nas Reg 4 e Reg 5, as respostas correspondem a 33,9 e 33,0% das equipes. No formato em que a consulta especializada é marcada pela UBS e posteriormente informada ao paciente tem-se nas Reg 1, 40,8% das equipes procedendo dessa forma, enquanto nas Reg 4 e Reg 5 os valores são bem superiores, sendo 73,6% nas Reg 4 e 82,1% das equipes nas Reg 5. Os usuários fazem uma avaliação mais negativa, relatando que nas Reg 1 somente 29,8% tiveram suas consultas marcadas pela UBS e posteriormente informadas e nas Reg 5, 60,9%. Um resultado diferenciado aparece em relação à coordenação de fila de espera para usuários com HAS, em que o grupo das Reg 2 apresentam os melhores resultados (53,0%) e no caso da fila de espera para usuários com diabetes, os resultados das Reg 2 (51,5%) se equiparam às equipes das Reg 5 (51,7%).

O acesso a consultas/exames especializados parece ser facilitado tanto pela existência de centrais de marcação, como pela forma como as equipes, majoritariamente, vêm marcando as consultas especializadas – no mesmo dia da consulta AB ou posteriormente. Observa-se uma necessidade de melhoria de acesso nas regiões de saúde de baixa oferta de serviços, possivelmente impactadas pela indisponibilidade de serviços especializados. A coordenação da fila de espera, aqui exemplificada pelas pessoas com HAS e DM, necessita ser incentivada, independente da região de saúde, visto que tem um papel fundamental na busca da equidade e garantia dos atendimentos em saúde pela rede de atenção.

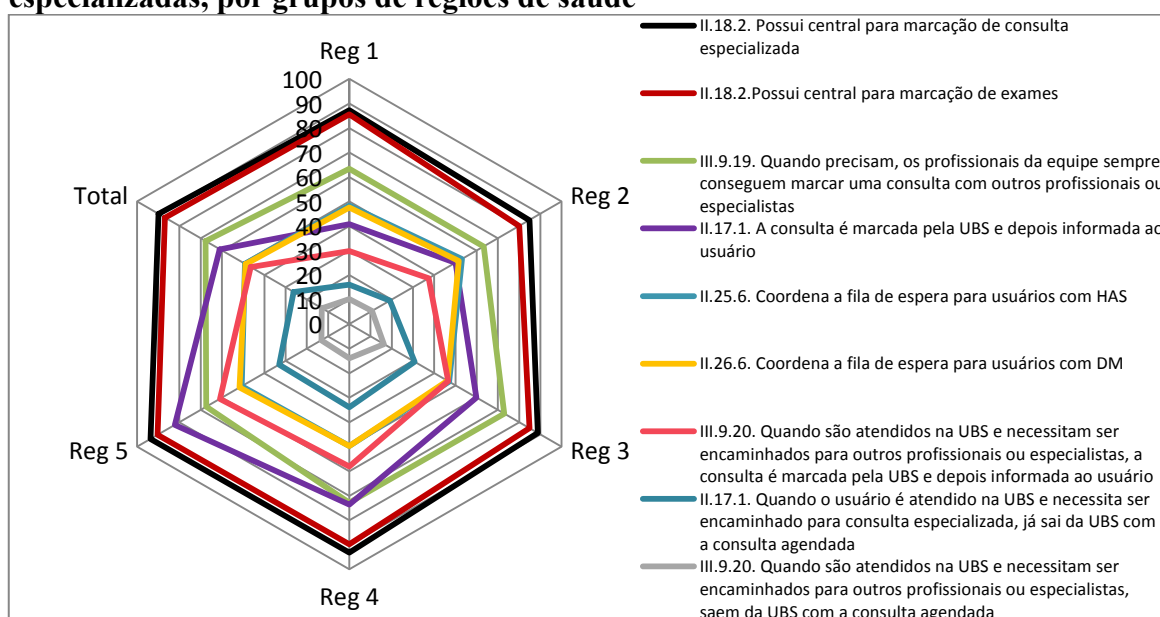
Tabela 12. Coordenação: indicadores do componente acesso à consultas/exames especializados, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.18.2. Possui central para marcação de consulta especializada	4502	87,2	1056	84,8	3412	88,8	1256	93,2	4634	93,7	14860	89,8
II.18.2. Possui central para marcação de exames	4419	85,6	996	80,0	3264	84,9	1210	89,8	4465	90,3	14354	86,8
II.17.1. Quando o usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para consulta especializada, já sai da UBS com a consulta agendada	829	16,1	238	19,1	1179	30,7	456	33,9	1632	33,0	4334	26,2
II.17.1. A consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	2106	40,8	622	50,0	2304	59,9	991	73,6	4061	82,1	10084	61,0
II.25.6. Coordena a fila de espera para usuários com HAS	2492	48,3	660	53,0	1807	47,0	669	49,7	2505	50,7	8133	49,2
II.26.6. Coordena a fila de espera para usuários com DM	2454	47,6	641	51,5	1775	46,2	669	49,7	2556	51,7	8095	48,9
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
Usuários												
III.9.19. Quando precisam, os profissionais da equipe <i>sempre</i> conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas	8790	63,3	2075	63,3	8384	73,0	3037	72,8	9956	67,4	32242	67,7
III.9.20. Quando são atendidos na UBS e necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas, saem da UBS com a consulta agendada	1413	10,2	352	10,7	1873	16,3	581	13,9	1954	13,2	6173	13,0
III.9.20. Quando são atendidos na UBS e necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas, a consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	4146	29,8	1222	37,3	5345	46,5	2418	58,0	8983	60,9	22114	46,5

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
<i>N usuários que alguma vez precisou marcar consultas com especialistas</i>	13897		3279		11491		4171		14761		47599	
MÉDIA		47,7		50,0		54,8		59,4		60,3		54,3

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 18. Indicadores padrão de referência do componente acesso a consultas especializadas, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.4.4. Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada

A comunicação eficaz entre serviços de atenção básica e atenção especializada, tanto quanto, a comunicação profissional-usuário são elementos essenciais para o atendimento de boa qualidade (Davis et al., 2014). A coordenação é especialmente afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais e precária relação entre os prestadores, o que resulta em barreiras para a trajetória do usuário pela rede de atenção (Almeida et al., 2010).

Na Tabela 13 e Gráfico 19 são apresentados indicadores do componente comunicação direta entre serviços da atenção básica e atenção especializada. As equipes de atenção básica que fizeram contato com especialistas representam 67,0%, enquanto as que foram contatadas por especialistas correspondem a menos da metade das equipes (48,5%).

A existência de fluxo de comunicação institucionalizado entre AB e AE é uma realidade para metade das equipes (49,8%). Todavia, diversos tipos de fluxo institucionalizado são pouco frequentes: a discussão de casos ocorre em 17,5% das equipes; as reuniões técnicas com especialistas em 13,1%; o telessaúde em 7,7% das equipes e a ficha de referência/ contra-referência com história detalhada e sugestões de conduta é utilizada por 41,2% das equipes. A lista de contatos na UBS com os especialistas da rede SUS está presente em 43,1% das equipes. E 40,1% dos usuários afirmam que depois de atendidos por outros profissionais fora da UBS, a equipe sempre conversou sobre esse atendimento.

A variação entre os grupos de regiões de saúde é expressa pelo tipo de fluxo institucionalizado e a existência de lista de contatos na UBS. Quanto a esse último, os extremos são 33,0% de equipes possuem lista nas Reg 1 e 53,0% nas Reg 5. Em relação a existência de fluxo institucionalizado, os melhores resultados estão nas Reg 4 (57,8%) e Reg 5 (63,7%) e os piores, nas Reg 1 (38,2%) e Reg 2 (36,8%). O mesmo comportamento pode ser observado em relação aos tipos de fluxos institucionalizados (discussão de casos, reuniões técnicas com especialistas, telessaúde e fichas de referência e contra-referência), com baixos resultados em geral, contudo, mais altos nas equipes das Reg 5 e mais baixos nas Reg 1.

Na comunicação direta entre serviços de AB e AE, o único resultado que ultrapassa a metade das equipes está no contato feito pela atenção básica com os especialistas. A institucionalização de fluxos de comunicação seria um grande avanço na organização dos serviços para potencializar o cuidado em saúde e o diálogo entre os profissionais. Mas percebe-se que o tipo mais utilizado ainda é a ficha de referência/contra-referência, inclusive nas regiões de alto DSE e alta oferta.

Tabela 13. Coordenação: indicadores do componente comunicação direta entre serviços AB e AE, por grupos de regiões de saúde

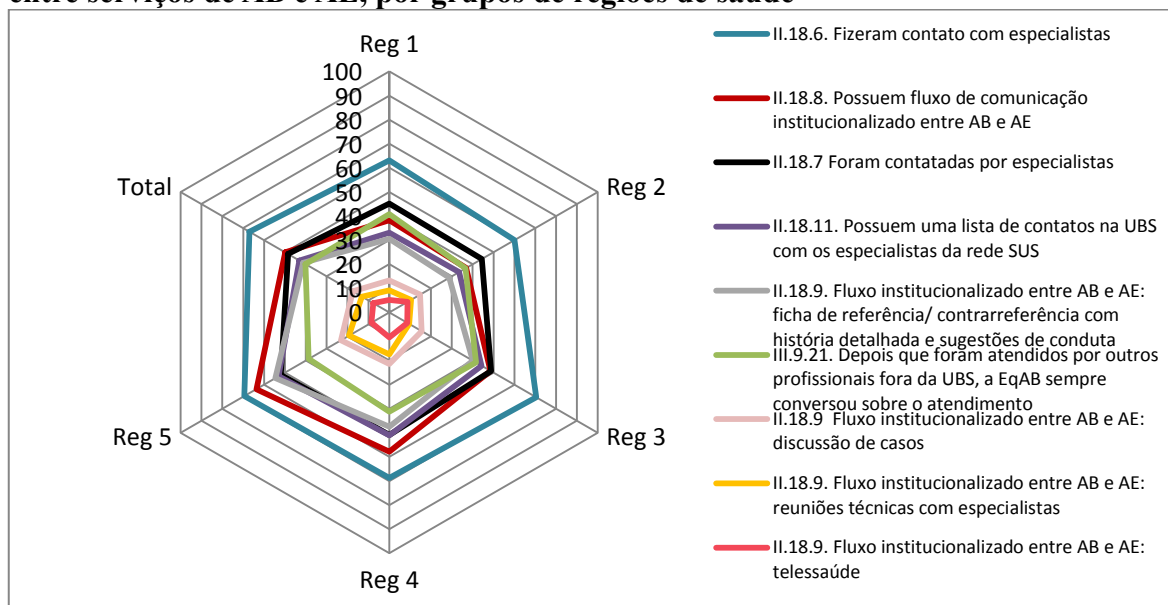
INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.18.6. Fizeram contato com especialistas	3258	63,1	748	60,1	2707	70,4	926	68,7	3436	69,5	11075	67,0
II.18.7 Foram contatadas por especialistas	2333	45,2	553	44,4	1876	48,8	686	50,9	2576	52,0	8021	48,5
II.18.8. Possuem fluxo de comunicação institucionalizado entre AB e AE	1973	38,2	458	36,8	1870	48,6	779	57,8	3150	63,7	8230	49,8

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
II.18.9 Fluxo institucionalizado entre AB e AE: discussão de casos	684	13,3	184	14,8	599	15,6	288	21,4	1141	23,1	2896	17,5
II.18.9. Fluxo institucionalizado entre AB e AE: reuniões técnicas com especialistas	476	9,2	130	10,4	368	9,6	235	17,4	953	19,3	2162	13,1
II.18.9. Fluxo institucionalizado entre AB e AE: telessaúde	266	5,2	109	8,8	336	8,7	140	10,4	426	8,6	1277	7,7
II.18.9. Fluxo institucionalizado entre AB e AE: ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta	1581	30,6	359	28,8	1543	40,1	639	47,4	2698	54,6	6820	41,2
II.18.11. Possuem uma lista de contatos na UBS com os especialistas da rede SUS	1701	33,0	417	33,5	1704	44,3	688	51,1	2619	53,0	7129	43,1
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
Usuários												
III.9.21. Depois que foram atendidos por outros profissionais fora da UBS, a EqAB <i>sempre</i> conversou sobre o atendimento	5665	40,8	1199	36,6	4783	41,6	1718	41,2	5713	38,7	19078	40,1
<i>N usuários que alguma vez precisou marcar consultas com especialistas</i>	<i>13897</i>		<i>3279</i>		<i>11491</i>		<i>4171</i>		<i>14761</i>		<i>47599</i>	
MÉDIA		31,0		30,5		36,4		40,7		42,5		36,4

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 19. Indicadores padrão de referência do componente comunicação direta entre serviços de AB e AE, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.4.5. Discussão

A partir do conjunto de componentes que integram o atributo da coordenação, em linhas gerais, pode-se verificar dificuldades na maior parte dos indicadores analisados, que abrangem acesso às consultas e exames especializados, disponibilidade de equipamentos de tecnologia de informação e comunicação (TIC), contato entre os profissionais da AB e AE e mecanismos de referências e fluxos para o cuidado ao usuário nos diferentes pontos da rede de atenção.

Diferentes estudos sobre o tema, em especial nas reformas pró-coordenação nos países europeus, mostram ser esta uma preocupação crescente, assim como o avanço de medidas para melhorar a coordenação do cuidado em países com serviços nacionais de saúde cuja função de *gatekeeper* é exercida pela APS (Giovanella e Stegmüller, 2013; Starfield et al., 2005). Nesses casos, é perceptível uma maior coordenação e integração da APS no sistema de saúde, em que os serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados em um sistema de saúde de acesso universal e a atenção individual é garantida em todos os níveis de atenção à saúde (Giovanella, 2006; Davis et al., 2014).

Já no caso brasileiro, diversos estudos encontraram deficiência na função de coordenação pela APS (Escorel et al., 2007; Ibañez et al., 2006; OPAS, 2013; Mesquita Filho et al., 2014; Almeida et al., 2010; Fausto et al., 2014).

Escorel et al. (2007) a partir de resultados insatisfatórios para a coordenação do

cuidado em estudos de caso realizados em 2001 e 2002, apontam a importância da melhoria da comunicação entre os serviços para um cuidado continuado:

O acesso à atenção secundária permaneceu difícil. (...) A referência era pouco estruturada, sendo grande a dificuldade para garantir o atendimento nas especialidades médicas e exames de apoio diagnóstico de média complexidade. A maioria das unidades de saúde da família não possui equipamentos de informática e telefonia, muitas vezes valendo-se dos celulares e dos contatos dos próprios profissionais para conseguir o atendimento especializado. Na maior parte dos municípios estudados, havia alguma forma de regulação para a referência. Contudo, os mecanismos de integração não eram suficientes para garantir um sistema de referência e contra-referência que possibilitasse a coordenação do cuidado. Esse foi um dos atributos da atenção primária menos desenvolvidos nas experiências estudadas, permanecendo como grande desafio do PSF a melhora da comunicação entre profissionais da atenção básica e especialistas e serviços de pronto-atendimento e emergência. São profissionais com experiências e formações distintas, o que exige a criação de estratégias de comunicação e de ampliação da confiança e da credibilidade do profissional de atenção primária para que o especialista promova o retorno do paciente ao generalista, de forma a garantir a continuidade do tratamento pelo profissional mais adequado. (Escorel et al., 2007: 174)

Essa discussão dialoga com os resultados dos componentes continuidade informacional e comunicação direta entre serviços de AB e AE do nosso trabalho. A troca de informações entre profissionais é primordial para que o generalista da atenção básica possa exercer sua função de coordenador de cuidados (Escorel et al., 2007). Da mesma forma os registros têm um papel fundamental na continuidade dos cuidados, especialmente considerando o trabalho em equipe multiprofissional e a constante rotatividade de profissionais no SUS. Ainda que centrais de regulação estejam sempre presentes, nossos resultados mostram a deficiência na continuidade informacional, com existência apenas de fichas de encaminhamento dos usuários aos demais pontos de atenção e somente cerca de metade das equipes registrando as pessoas com HAS e DM com maior risco ou o número de pessoas com tuberculose e hanseníase.

Almeida e Santos (2015) discutem que sendo uma das características da coordenação do cuidado, a articulação entre serviços e ações para uma prestação de cuidado mais integral e sincronizada, isso pode ser potencializado por estratégias de integração da rede e investimento em tecnologias de informação e comunicação (TIC). Na pesquisa dos autores, a implantação das TIC foi considerada precária, assim como nos achados de nosso estudo. A continuidade informacional entre AB e AE, por exemplo, por meio de prontuário eletrônico compartilhado está presente em apenas 11% das equipes

participantes do PMAQ-AB, assim como o uso do telessaúde é incipiente (Fausto, et al., 2014).

Um exemplo interessante pode ser encontrado em estudo no município de Curitiba (Chomatas et al., 2013), em que os autores encontram bons resultados para o atributo da coordenação do cuidado e em relação ao sistema de informação. Atribuem esses resultados ao investimento feito pelo município no sistema informatizado, tanto para resultados de exames laboratoriais de análises clínicas disponibilizados on-line no prontuário, como na operacionalização da marcação de consultas especializadas.

Outro ponto recorrente é a insuficiência de fluxos institucionalizados de comunicação entre atenção básica e atenção especializada. Na Tabela 13, menos da metade das equipes tem uma lista de contatos de especialistas da rede SUS na UBS, o que caracteriza a tradicional informalidade nos contatos. Apenas metade das equipes possui fluxo de comunicação institucionalizado e o predominante dentre os tipos são as fichas de referência e contrarreferência (cerca de 40%). A contrarreferência é uma dificuldade apontada na maior parte dos estudos, trazendo prejuízos nessa comunicação entre os equipamentos da rede. (Escorel, et al., 2007; Costa et al., 2013; Almeida et al., 2010; Carneiro et al., 2014). Em publicação da OPAS (2013) sobre o município do Rio de Janeiro, também foi identificada baixa qualidade da contrarreferência do especialista para APS, salvo quando se trata de uma unidade mista e há especialistas na própria UBS. Almeida e Santos (2015) discutem que em um cenário nacional de deficiente disponibilidade de recursos tecnológicos e de informação, mesmo as tradicionais referência e contrarreferência poderiam trazer algum avanço de suporte clínico.

Segundo Mendes (2011), o desconhecimento de tecnologias de microgestão pelos municípios e equipes como gestão de casos, gestão de lista de espera, revisão do prontuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação, estariam dificultando a implantação dos sistemas de referência e contrarreferência dos usuários. Está colocada aqui, pelos resultados encontrados no conjunto de estudos, a reduzida capacidade de função de filtro da APS.

A análise dessa função de *gatekeeper* (ou função de filtro) está mais diretamente relacionada ao componente acesso a consultas/exames especializados (Tabela 12), que se revelou também com resultados insatisfatórios. Observou-se a existência de centrais de marcação de consultas em exames na maior parte das equipes, assim como em outros estudos (Almeida et al., 2010; Escorel et al., 2007). Contudo, o agendamento de consultas especializadas no mesmo dia de atendimento do usuário na UBS ou marcação pela UBS

informada posteriormente ao paciente mostram certo avanço, ainda que baixo nos municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1). É nítida uma melhor organização das equipes das Reg 5 nesse aspecto. Além disso, menos da metade das equipes coordenam as filas de espera.

Cabe ressaltar a importância de profissionais qualificados também para exercer a função de filtro para o acesso aos serviços especializados. A qualificação dos profissionais pode evitar a burocratização excessiva (busca do profissional da AB somente para encaminhamentos) e o aumento do número de encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados (Giovanella et al., 2009). Leão e Caldeira (2011), em concordância, mostram em seus resultados, que equipes em que atuavam profissionais qualificados (com residências em saúde da família ou medicina de família e comunidade) apresentaram melhores resultados no conjunto de atributos da APS.

Outra discussão pertinente cabe ser apresentada sobre o ordenamento dos fluxos assistenciais. Mendes (2011) define como objetivo dos protocolos clínicos “*prestar atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado*” (Mendes, 2011: 372), garantindo assim processos mais precisos e seguros e com menor variabilidade. Nesse sentido, cerca de 70% das equipes relatam possuir protocolos para pré-natal, HAS e DM, de forma mais expressiva nas regiões mais desenvolvidas.

Já em relação às referências e fluxos – que estão diretamente relacionadas à disponibilidade de equipamentos e vagas na rede de atenção – a diferença entre as regiões mais desenvolvidas e maior oferta e menos desenvolvidas com menor oferta de serviços é ainda mais expressiva. Exemplificando, nem metade das mulheres foram orientadas sobre a maternidade que fariam o parto. Cabe ressaltar, que a implementação de protocolos e definição de referências são medidas que demandam pouco investimento da gestão municipal, abrangendo mapeamento do território e distribuição das vagas e qualificação dos profissionais.

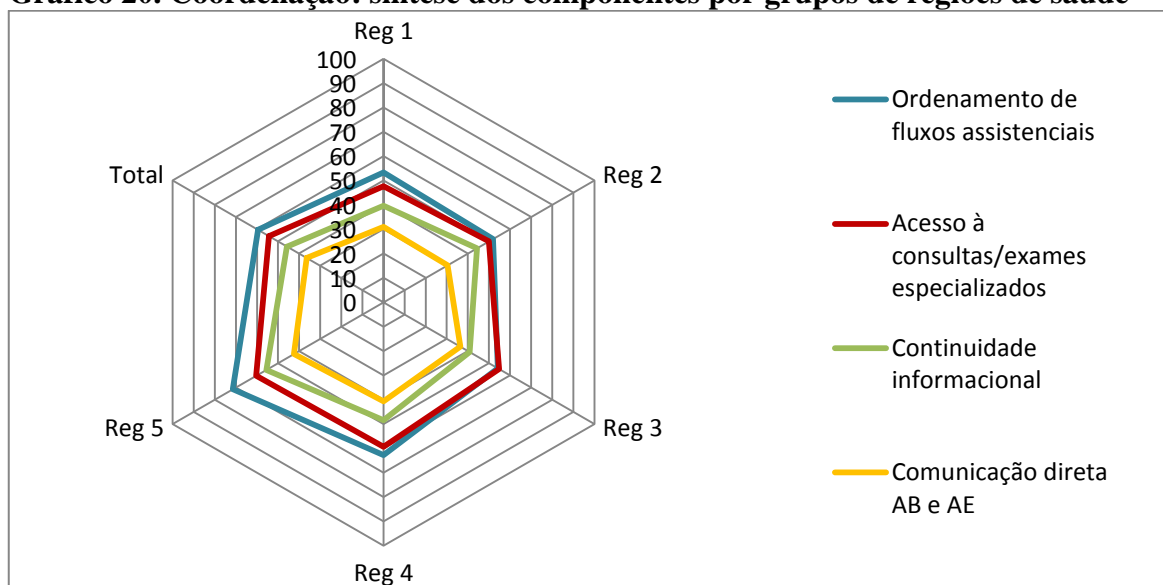
Em estudos de caso realizados em quatro grandes centros urbanos foram apontados problemas à garantia da integração da rede, tais como: a falta de integração e comunicação entre diferentes prestadores, a insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar e ausência de políticas para média complexidade. Todavia, mecanismos de integração entre os níveis assistenciais podem ser melhor identificados, tais como: estruturas regulatórias nas secretarias municipais e nas UBS com descentralização de funções para o nível local, organização dos fluxos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços

especializados municipais (Almeida, et al., 2010). Tal constatação, assim como os resultados do PMAQ-AB apresentados por Fausto et al. (2014), podem supor uma relação entre a presença de mecanismos de integração da rede de atenção e desenvolvimento socioeconômico dos municípios. Segundo as autoras, nos municípios menores há um pouco mais de possibilidade de interação entre os profissionais de atenção básica e atenção especializada, o que provavelmente se deve a questões de proximidade entre os serviços e pessoal, ao invés de iniciativas institucionalizadas para a integração. As diferenças encontradas nas condições de oferta e uso de serviços de APS nos municípios pequenos, vem mostrar a limitação da gestão municipal de, isoladamente, responder pelo conjunto de ações próprias da APS e a necessidade de articulação regional.

Do conjunto de 36 indicadores considerados um padrão de referência para o atributo da coordenação, nenhum se apresenta no padrão muito bom (mais de 90% das respostas); 3 indicadores se expressaram no padrão bom (entre 75 e 89% das respostas); 8 indicadores estiveram no padrão regular (entre 60 a 74% das respostas) e 25 indicadores no padrão inadequado (menor que 60% das respostas). A concentração dos indicadores em padrão bom está na disponibilidade de fichas de encaminhamento para os usuários e na existência de centrais de marcação para consulta especializada ou exames, enquanto os indicadores de padrão inadequado se distribuem em todos os componentes: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso a consultas/exames especializados e comunicação direta entre serviços de AB e AE. Em outras palavras, há dificuldade de acesso dos usuários às consultas e exames especializados, baixa comunicação e integração entre os serviços da rede e carência de referências/fluxos e mecanismos institucionalizados para coordenar esse acesso dos usuários aos serviços que necessitam.

O Gráfico 20 mostra uma síntese dos resultados por componente para o atributo da coordenação.

Gráfico 20. Coordenação: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.5. ATRIBUTO ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

O atributo orientação para a comunidade envolve o conhecimento das necessidades da população adscrita quanto ao contexto socioeconômico, a distribuição dos problemas de saúde no território, a interação com recursos/equipamentos disponíveis no território para o enfrentamento dos problemas e a participação da comunidade nas ações para melhoria de sua saúde (Starfield, 2002; Giovanella e Mendonça, 2012).

Uma atenção básica orientada para a comunidade busca potencializar a interação entre serviço de saúde, equipamentos do território, determinantes sociais e comunidade, a fim de produzir melhores resultados em saúde. Para operacionalizar este atributo, foram definidos três componentes: territorialização, intersetorialidade e participação social.

5.5.1. Territorialização

O componente territorialização contempla principalmente a perspectiva das equipes no que se refere à sua organização voltada para o território, quais sejam, adscrição da população, uso de critérios de risco e vulnerabilidade e conhecimento/mapeamento desse território para o planejamento das ações. Buscou-se também identificar se as ofertas ao usuário lhe parecem adequadas à sua realidade.

Na Tabela 14 e Gráfico 21 são expostos indicadores sobre a territorialização. Na média Brasil, 4 ou mais ACS estão presentes em 91,7% das UBS. A área de abrangência definida é um dos indicadores com resultados mais elevados, existente em 97,7% das equipes. Contudo, ainda há população descoberta pela atenção básica no território de 33,4% das equipes, 64,1% das equipes tem até 3500 pessoas sob sua responsabilidade e apenas 53,9% afirmam que a gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para essa definição de quantidade de pessoas.

Em relação ao mapeamento do território, 84,4% das equipes possuem mapas com desenho do território de abrangência, 60,7% das equipes realizara esse mapeamento nos últimos 12 meses, 81,0% realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, 79,5% das equipes realizaram algum levantamento de problemas e 76,5% estabeleceram um plano de ação. Já os usuários, 49,0% afirmam que os profissionais sempre sugerem soluções adequadas à realidade durante as consultas.

Observou-se diferenças na territorialização nas diferentes regiões de saúde. Há 27,3% de equipes com população descoberta no território nas regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), e 44,0% nas regiões de médio/alto DSE e baixa oferta (Reg 2). Já em relação às equipes com até 3500 pessoas sob

sua responsabilidade, a maior concentração está nas Reg 1, com 72,4% de respostas positivas e a pior concentração, nas Reg 5, com apenas 53,4% das equipes, o que é compatível com a alta concentração populacional em municípios maiores, e portanto, necessidade de muitas equipes para cobertura populacional. Quando perguntadas se a gestão adotou critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob sua responsabilidade, a variação foi de 47,5% de respostas positivas nas regiões de médio DSE e média/alta oferta (Reg 3) e 61,0% nas regiões de alto DSE e alta oferta (Reg 5).

Variações também puderam ser observadas quanto ao mapeamento do território. As Reg 1 destacam-se positivamente em relação a menor população descoberta e a quantidade de pessoas sob sua referência, contudo, são as que menos possuem mapas do território de abrangência e atualização desse mapa nos últimos 12 meses. As Reg 2 apresentam os piores resultados quanto à população descoberta e ao planejamento das ações no território a partir do seu mapeamento. As Reg 5, apesar de terem mais de 1/3 de população descoberta, conseguem ter mapas de abrangência e são as que mais utilizam esses mapas para o planejamento das ações.

Os avanços observados nesse componente se referem à presença de ACS e definição de área de abrangência nas equipes, independente da região de saúde. Há cerca de 1/3 de população descoberta em todas as regiões de saúde e os mapas de território, quando existem, poderiam ser amplamente utilizados no planejamento das ações, o que é uma realidade mais próxima apenas das Reg 4 e 5. Outro ponto importante é que os profissionais precisam adequar suas condutas terapêuticas à realidade dos usuários, pois menos da metade dos usuários, em todas as regiões, as consideram adequadas.

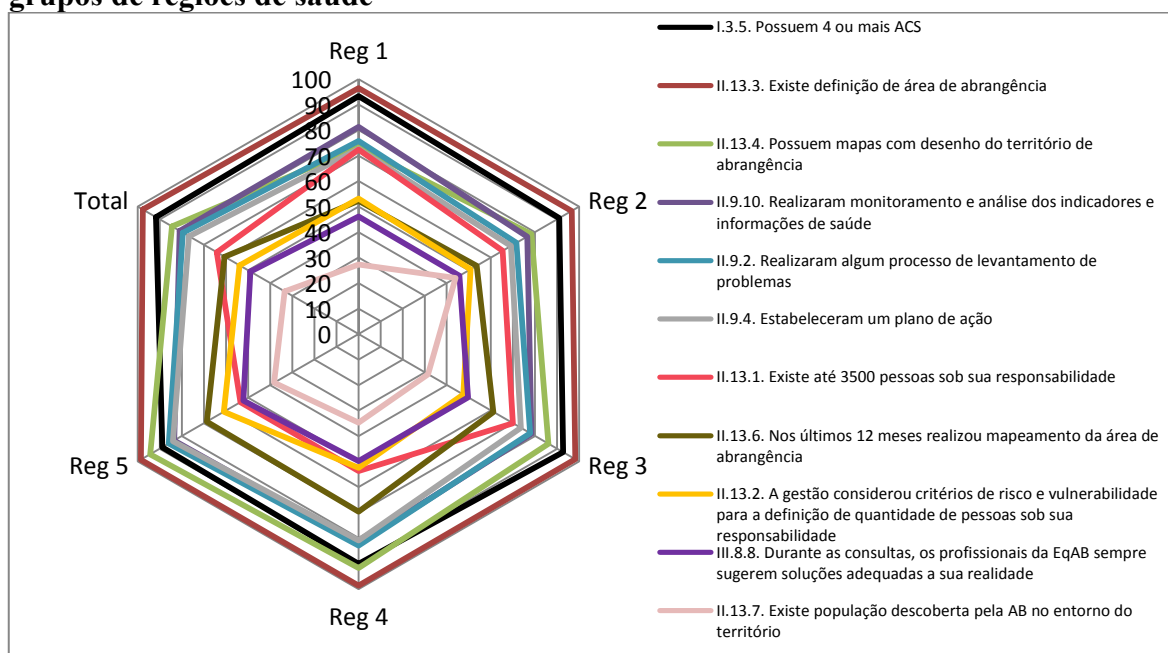
Tabela 14. Orientação para a comunidade: indicadores do componente territorialização, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS I.3.5. Possuem 4 ou mais ACS <i>N UBS</i>	4664	93,3	1047	91,0	3286	92,7	1054	90,1	2560	88,8	12611	91,7
	<i>5000</i>		<i>1151</i>		<i>3545</i>		<i>1170</i>		<i>2883</i>		<i>13749</i>	
EqAB II.13.3. Existe definição de área de abrangência II.13.7. Existe população descoberta pela AB no entorno	4979	96,5	1203	96,6	3775	98,2	1329	98,7	4872	98,5	16158	97,7
	1410	27,3	548	44,0	1210	31,5	469	34,8	1891	38,2	5528	33,4

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
do território												
II.13.1. Existe até 3500 pessoas sob sua responsabilidade	3736	72,4	813	65,3	2687	69,9	724	53,7	2641	53,4	10601	64,1
II.13.2. A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de quantidade de pessoas sob sua responsabilidade	2739	53,1	633	50,8	1827	47,5	707	52,5	3017	61,0	8923	53,9
II.13.4. Possuem mapas com desenho do território de abrangência	3784	73,3	976	78,4	3307	86,0	1235	91,7	4661	94,3	13963	84,4
II.13.6. Nos últimos 12 meses realizou mapeamento da área de abrangência	2724	52,2	672	53,5	2367	61,1	946	69,7	3437	68,7	10146	60,7
II.9.10. Realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	4191	81,2	951	76,4	3012	78,4	1109	82,3	4130	83,5	13393	81,0
II.9.2. Realizam algum processo de levantamento de problemas	3905	75,7	891	71,6	2991	77,8	1118	83,0	4249	85,9	13154	79,5
II.9.4. Estabelecem um plano de ação	3745	72,6	859	69,0	2829	73,6	1090	80,9	4156	84,0	12679	76,7
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
Usuários												
III.8.8. Durante as consultas, os profissionais da EqAB <i>sempre</i> sugerem soluções adequadas a sua realidade	9515	46,1	2241	45,8	7526	49,6	2711	49,8	10017	52,1	32010	49,0
<i>N usuários</i>	<i>20646</i>		<i>4897</i>		<i>15168</i>		<i>5446</i>		<i>19234</i>		<i>65391</i>	
MÉDIA		68,1		68,1		70,2		72,3		74,4		71,5

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 21. Indicadores padrão de referência do componente territorialização, por grupos de regiões de saúde



5.5.2. Intersetorialidade

A intersetorialidade no nível local abrange a perspectiva das equipes quanto ao conhecimento do território e articulação com os equipamentos disponíveis no território a fim de um cuidado mais integral ao usuário, capaz de reduzir iniquidades e aumentar a responsabilidade e capacidade de intervenção sobre os determinantes sociais. (Starfield, 2002; Anderson e Rodrigues, 2012). As variáveis do PMAQ-AB não permitem realizar uma análise aprofundada sobre a interação entre equipes e os demais setores e políticas públicas presentes na comunidade. Foram selecionados alguns indicadores com elementos para essa discussão como mapa com equipamentos sociais, planejamento das atividades considerando outros setores, Programa Bolsa-família (PBF) e Programa Saúde na Escola (PSE).

A Tabela 15 e Gráfico 22 apresentam os resultados dos indicadores selecionados sobre a intersetorialidade. Na média Brasil, 59,6% das equipes planejam suas atividades considerando o envolvimento de outros setores de sua área. Em relação aos mapas, apenas 19,2% das equipes possuem mapas com sinalização de área de risco e 45,8% das equipes possuem mapa com sinalização dos equipamentos sociais. No que se refere ao PBF, 74,9% das equipes realizam busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento do Programa Bolsa Família e 49,2% comprovam existência de mapa de acompanhamento das famílias

cadastradas no PBF. Cerca da metade das equipes (53,8%) apresentam registro de realização de atividades nas escolas. Algumas equipes atuam em territórios com implantação de cisternas, dentre as quais, 80,7% têm seus ACS fazendo ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas.

Independente do grupo de região de saúde, a busca ativa para as famílias elegíveis do PBF, assim como, as ações educativas sobre a qualidade da água das cisternas foram os itens com maior percentual de respostas positivas. Porém, há variações importantes entre os grupos de regiões de saúde observando os demais indicadores. Equipes que planejam suas atividades considerando o envolvimento de outros setores de sua área, corresponde a 48,3% nas Reg 2 e 66,1% nas Reg 5. Os resultados são muito baixos em relação aos mapas com sinalização de áreas de risco e de equipamentos sociais, e piores nas equipes das Reg 2, em que somente 12,5% possuem mapa com sinalização de áreas de risco e 35,5% com sinalização dos equipamentos sociais. Tais resultados sugerem um provável desconhecimento de importantes elementos do território.

Aproximadamente 70% das equipes, independente da região de saúde, realizam busca ativa de famílias elegíveis para o cadastramento do PBF, o que poderia ser considerado um avanço na interlocução com o processo de trabalho da assistência social. Contudo, observa-se baixa comprovação da existência do mapa de acompanhamento das famílias do PBF, com os extremos de 41,0% de equipes nas Reg 2 e 57,7%, nas Reg 4. Isso pode indicar que as equipes têm demonstrado baixa capacidade de captação das famílias e/ou de resposta ao acompanhamento das condicionalidades do PBF.

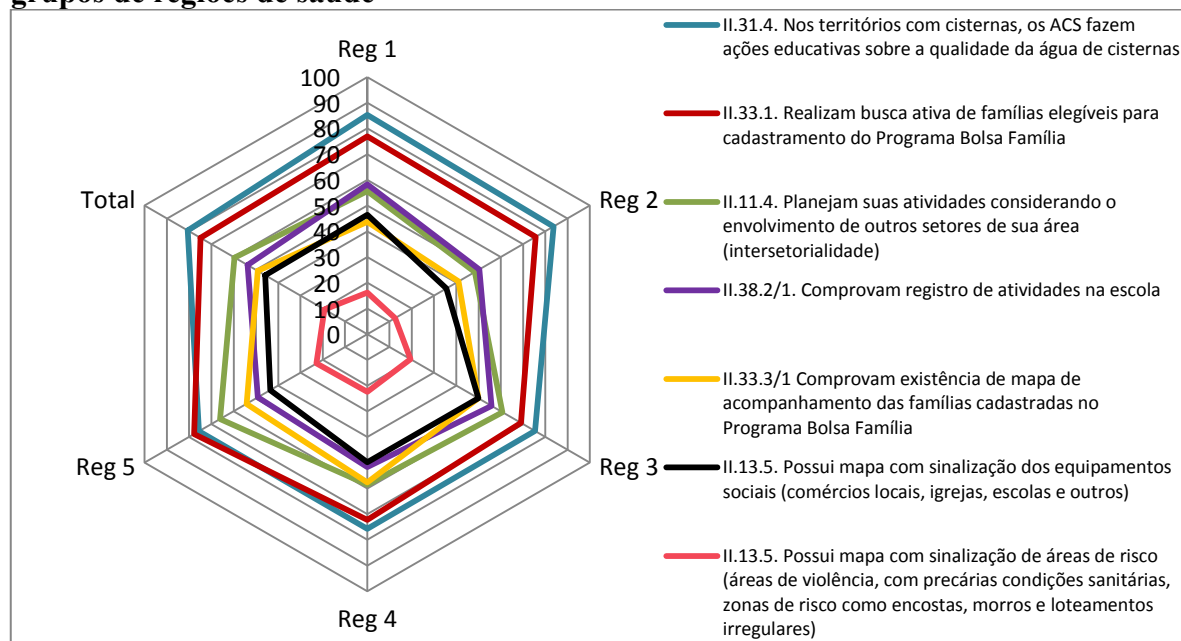
A ação intersetorial a partir das variáveis analisadas pode ser considerada deficiente no cotidiano das equipes. A maioria dos indicadores apresentam resultados positivos para menos de 50% das equipes. Um dos pontos de maior avanço é o planejamento considerando outros setores, porém, este não está associado a um mapeamento dos equipamentos sociais do território, elemento básico para a realização de atividades em parceria.

Tabela 15. Orientação para a comunidade: indicadores do componente intersectorialidade, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.11.4. Planejam suas atividades considerando o envolvimento de outros setores de sua área (intersectorialidade)	2869	55,6	601	48,3	2332	60,7	788	58,5	3267	66,1	9857	59,6
II.13.5. Possui mapa com sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco como encostas, morros e loteamentos irregulares)	837	16,2	156	12,5	751	19,5	302	22,4	1127	22,8	3173	19,2
II.13.5. Possui mapa com sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas e outros)	2394	46,4	442	35,5	1919	49,9	671	49,8	2154	43,6	7580	45,8
II.33.1. Realizam busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento do Programa Bolsa Família	3969	76,9	943	75,7	2653	69,0	973	72,2	3845	77,8	12383	74,9
II.33.3/1 Comprovam existência de mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família	2254	43,7	511	41,0	1919	49,9	777	57,7	2679	54,2	8140	49,2
II.38.2/1. Comprovam registro de atividades na escola	3007	58,3	627	50,4	2144	55,8	697	51,7	2426	49,1	8901	53,8
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
II.31.4. Nos territórios com cisternas, os ACS fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas	2723	85,3	492	83,7	1059	75,3	331	75,7	1036	75,6	5641	80,7
<i>N EqAB que possuem cisternas no território de atuação</i>	<i>3191</i>		<i>588</i>		<i>1407</i>		<i>437</i>		<i>1371</i>		<i>6994</i>	
MÉDIA		54,6		49,6		54,3		55,4		55,6		54,7

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 22. Indicadores padrão de referência do componente intersectorialidade, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.5.3. Participação social

A participação social no nível local, refere-se a estratégias dos serviços de saúde que favorecem a participação da comunidade para o alcance de melhores resultados em saúde (Starfield, 2002). A participação contempla desde decisões sobre a organização e satisfação com o serviço até decisões sobre as condutas terapêuticas. Para essa análise, foram selecionados indicadores referentes aos espaços formais de participação social e canais de comunicação, assim como a experiência da comunidade quanto ao uso desses espaços.

Na Tabela 16 e no Gráfico 23 são apresentados indicadores sobre a participação social. O conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente está presente na UBS segundo 59,2% das equipes. A disponibilidade de canais de comunicação para os usuários para demandas, reclamações e/ou sugestões foi afirmada por 73,1% das equipes e 88,3% dizem considerar a opinião do usuário na reorganização e qualificação do processo de trabalho. Todavia, apenas 36,8% das entrevistadas realizam pesquisa de satisfação com os usuários.

Quando querem fazer uma reclamação ou sugestão na UBS, 49,6% dos usuários conseguem e, quando fizeram reclamação ou sugestão, somente 23,6% afirmam ter um retorno rapidamente.

Em relação aos grupos de regiões de saúde, percebe-se similaridade entre a opinião dos usuários e variabilidade entre as respostas das equipes. Nas equipes das Reg 5, 69,4% possuem conselho local de saúde ou instância colegiada similar, percentual superior às demais regiões, em especial, a Reg 3, com 51,6% das equipes afirmando o mesmo. Essa variação é similar em relação à disponibilidade dos canais de comunicação para os usuários: 85,1% nas equipes das Reg 5, 83,5% nas Reg 4 e no outro extremo, 60,6% nas Reg 2 e 63,7% nas Reg 1.

Observa-se maior presença de canais de comunicação para os usuários do que espaços formais de decisão como conselhos locais de saúde, e ambos estão mais instituídos nas Reg 5. Nas regiões de saúde como um todo, as respostas são positivas em relação a considerar a opinião do usuário na reorganização e qualificação do processo de trabalho (mais de 80%). Contudo, quando se observa os demais indicadores, em especial a resposta dos usuários ao fazer uma reclamação ou sugestão na UBS (cerca de 50%), percebe-se deficiências importantes nas possibilidades de participação social e de funcionamento dos espaços de interação.

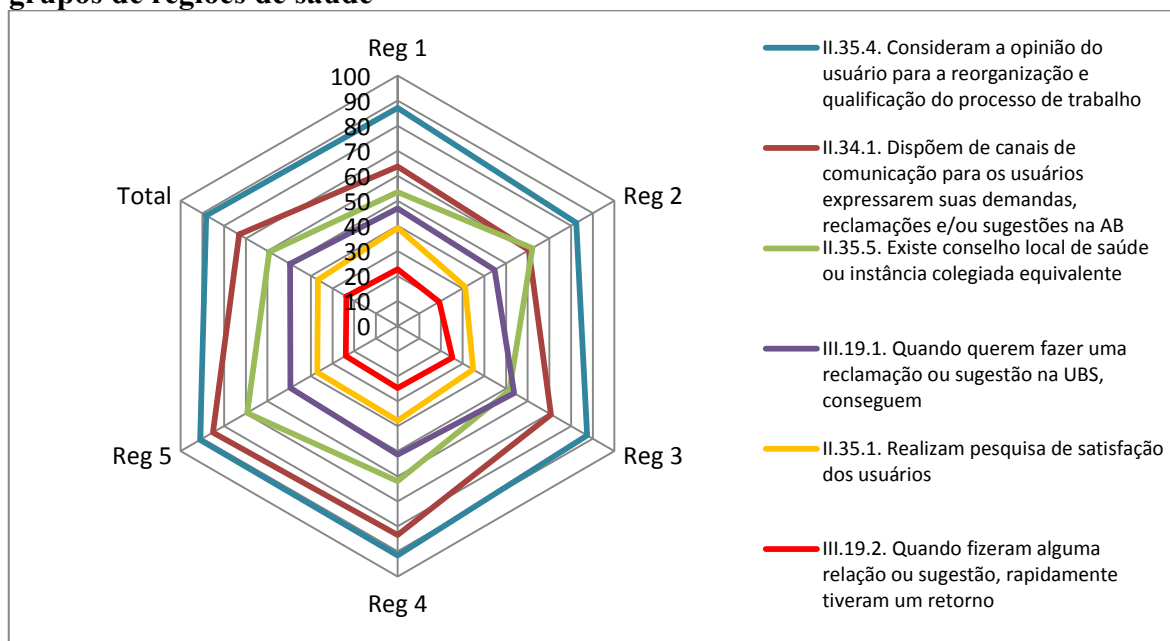
Tabela 16. Orientação para a comunidade: indicadores do componente participação social, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
EqAB												
II.35.5. Existe conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente	2763	53,5	773	62,1	1984	51,6	834	61,9	3432	69,4	9786	59,2
II.34.1. Dispõem de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na AB	3285	63,7	754	60,6	2723	70,8	1125	83,5	4208	85,1	12095	73,1
II.35.1. Realizam pesquisa de satisfação dos usuários	2024	39,2	389	31,2	1339	34,8	509	37,8	1831	37,0	6092	36,8
II.35.4. Consideram a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho	4493	87,1	1026	82,4	3360	87,4	1234	91,6	4500	91,0	14613	88,3
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
Usuários												
III.19.1. Quando querem fazer uma	3006	47,0	756	44,8	2772	53,7	985	51,3	3713	49,5	11232	49,6

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
reclamação ou sugestão na UBS, conseguem III.19.2. Quando fizeram alguma relação ou sugestão, rapidamente tiveram um retorno <i>N usuários que precisaram fazer reclamação ou sugestão na UBS</i>	1449	22,7	324	19,2	1299	25,2	476	24,8	1794	23,9	5342	23,6
	6393		1686		5158		1919		7505		22661	
MÉDIA		52,2		50,1		53,9		58,5		59,3		55,1

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 23. Indicadores padrão de referência do componente participação social, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.5.4. Discussão

O atributo orientação para a comunidade, expresso neste trabalho pela análise dos componentes “territorialização”, “intersetorialidade” e “participação social” apresentou resultados insatisfatórios, assim como em estudos anteriores utilizando o PCATool, demonstraram (Elias et al., 2006; Curto, 2009; Leao e Caldeira, 2011; Ibañez et al., 2006; Turci et al., 2016).

Em estudo realizado no município de São Paulo, gestores e profissionais avaliaram

positivamente a orientação para a comunidade das equipes, enquanto os usuários avaliaram como negativa (Elias, et al., 2006).

Em outra pesquisa com foco na atenção à tuberculose realizada por Curto (2009), a orientação para a comunidade nos serviços de APS foi considerada insatisfatória pelos três atores: usuários, profissionais e gestores, com algum grau de variação nas respostas. Quanto à existência de parcerias sociais e participação social, os três atores (usuários, profissionais e gestores) avaliaram os serviços como insatisfatórios ou regular; e em relação à realização de atividades ‘extra muros’, usuários consideraram insatisfatórias, profissionais como regular e gestores como satisfatória (Curto, 2009).

Da mesma forma, Macincko et al. (2003), revelam que características dos serviços de saúde voltadas para a melhoria da coordenação e orientação para a comunidade são escassas em quase todos os países da OCDE envolvidos em sua pesquisa.

Em relação à territorialização, praticamente a totalidade das equipes possuem definição de área de abrangência da população, mas 1/3 ainda têm população descoberta no seu território. Esse último resultado é preocupante considerando o grande número de pessoas sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família – máximo de 4000 pessoas, sendo recomendado 3000 pessoas (Brasil, 2011b), uma vez que, mesmo a população sendo adscrita, é notória a dificuldade de acompanhamento desse quantitativo de pessoas por uma equipe. Logo, provavelmente o acesso à APS pela população descoberta no território é muito difícil. Giovanella (2006) destaca a variação na lista de cidadãos inscritos por médico de família em diferentes países da União Européia, que vai desde 1.030 pessoas na Itália até o máximo de 2.500 na Espanha, um número bem inferior à norma brasileira.

A maior parte das equipes (80%) planejam ações a partir dessa territorialização (mapas de território, análise de indicadores, levantamento de problemas), a partir de critérios definidos pela gestão municipal. Contudo, é baixa a atualização do mapeamento da área de abrangência pelas equipes.

Faria (2013) traz a discussão da territorialização sob o aspecto do planejamento e gestão da saúde. O autor destaca a importância dos limites da territorialização servirem para integração e não, segregação, assim como, a necessidade de solidariedade no SUS entre o planejamento em nível de equipe, do município e da região de saúde. Somente dessa forma, poderia ser garantida a continuidade da atenção e o planejamento territorial na perspectiva das redes de atenção.

Monken (2008) define o termo como base para o relacionamento entre equipe de

saúde e comunidade, conceito pelo qual se atribuiu a territorialização como um componente do atributo orientação para a comunidade:

uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas [...]. (Monken, 2008: 143).

Contudo, a prática e o planejamento em saúde algumas vezes caminham ao contrário dessa perspectiva, quando o cadastramento e os limites dos serviços são feitos privilegiando a dimensão político-administrativa do serviço, ao invés da dimensão das necessidades em saúde no território e sua oferta (Faria, 2013).

Uma das principais perspectivas para enfrentamento de determinantes sociais, assim como, uma condição para uma APS abrangente, consiste na ação intersetorial (Carvalho e Buss, 2008). A ação articulada de diversos setores pode produzir resultados mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só (Giovanella et al., 2009). Garcia et al. (2014), em revisão de literatura sobre o tema, identificam um consenso sobre o potencial das ações intersectoriais para a transformação da realidade dos serviços, porém, concluem que as experiências analisadas não permitem avaliar sobre a continuidade e sustentabilidade das ações.

A análise dos resultados da Tabela 15 mostram a dificuldade de articulação intersetorial por parte das equipes, com avanços em poucos setores. Alencar et al. (2014) destacam em estudo com usuários no município de São Luís, que a oferta de serviços de saúde nas escolas e a intersetorialidade tiveram uma alta porcentagem de “não sabe” como resposta, demonstrando o desconhecimento da comunidade, a escassez de ações intersectoriais e a incipiente participação da mesma nos processos democráticos.

Outras abordagens sobre esse tema ressaltam dificuldades em torno da intersetorialidade: formação inadequada dos recursos humanos; necessidade de iniciativas gerais do município que respaldem as ações locais das ESF (Giovanella, et al., 2009); importância da interdisciplinaridade como diretriz nas graduações em saúde; e as rubricas dos orçamentos públicos, predominantemente setorializadas (Azevedo et al., 2012).

Uma problematização importante e que pouco consegue ser expressada pelos indicadores selecionados do PMAQ-AB para a discussão dessa temática, se refere ao papel do governo municipal na efetivação da intersetorialidade. Por mais que as equipes cumpram um papel de mediadoras e executoras dessas ações de promoção da saúde

intersetoriais, são as ações de planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores do município como um todo que podem contemplar uma série de respostas aos problemas do território. A concepção ampliada de saúde depende de reformas organizacionais que deem respostas concretas às necessidades da população (Papoula, 2006; Inojosa e Junqueira, 1997).

Há, portanto, a necessidade de ativação do sujeito nas ações intersetoriais, seja ele gestor, técnico, profissional ou usuário. Uma incorporação desse conjunto de sujeitos nos processos decisórios resulta em uma reflexão sobre prática profissional, privilegiando posturas solidárias e comprometidas (Azevedo et al., 2012). Ao mesmo tempo, a interface entre saúde e outros setores para a construção da cidadania pode ser expressa nos espaços institucionais, como as câmaras para a gestão da política local municipal e as experiências de orçamento participativo que ampliam a visão sobre os determinantes de saúde (Giovanella et al., 2009; Carvalho e Buss, 2008).

Cerca de 70% das equipes de atenção básica possuem canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões e mais de 80% relatam considerar a opinião do usuário para organização e qualificação do processo de trabalho (Tabela 16). Contudo, mais de 40% das equipes não têm um espaço decisório instituído como um conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente e menos de 1/3 dos usuários tiveram rapidamente algum retorno sobre sua sugestão ou reclamação. Em outras palavras, percebe-se aqui que não há espaço para o “empoderamento” dos grupos nas decisões relativas à sua saúde, conforme definem Carvalho e Buss (2008).

Ademais, a simples existência do conselho não informa sobre a qualidade da participação. Bispo Junior e Martins (2014) em discussão sobre os conselhos locais sinalizam diferentes fatores que contribuem para o baixo envolvimento da população nas instâncias decisórias, especialmente, a ausência de cultura participativa e baixa resolutividade do conselho em relação aos problemas comunitários. Segundo os autores há um ciclo vicioso que associa problemas na assistência prestada à ausência da participação popular (Bispo Junior e Martins, 2014).

Scorel e Moreira (2012), entretanto, aprofundam esse debate, identificando que os problemas dos conselhos relacionam-se às dificuldades da democracia representativa como um todo, sendo necessário fortalecer o potencial democrático desses espaços, evitando os existentes processos de cooptação dos grupos sociais. Os autores sinalizam dentre os desafios: a recuperação do papel político dos conselhos; o resgate da mobilização social das conferências; o respeito à diversidade de sujeitos políticos; e a mobilização de novos

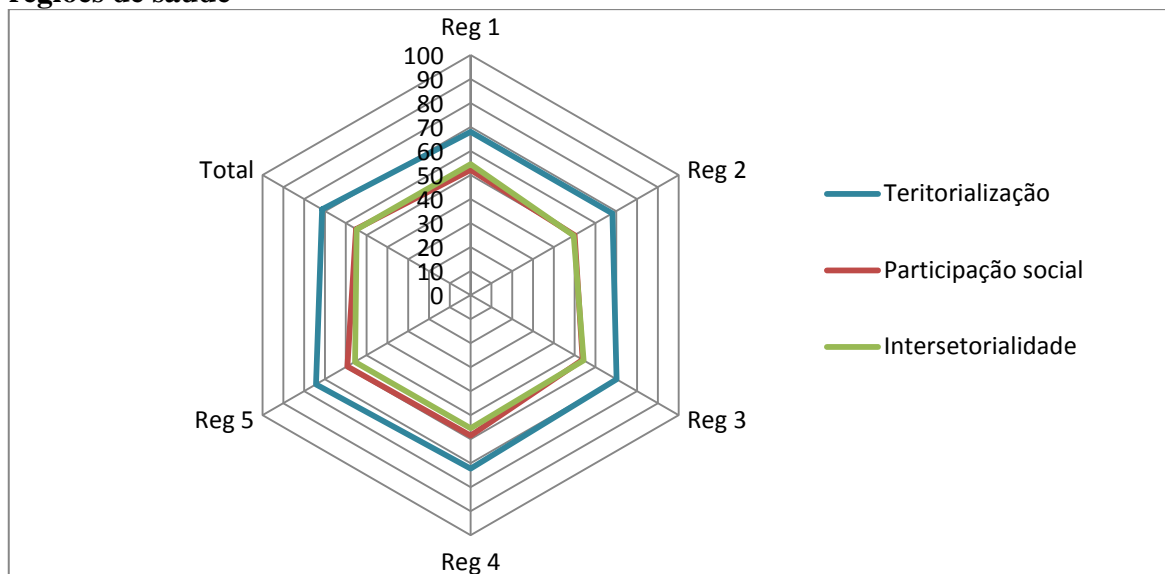
sujeitos políticos. Reforçam a necessidade de aumentar a democratização por meio da melhoria da representação nos conselhos e da qualidade dessa participação, instaurando um novo ciclo virtuoso: o exercício da democracia deliberativa resultando em aumento da efetividade dos conselhos e melhoria das políticas públicas (Escorel e Moreira, 2012).

Em síntese, pode-se dizer que orientação para a comunidade em geral, mostrou melhores resultados para territorialização e baixos resultados e insuficiência em relação a indicadores de intersectorialidade e participação social. Os resultados positivos em relação à territorialização, se referem à disponibilidade dos ACS e definição de área de abrangência da equipe. Contudo, importante destacar que esses melhores resultados provavelmente são influenciados pelo marco normativo (PNAB 2011) que vincula a existência de equipes completas (com ACS) e definição de área de abrangência para o repasse de financiamento da esfera federal aos municípios. Os mapas do território e planejamento, quando existentes, não consideram fatores essenciais voltados às necessidades da comunidade, assim como, a interlocução com outros setores é muito baixa. A percepção positiva dos profissionais sobre considerar a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, se contrapõe aos demais resultados insatisfatórios de participação social.

Do conjunto de 24 indicadores, todos foram considerados um padrão de referência para o atributo da orientação para a comunidade. Do total de indicadores, 2 se apresentaram no padrão muito bom (mais de 90% das respostas); 6 indicadores se expressaram com padrão bom (entre 75 e 89% das respostas) e 4 indicadores estiveram no padrão regular (entre 60 a 74% das respostas). O padrão inadequado (menor que 60% das respostas) foi visualizado em 12 indicadores – mais de 50%. A concentração dos indicadores em padrão muito bom ou bom está na disponibilidade e trabalho dos ACS, definição de área de abrangência com mapas do território e opinião do usuário para reorganização do processo de trabalho. E os indicadores de padrão inadequado se concentram na articulação com outros setores e nos indicadores de participação social.

O Gráfico 24 mostra uma síntese dos resultados por componente para o atributo da orientação para a comunidade.

Gráfico 24. Orientação para a comunidade: síntese dos componentes por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.6. ATRIBUTO CENTRALIDADE NA FAMÍLIA

O atributo centralidade na família visa a consideração do contexto e da dinâmica familiar a fim de dar melhores respostas às necessidades de cada membro. Pode ser avaliado por dois eixos principais na ação das equipes: as informações sobre família disponíveis nos prontuários, bem como, o conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família e sua maior ou menor capacidade de cuidado (Starfield, 2002). Das variáveis disponíveis no instrumento do PMAQ-AB constata-se a quase ausência de variáveis específicas deste atributo e ao mesmo tempo, uma valorização da visita domiciliar como forma de abordagem familiar.

Os indicadores selecionados para análise deste atributo buscam identificar quais são as estratégias e a forma de organização das equipes para possibilitar o cuidado e acompanhamento à família, em complementação ao cuidado individual.

5.6.1. Abordagem familiar

Os indicadores da abordagem familiar abarcam principalmente duas perspectivas: de registro/comprovação das ações voltadas à família e de visita domiciliar. Abrange ações relacionadas ao acompanhamento e ao cuidado prestado à família, seja na organização do prontuário, seja no atendimento realizado no domicílio.

Na Tabela 17 e no Gráfico 25 são apresentados os indicadores para abordagem familiar. A grande maioria das equipes (78,7%) comprova a organização dos prontuários por núcleos familiares. Na quase totalidade das equipes (99,6%), as visitas domiciliares são realizadas tanto por ACS como por outros membros das equipes. 93,0% visitam as famílias com periodicidade distinta, de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade e 96,0% registram as consultas ou atendimentos realizados no domicílio. Todavia, somente 49,5% dos usuários referem que profissionais perguntam por seus familiares, 85,1% dos usuários recebem visita dos ACS e 29,5% já receberam visita de outros profissionais de saúde.

Observa-se uma mínima variação na maior parte dos indicadores segundo os diferentes grupos de regiões de saúde. Uma diferença importante pode ser observada na organização dos prontuários por núcleos familiares, com os extremos de 69,2% nas regiões de médio/alto DSE e baixa oferta (Reg 2) e 84,8% nas regiões de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1). Neste atributo, outra observação é que, apesar da baixa variabilidade, as Reg 2 agregam, em geral, os piores resultados.

Para o atributo centralidade da família, alguns avanços podem ser identificados em relação à visita domiciliar, realizada tanto pelos ACS, como por outros profissionais de

saúde e uma priorização dessas visitas de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade. Contudo, faltam elementos fundamentais para uma abordagem dos profissionais que envolva mais diretamente a família como um todo.

Tabela 17. Centralidade na família: indicadores do componente abordagem familiar, por grupos de regiões de saúde

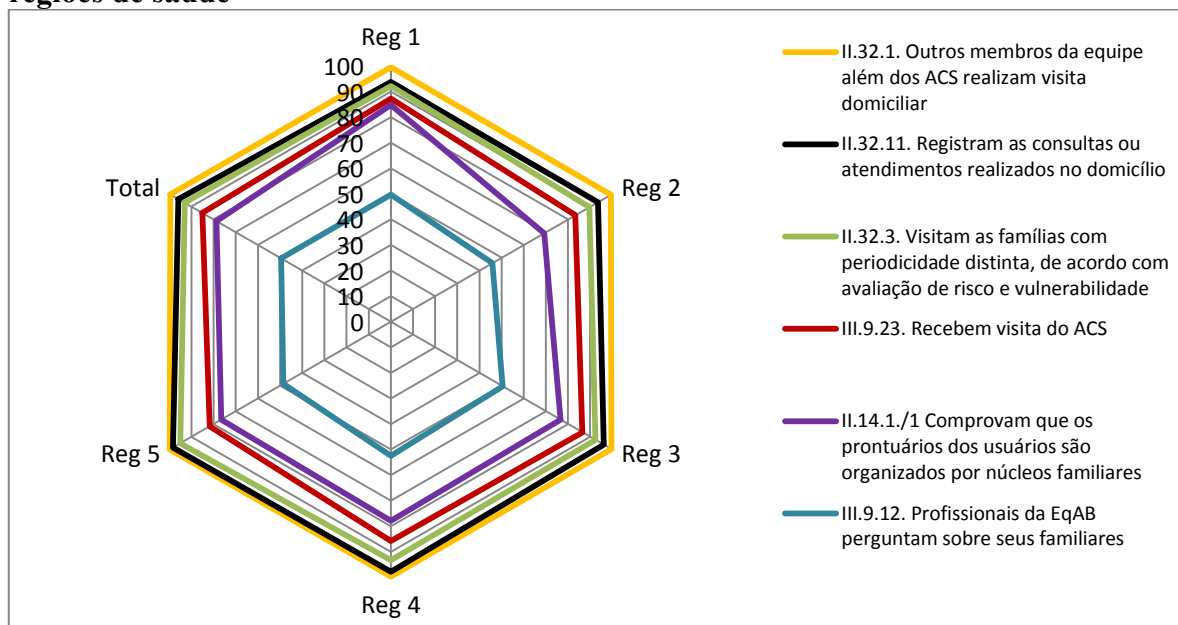
INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.14.1./1 Comprovam que os prontuários dos usuários são organizados por núcleos familiares	4378	84,8	862	69,2	2948	76,7	1049	77,9	3789	76,6	13026	78,7
II.32.1. Outros membros da equipe além dos ACS realizam visita domiciliar	5132	99,5	1238	99,4	3829	99,6	1342	99,6	4936	99,8	16477	99,6
II.32.3. Visitam as famílias com periodicidade distinta, de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade	4752	92,1	1117	89,6	3553	92,4	1255	93,2	4704	95,1	15381	93,0
II.32.11. Registram as consultas ou atendimentos realizados no domicílio	4838	93,8	1164	93,5	3695	96,1	1317	97,8	4868	98,4	15882	96,0
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
Usuários												
III.9.12. Profissionais da EqAB perguntam sobre seus familiares	10267	49,7	2242	45,8	7660	50,5	2857	52,5	9336	48,5	32362	49,5
III.9.23. Recebem visita do ACS	18023	87,3	4081	83,3	13123	86,5	4671	85,8	15726	81,8	55624	85,1
III.9.24. Recebem visita de outros profissionais de saúde*	6301	30,5	1338	27,3	4165	27,5	1532	28,1	5981	31,1	19317	29,5
<i>N usuários</i>	<i>20646</i>		<i>4897</i>		<i>15168</i>		<i>5446</i>		<i>19234</i>		<i>65391</i>	
MÉDIA		76,8		72,6		75,6		76,4		75,9		75,9

* Indicador não considerado para o padrão de referência.

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 25. Indicadores padrão de referência da abordagem familiar, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.6.2. Discussão

A análise do atributo centralidade na família foi insuficiente, devido à ausência de variáveis no instrumento do PMAQ-AB sobre o cuidado às famílias. As informações possíveis de ser captadas se limitaram ao registro e visita domiciliar. Em geral, estudos apontam que este atributo ainda é incipiente na organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica, com resultados ligeiramente mais altos no PSF em comparação à UBS tradicional (Elias et al., 2006; Ibañez et al., 2006; Van Stralen et al., 2008).

Já o estudo de Chomatas et al. (2013), em Curitiba, difere dos demais, pois encontra altos escores para centralidade na família e orientação para a comunidade. Tais resultados foram atribuídos pelos autores, à incorporação de princípios da APS em Curitiba, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária. (Chomatas et al., 2013).

Chama a atenção a positividade das respostas para o indicador “as EqAB registram as consultas ou atendimentos realizados no domicílio”, com resultados superiores a 90% das equipes, visto a rotineira dificuldade na qualidade dos registros na Atenção Básica em geral, identificado em diferentes estudos (Almeida, 2010; Vasconcellos et al., 2008; Silva et al., 2014) Uma hipótese é que esse indicador possa ser compreendido somente como quantitativo, ou seja, a EqAB tem listado o número de consultas ou atendimentos de domicílio, um dado inclusive utilizado para compor o preenchimento do antigo sistema de

informação da Atenção Básica (SIAB), ou mais precisamente o relatório de produção e marcadores para avaliação (PMA2). Neste caso, uma melhor pergunta seria sobre o “registro em prontuário”, que minimamente detalharia as intervenções na visita.

Os indicadores relacionados à visita domiciliar (quem realiza e periodicidade) também apresentam altos resultados, tanto sob o ponto de vista dos profissionais como dos usuários. Uma discussão importante se refere à abordagem da família nessas visitas e às competências e habilidades que os profissionais da ESF precisam ter para uma prática diferenciada com as famílias. Silva (2010) chama a atenção para as visitas domiciliares com objetivos pré-definidos, com foco no campo biológico em detrimento de outros aspectos para uma atenção integral como as condições de vida e relações familiares. Nesse sentido, o indicador “as EqAB visitam as famílias com periodicidade distinta, de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade”, compreendendo a amplitude do risco e vulnerabilidade na Atenção Básica pautada nos determinantes sociais, traz resultados interessantes.

Muitas vezes a identificação do problema em uma visita domiciliar consegue ser realizada, mas uma atuação efetiva depende de campos de conhecimentos distintos, ausentes na formação, limitado no apoio matricial e insuficiente na educação permanente dos profissionais (Silva, 2010). Na mesma lógica, é preciso destacar a formação para o profissional ACS, a fim que ele possa obter um posicionamento crítico sobre sua prática de trabalho, evitando as possíveis posições autoritárias e invasivas que esta categoria profissional também está sujeita (Campos e Matta, 2007). A atuação do ACS, ao “entrar” na casa das famílias precisa estar acompanhada de uma série de reflexões éticas, visto que envolve a privacidade das relações familiares, a intimidade dos seus costumes e os conflitos familiares. (Campos e Matta, 2007).

Os baixos valores no indicador “Usuários recebem visita de outros profissionais de saúde” não podem ser considerados negativos, pois é uma necessidade que varia de acordo com o território e o perfil de risco e vulnerabilidade da população.

Em nossa pesquisa, a organização dos prontuários dos usuários por núcleos familiares, com cerca de 80% das respostas foi um resultado positivo, apesar desse indicador não dizer sobre a qualidade do registro, como foi discutido anteriormente. Silva (2010) mostra em seu estudo nas UBS de Manaus, que a qualidade dos registros é insatisfatória:

Os registros sobre o núcleo familiar se dão de forma incompleta e insuficiente, sem interlocução entre os membros da família. (...) o prontuário familiar encontra-se fragmentado com as fichas de Assistência Médica Sanitária dos integrantes da família separadas por programas prioritários e a ficha de cadastro das famílias com dados socioeconômicos sob a guarda do ACS dificultando sua consulta por parte dos demais membros das ESF. A visita domiciliar é por sua vez uma prática mais direcionada aos indivíduos do que às famílias. (Silva, 2010: vii)

Em estudo de Pereira et al. (2008), a partir de manual de acreditação, verificou-se que não houve implantação massiva do uso do prontuário familiar e do genograma nos municípios estudados. O elevado número de prontuários em inconformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde ou mesmo, a não utilização do prontuário familiar, intensifica a necessidade de capacitação sobre instrumentos de abordagem familiar (Pereira et al., 2008).

Silva et al. (2014) destacam a centralidade da família como incipiente em âmbito nacional, com foco na abordagem hegemônica apenas sobre o indivíduo. Tal afirmação se relaciona ao indicador mais específico sobre abordagem familiar questionado aos usuários: “os profissionais da EqAB perguntam sobre seus familiares”, com os piores resultados (abaixo de 50% das respostas). As autoras (Silva et al., 2014) ressaltam a limitação do cadastramento familiar às condições do domicílio e não das características da família, o que é reforçado pela principal forma de cadastro na época: a ficha A do sistema de informação de atenção básica (SIAB). A crítica das autoras, que o SIAB não contempla as relações de parentesco entre as famílias, hoje foi solucionada pela ficha de cadastro domiciliar do novo sistema de informação da Atenção Básica – SISAB. Da mesma forma, nesse sistema, há a identificação de um responsável familiar no próprio registro.

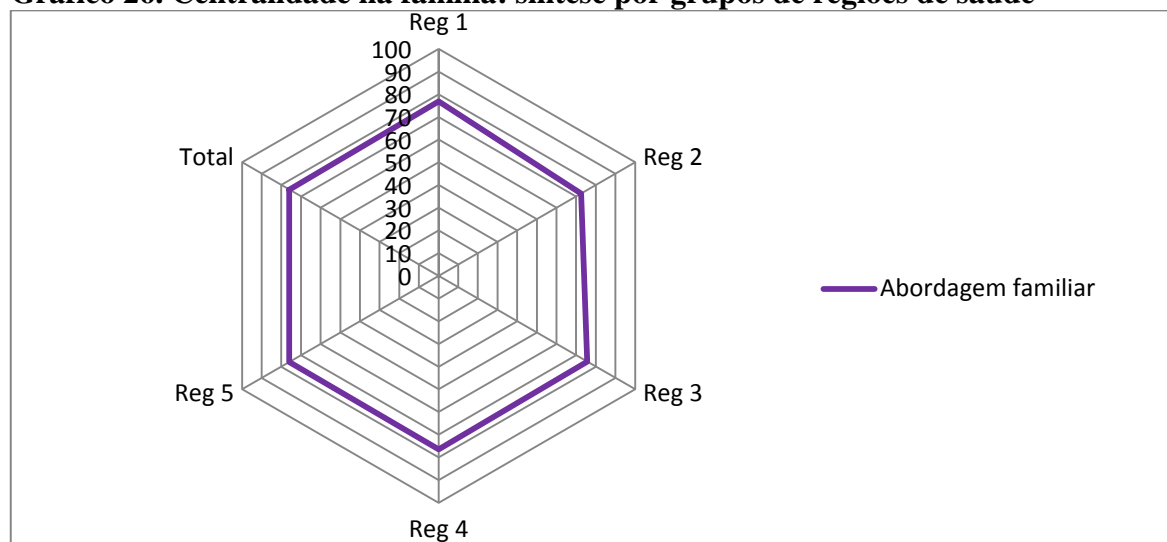
Em resumo, apesar de poucos indicadores e num geral, esse atributo não apresentar baixos resultados, os avanços mais nítidos estão relacionados à visita domiciliar e há deficiência nos demais elementos relacionados à abordagem familiar como: organização dos prontuários por núcleos familiares, qualidade nos registros e uma abordagem dos profissionais que envolva a família como um todo.

Do total de 7 indicadores, estabeleceu-se 6 como padrão de referência para o atributo centralidade na família. O padrão muito bom (mais de 90% das respostas) foi encontrado em 3 indicadores, o padrão bom (entre 75 e 89% das respostas) se expressou em 2 indicadores, enquanto nenhum indicador esteve no padrão regular e 1 indicador se localizou no padrão inadequado. Os melhores indicadores estão concentrados na

organização das visitas domiciliares e o pior indicador é se os profissionais da EqAB perguntam sobre os familiares dos usuários.

O Gráfico 26 mostra uma síntese dos resultados para o atributo da centralidade na família.

Gráfico 26. Centralidade na família: síntese por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.7. ATRIBUTO COMPETÊNCIA CULTURAL

A competência cultural implica no reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, culturais e diferentes representações sociais dos processos saúde-doença (Starfield, 2002).

O atributo da competência cultural contribui para uma compreensão da dinâmica individual e de grupos sociais que se expressa em um cuidado mais integral (Muller, et al., 2007). Seu foco expande a noção simples do profissional de saúde “considerar as crenças” para envolver diferentes elementos como a mobilização intersetorial, a dinâmica familiar e as redes de apoio social. Importante destacar o papel da cultura e do biológico como complementares (Targa e Oliveira, 2012).

5.7.1. Abordagem cultural

De antemão, observa-se fragilidade do instrumento do PMAQ-AB na abordagem competência cultural e dificuldade para a escolha de variáveis, visto que poucas delas conseguem refletir aspectos da competência cultural. As variáveis selecionadas envolvem a adoção de estratégias terapêuticas mais adequadas à realidade aos usuários, incluindo as possíveis necessidades especiais de grupos populacionais específicos.

A Tabela 18 e o Gráfico 27 apresentam os quatro indicadores selecionados para a abordagem cultural. Pode-se observar na média Brasil, que apenas 18,8% das equipes ofertam o serviço de práticas integrativas e complementares, 32,2% realizam ações gerais para a população rural, assentados e quilombolas e somente 11,6% ofertam atendimento à essa população. Ao mesmo tempo, 90,3% usuários entrevistados responderam sempre se sentir respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião.

No que se refere à distribuição segundo diferentes grupos de regiões de saúde, constata-se uma variação importante na oferta de práticas integrativas e complementares, que apesar de baixa em todos os grupos, apresenta-se maior nas Reg 5 (31,1%) e menor nas Reg 1 (11,4%) e Reg 3 (12,6%). Em relação às ações ofertadas para a população rural, assentados e quilombolas destaca-se positivamente as respostas das Reg 1 (46,8%) e das Reg 2 e 3 (com cerca de 39% cada), em contraposição com os 12,0% das Reg 5 e 22,7% das Reg 4. Essa situação se agrava quando o tema é “atendimento” a população rural, assentados e quilombolas, com os extremos de 21,8% de respostas nas Reg 2 e 3,0% nas Reg 5.

Os indicadores do componente abordagem cultural mostram-se insuficientes para a

análise desse atributo, visto as limitações do instrumento do PMAQ-AB e da própria política nacional de AB nessa temática. Apesar de uma análise superficial, os dados apontam para uma dificuldade de acesso e de cuidado a diferentes grupos populacionais. Isso é expresso pela baixa oferta de serviços à população rural, assentada e quilombola em especial nos grandes centros, e de poucas equipes oferecendo práticas integrativas e complementares como forma de cuidado. Uma noção interessante parece ser o respeito das equipes aos padrões culturais dos usuários.

Tabela 18. Competência Cultural: indicadores do componente abordagem cultural, por grupos de regiões de saúde

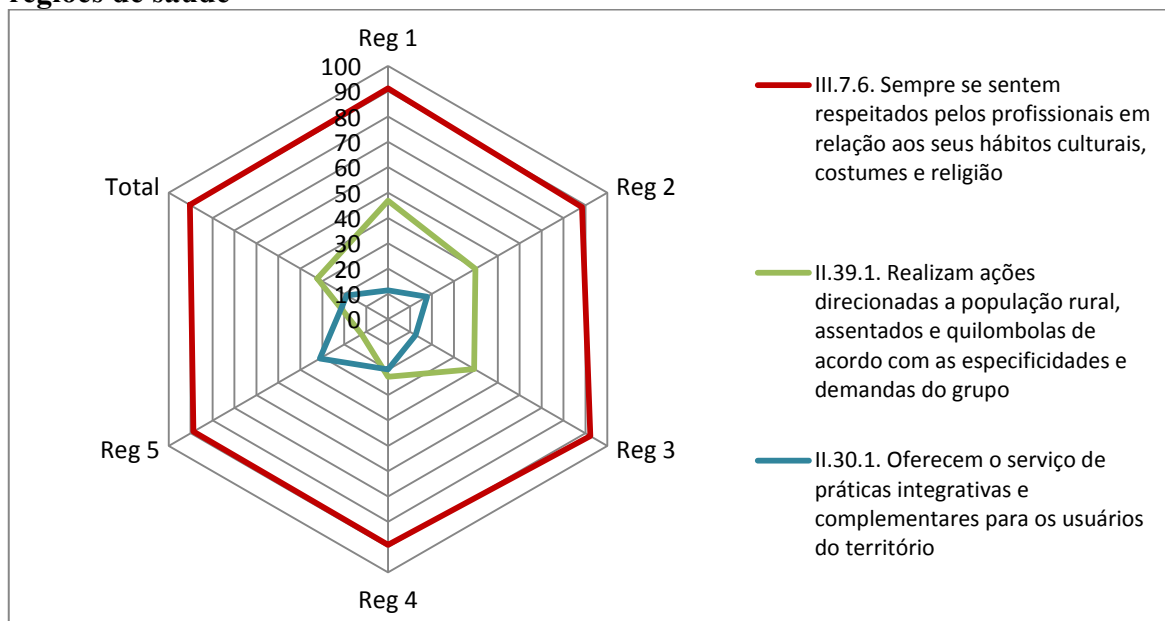
INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.39.1. Realizam ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo	2417	46,8	495	39,8	1510	39,3	306	22,7	591	12,0	5319	32,2
II.39.2. Atendem a população rural, assentada e quilombola*	974	18,9	272	21,8	401	10,4	116	8,6	148	3,0	1911	11,6
II.30.1. Oferecem o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território	590	11,4	221	17,8	486	12,6	267	19,8	1540	31,1	3104	18,8
<i>N EqAB</i>	<i>5160</i>		<i>1245</i>		<i>3844</i>		<i>1347</i>		<i>4945</i>		<i>16541</i>	
Usuários												
III.7.6. <i>Sempre</i> se sentem respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião	18803	91,1	4332	88,5	13980	92,2	4854	89,1	17077	88,8	59046	90,3
<i>N usuários</i>	<i>20646</i>		<i>4897</i>		<i>15168</i>		<i>5446</i>		<i>19234</i>		<i>65391</i>	
MÉDIA		42,1		42,0		38,6		35,1		33,7		38,2

* Indicador não considerado para o padrão de referência

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 27. Indicadores padrão de referência da abordagem cultural, por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.7.2. Discussão

A análise do atributo competência cultural foi insuficiente, devido à ausência de variáveis no instrumento do PMAQ-AB. Dentre os escassos indicadores selecionados, observou-se resultado positivo em relação à percepção dos usuários em sempre se sentir respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião. Chama a atenção esse indicador com mais de 90% dos usuários respondendo positivamente. Todavia, de forma isolada, ele não traz elementos suficientes para a análise da interculturalidade.

Os resultados relacionados à população rural, assentada e quilombola, assim como, a oferta de práticas integrativas e complementares (PIC), foram em geral baixos, com diferença entre as regiões de saúde. Ao mesmo tempo, é importante destacar uma dificuldade em saber que percentuais seriam o melhor padrão de resposta para esses indicadores, visto que depende da distribuição de população específica (rural, assentada e quilombola) no território dos municípios. Ou seja, há de se compreender se os maiores percentuais estão relacionados aos locais de moradia dessas populações específicas.

Cunha (2009) aborda um aspecto em seu estudo em Camaragibe (PE) e Belo Horizonte (MG): parte dos profissionais entrevistados reconhece a interferência dos aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais na condição de saúde e para a adesão

do usuário ao tratamento, todavia, esse reconhecimento não foi suficiente para gerar registros em prontuários ou condutas diferenciadas.

No México, González et al. (2014), destacam que uma das queixas constantes na percepção dos usuários se refere ao atendimento não humanizado, impessoal e discriminação nos serviços de saúde. Seja para os grupos indígenas e rurais, seja para mulheres, idosos, homossexuais, pacientes com HIV ou de saúde mental, as críticas se referem ao desrespeito à privacidade, indiferença às suas opiniões e desinformação dos profissionais de saúde. Como resultado, os autores observam uma percepção negativa e resistência aos serviços de saúde, o abandono do tratamento e em casos extremos, o choque cultural (González, et al., 2014).

Partindo da observação que as Reg 5 são as que mais ofertam serviços em geral e as que mais capacitam profissionais em diferentes temas, um ponto a se avaliar é se as práticas integrativas e complementares (PIC) nos grandes centros estão em consonância com a cultura popular brasileira ou se referem à inserção de terapias alternativas convenientes ao serviço. O tema é abordado por Veiga Junior (2008) em municípios do Rio de Janeiro. Seus achados apontam que as plantas medicinais são a principal forma de tratamento para mais de 60% dos entrevistados, mesmo com a disponibilidade de medicamentos alopáticos. Isso foi visualizado de 3 formas: automedicação, uso em conjunto com o medicamento alopático ou em substituição a esse. O autor mostra que falta compreensão dos profissionais sobre a cultura de utilização de plantas medicinais pelos usuários e uma preferência por ofertar serviços que não fazer parte da cultura popular brasileira, como a acupuntura. (Veiga Junior, 2008).

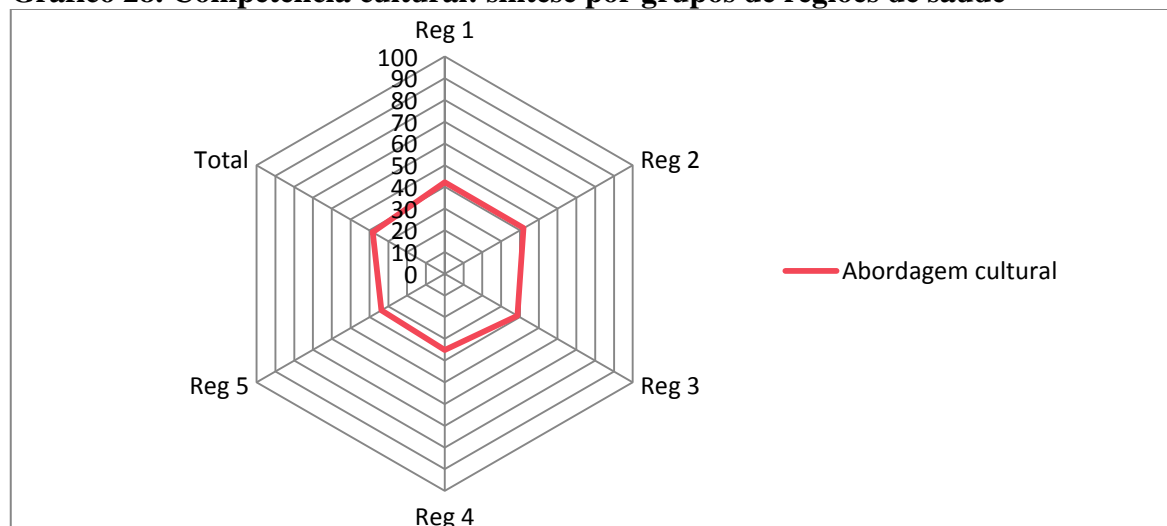
Estudos sobre a PIC a sintetizam como uma “política de inclusão terapêutica”, com foco na complementariedade, ampliando a variedade de opções para o cuidado integral em saúde. As PIC valorizariam os recursos não biomédicos, à medida que enriquecem as estratégias de diagnóstico/terapêuticas e favorecem a integração de novos saberes e racionalidades ao tradicional saber biomédico (Andrade e Costa, 2010). Para incluir as PIC na APS deve-se considerar a necessidade: de ampliar as pesquisas sobre o tema, de inserir as PIC na formação profissional e atualizações, de estabelecer maior relação entre cuidadores tradicionais e profissionais da rede e de organizar lista de fitoterápicos e plantas medicinais recomendadas pelos sistemas de saúde (Schveitzer et al., 2012).

Do total de 4 indicadores, estabeleceu-se 3 como padrão de referência para o atributo competência cultural. O padrão muito bom (mais de 90% das respostas) foi encontrado em 1 indicador e o padrão inadequado (menos de 60% das respostas) se

expressou em 2 indicadores. O atributo apresentou baixos resultados para ações envolvendo grupos populacionais específicos, destacando-se positivamente a percepção dos usuários sobre respeito dos profissionais aos seus hábitos culturais, costumes e religião.

O Gráfico 28 mostra uma síntese dos resultados para o atributo da competência cultural.

Gráfico 28. Competência cultural: síntese por grupos de regiões de saúde



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

5.8. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS NACIONAIS – CICLOS 1 E 2 PMAQ-AB

A seguir são comparados os resultados nacionais das variáveis selecionadas por atributo entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. Através dessa análise, busca-se apontar tanto possíveis mudanças no instrumento em relação aos indicadores analíticos sobre os atributos da APS, como identificar possíveis resultados superiores, inferiores ou mantidos, nos dois anos da avaliação externa (2012 e 2014). Antes disso, serão feitas algumas considerações a respeito da análise do instrumento dos dois ciclos.

Em relação aos instrumentos dos ciclos 1 e 2, observa-se uma similaridade em relação às suas subdimensões, apesar de diferenças em organização e em algumas variáveis. As subdimensões exclusivas do ciclo 1, se referem ao tema de saúde bucal, modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica, equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e planejamento familiar. Alguns cuidados específicos como câncer de colo de útero e de mama, hipertensão arterial e diabetes apresentavam-se com uma subdimensão específica no ciclo 1 e dispersaram-se na subdimensão atenção à saúde e outras, no ciclo 2. No segundo ciclo, portanto, criaram-se as subdimensões NASF, atenção à saúde, exames solicitados pela equipe de atenção básica e realizados pela rede de serviços e incluiu-se grupos específicos como atenção à pessoa com obesidade e tabagista.

Observa-se tanto no ciclo 1, como no ciclo 2, uma priorização de padrões de qualidade relacionados à infraestrutura, o que se reflete pelo número de variáveis existentes nos respectivos módulos I. Nesse aspecto da infraestrutura, a maior parte das variáveis se concentra nos medicamentos, equipamentos e materiais e infraestrutura da Unidade de Saúde.

Em relação ao módulo II, há uma concentração de variáveis nos ciclos 1 e 2 em temas diferenciados, estando o acolhimento à demanda espontânea e o planejamento da equipe da atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe, com uma concentração de variáveis nos dois ciclos. No ciclo 1, destacam-se o planejamento familiar, além do tempo de espera para atendimento especializado e referências especializadas para saúde bucal. Já no ciclo 2, os temas que prevalecem são núcleo de apoio à saúde da família e formação e qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica.

No que se refere ao módulo III, percebe-se no ciclo 2, uma redução considerável de variáveis no tema de vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, em relação ao

ciclo 1. O maior número de variáveis se concentra na saúde da mulher, gravidez e pré-natal e saúde da criança.

Na observação dos instrumentos, os atributos mais claramente identificados em sua organização, são primeiro contato (horário de funcionamento, acolhimento, agendamento), integralidade (escopo de ações) e coordenação, sendo este último, o único com subdimensão específica.

Conforme explicitado na metodologia, no ciclo 1 foram consideradas somente as UBS que tinham módulos de infraestrutura, entrevista com a equipe e usuários, totalizando 13.749 UBS, 16.541 equipes e 65.391 usuários, correspondendo às equipes que aderiram ao PMAQ-AB. A fim de facilitar uma visualização de possíveis mudanças nos resultados entre um ciclo e outro, para a comparação com o ciclo 2 utilizou-se as mesmas UBS analisadas no ciclo 1, totalizando em comum: 12.985 UBS, 15.208 equipes e 58.425 usuários das EqAB. Essas UBS foram chamadas de compatíveis, ou seja, UBS/equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1. Para complementação da análise, foram apresentados também os resultados referentes ao total de entrevistas de avaliação externa do ciclo 2, o que representou 24.055 UBS, 29.778 equipes e 114.615 usuários, aproximadamente o dobro das equipes compatíveis entre ciclo 1 e ciclo 2.

Cabe ressaltar que, por mais que se considere a importância e o alinhamento do PMAQ-AB a uma série de outras iniciativas nacionais do Ministério da Saúde como Programa Mais Médicos, Programa Requalifica UBS, e-SUS AB, etc., seriam necessários outros estudos e maior tempo de existência dos programas para avaliar o impacto dessas iniciativas na qualidade da APS. Em outras palavras, independente dos resultados obtidos entre um ciclo e outro do PMAQ-AB, não se pretende atribuir o impacto dos resultados ao Programa, visto que um estudo dessa envergadura demandaria outra metodologia e aprofundamento.

Em cada tabela são apresentados apenas os indicadores que possuem variável compatível nos dois ciclos. O questionário do PMAQ-AB vem sendo revisado a cada ciclo. Nessas revisões, algumas variáveis são excluídas, outras reformuladas e novas introduzidas. A fim de facilitar a visualização da evolução dos resultados de cada atributo entre os ciclos 1 e 2, construiu-se os gráficos 29 a 35, em teia, com as variáveis no eixo, comparando os resultados. Do total de variáveis selecionadas para análise do ciclo 1, 99 estavam contempladas no ciclo 2. Além dessas, 6 variáveis exclusivas do ciclo 2 foram listadas nas tabelas.

A Tabela 19 e o Gráfico 29 apresentam os indicadores PMAQ-AB de **primeiro contato** selecionados no ciclo 1 que possuem variável compatível no questionário do ciclo 2. Não houve uma variação considerável no instrumento sobre esse tema, pois do total de 19 indicadores padrão de referência no ciclo 1, 17 apresentaram variável equivalente no ciclo 2. As variáveis sem correspondência no ciclo 2 se referem à escuta das necessidades de todos os usuários que chegam a UBS espontaneamente, à busca da UBS para atendimento de urgência e emergência.

Os resultados de quatro das seis variáveis referentes ao horário de funcionamento, no ciclo 2 apresentaram pequena elevação. Houve uma ligeira redução nas UBS que funcionam 8h ou mais no dia (de 89,0% para 83,5%) e na oferta de atendimento aos fins de semana (de 11,0% para 4,3%). Verificou-se um maior percentual de usuários avaliaram como perto ou razoável a distância da UBS até a sua casa (de 86,7% para 92,3%). E em relação ao acolhimento, observou-se melhora em todos os aspectos, o que envolve a implantação do acolhimento (de 80,1% para 97,7%) e a capacitação dos profissionais (de 57,8% para 72,9%). Da mesma forma, a percepção dos usuários foi mais positiva: com relação à escuta sem ter hora marcada (de 78,9% para 85,8%) e a forma como são acolhidos como boa ou muito boa (de 66,1% para 82,7%).

Os indicadores do agendamento da consulta na AB também expressam resultados superiores no ciclo 2, referentes à reserva de vagas para atendimento no mesmo dia (de 64,0% para 88,3%) e no caso de usuários que não façam parte de grupos prioritários, 91,3% conseguem sair da UBS com a consulta marcada. Todavia, somente segundo os profissionais, 61,2% das equipes afirmam que as consultas são agendadas em qualquer dia, qualquer horário. O dobro de usuários dizem conseguir marcar consulta na UBS a qualquer hora (de 28,0% para 60,8%), mais usuários têm sua consulta marcada pelo ACS (de 11,6% para 19,2%) enquanto menos usuários precisam pegar ficha e fazer fila antes da UBS abrir (de 30,6% para 24,4%). Contudo, menos usuários afirmaram a possibilidade de marcar consulta todos os dias da semana (de 55,0% para 49,2%). Quanto ao atendimento de urgência e emergência, mais equipes afirmam realizar esse tipo de atendimento (95,6%). A variável dos usuários difere do ciclo 1, em que a afirmação era sobre o uso, enquanto no ciclo 2, a pergunta é se os usuários contam com a UBS para este tipo de atendimento caso necessite (89,1%).

Em síntese, pode-se dizer que houve uma melhora entre os resultados do ciclo 1 e ciclo 2 no atributo primeiro contato, porém, a dificuldade de agendamento de consulta na AB em qualquer dia da semana se mantém como uma importante barreira organizacional

de acesso.

Tabela 19. Primeiro contato: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ- AB	
	n	%	n	%	n	%
Horário de funcionamento						
UBS						
I.7.1. e I.8.1. Oferecem 2 ou mais turnos de atendimento ⁶	13052	94,9	12810	98,6	23766	98,8
I.7.3. e I.8.2. Funcionam 5 ou mais dias na semana	13046	93,4	12673	97,6	23525	97,8
I.7.4. e I.8.5. Funcionam 8 horas/dia ou mais	12232	89,0	10841	83,5	19639	81,6
I.7.6. e I.8.2. Oferecem atendimento nos fins de semana	1641	11,9	555	4,3	1243	5,2
<i>N UBS</i>	<i>13749</i>		<i>12985</i>		<i>24055</i>	
Usuários						
III.5.7. e III.5.7. O horário de atendimento desta UBS atende às suas necessidades	56043	85,7	50547	86,5	98198	85,7
III.5.2. e III.5.2. A distância da sua casa até a UBS é perto ou razoável	56720	86,7	53932	92,3	105508	92,1
<i>N usuários</i>	<i>65391</i>		<i>58425</i>		<i>114615</i>	
Acolhimento						
EqAB						
II.15.1. e II.12.1. Está implantado o acolhimento na UBS	13255	80,1	14857	97,7	28866	96,9
<i>N EqAB</i>	<i>16541</i>		<i>15208</i>		<i>29778</i>	
II.15.9. e II.12.18. Os profissionais que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	7660	57,8	10259	69,1	18937	65,6
<i>N EqAB com acolhimento implantado</i>	<i>13255</i>		<i>14857</i>		<i>28866</i>	
Usuários						
III.7.1. e III.7.3. Na maioria das vezes que vão a UBS sem ter hora marcada, conseguem ser escutados	43453	78,9	30476	85,8	57665	85,3
III.7.4. e III.7.2. Consideram muito bom ou bom, a forma como é acolhido(a) ao procurar o serviço	36420	66,1	29384	82,7	55700	82,4
<i>N usuários que alguma vez foram a UBS sem ter hora marcada</i>	<i>55077</i>		<i>35507</i>		<i>67570</i>	
Agendamento da consulta na AB						
EqAB						
II.15.14./1 e II.12.6 ^{***} . Comprovam que caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia	10585	64,0	13425	88,3	25321	85,0
II.15.17. e II.12.9. Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de grupo de atendimento programado na UBS, ele consegue sair com a consulta marcada	13800	83,4	13878	91,3	26697	89,7
II.16.12. e II.12.12. As consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário	9172	55,5	9310	61,2	17863	60,0

⁶ Com apoio do estatístico da Pesquisa Regiões e Redes, foi realizada uma primeira aproximação comparando as UBS comuns entre os ciclos 1 e 2. Observou-se a evolução desta variável analisada com teste estatístico não paramétrico McNemar, concluindo que as proporções foram diferentes entre os ciclos 1 e 2.

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB#		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ- AB	
	n	%	n	%	n	%
<i>N EqAB</i>	16541		15208		29778	
Usuários						
III.6.1. e III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS a qualquer hora e marcam o atendimento	18325	28,0	35497	60,8	68486	59,8
III.6.1. e III.6.1. Para marcar consulta na UBS, marcam por telefone	1464	2,2	3485	6,0	6190	5,4
III.6.1. e III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS, mas tem que pegar ficha*	15314	23,4	13452	23,0	26438	23,1
III.6.1. e III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da UBS abrir*	19984	30,6	14262	24,4	27718	24,2
III.6.1. e III.6.1. O agente comunitário de saúde marca a consulta*	7602	11,6	11207	19,2	22493	19,6
<i>N usuários</i>	65391		58425		114615	
III.6.2. e III.6.2. A marcação de consultas pode ser feita todos os dias da semana	35807	55,3	27501	49,2	52917	47,0
<i>N usuários que fazem marcação nesta UBS</i>	64792		55912		112516	
Atendimento de urgência e emergência						
EqAB						
II.15.8. e II.12.8. Realizam atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde	12054	72,9	14533	95,6	27980	94,0
<i>N EqAB</i>	16541		15208		29778	
Usuários						
III.7.7. O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite**	-	-	23824	89,1	43870	88,8
<i>N usuários que alguma vez procurou atendimento de urgência</i>			26734		49419	

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

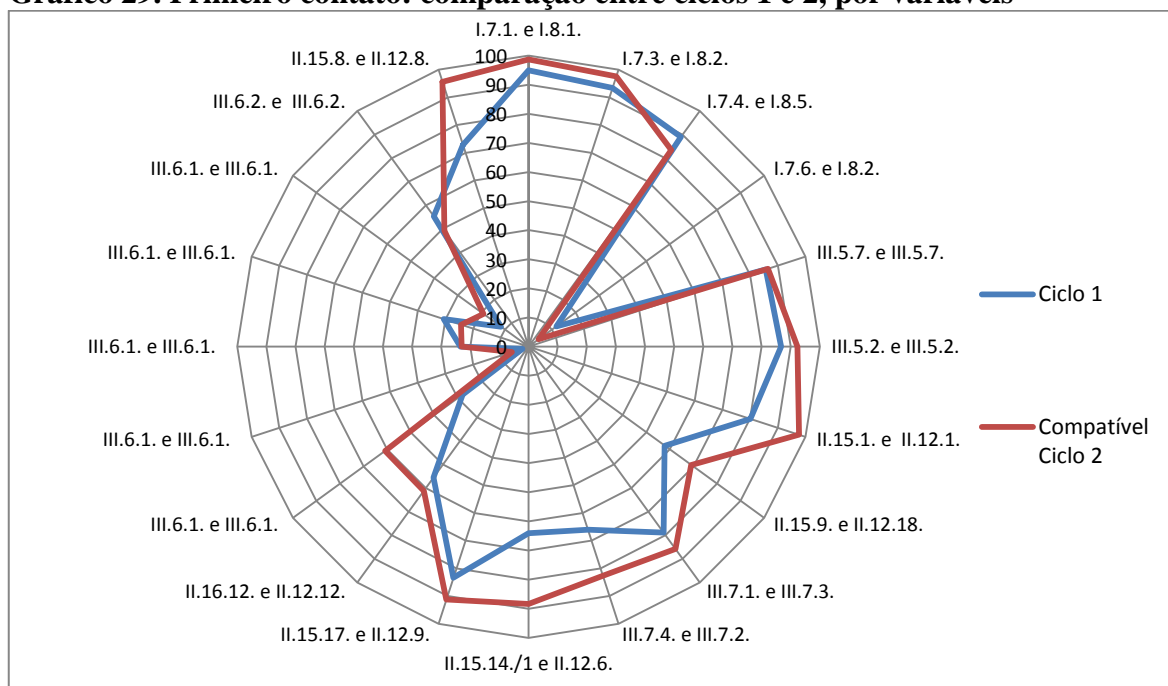
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

** Variável exclusiva do ciclo 2.

*** No ciclo 2 essa variável não se refere a comprovação.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 29. Primeiro contato: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Na Tabela 20 e no Gráfico 30 são apresentados os indicadores PMAQ-AB de **longitudinalidade** selecionados no ciclo 1 que possuem variável equivalente no questionário do ciclo 2. Não houve uma variação considerável no instrumento sobre esse tema, pois do total de 12 indicadores padrão de referência no ciclo 1, 10 apresentaram variável equivalente no ciclo 2. As variáveis sem correspondência no ciclo 2 se referem à lembrança dos profissionais sobre as últimas consultas com os usuários e à possibilidade de escolha da equipe que lhe atende na visão do usuário.

Em relação à continuidade da relação profissional-paciente, observa-se resultados inferiores no ciclo 2 para quatro das seis variáveis. Nas visitas domiciliares, um percentual menor de ACS realizam a busca ativa de hipertensos faltosos (de 87,8% para 74,1%) e somente 57,9% dos usuários (no ciclo 1, 64,2%) receberam uma visita da equipe à criança com até 7 dias de vida. Todavia, mais usuários afirmam que ao interromper o tratamento ou não comparecer à consulta, os profissionais os procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento (de 42,9% para 48,0%).

No que se refere à qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), houve resultados melhores nos quatro indicadores, ainda que a maioria apresente uma diferença pequena entre os dois ciclos. O destaque de resultados superiores no ciclo 2 se refere aos

usuários *sempre* se sentirem à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações e problemas (de 54,7% para 67,7%).

Em resumo, observa-se manutenção no comportamento das variáveis entre os resultados do ciclo 1 e ciclo 2 no atributo longitudinalidade, uma vez que a continuidade da relação profissional-paciente identificada como inadequada se manteve e teve resultados ainda inferiores, ao mesmo tempo que o vínculo apresentou melhora principalmente sobre o usuário sentir-se à vontade com a equipe, contudo, com resultados ainda baixos em relação ao padrão esperado.

Tabela 20. Longitudinalidade: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Ciclo 2 PMAQ- AB	
	n	%	n	%	n	%
Continuidade da relação profissional-paciente						
EqAB						
II.3.5. e II.3.5. O respondente atua 3 anos ou mais em sua equipe	7181	43,4	5780	38,0	12513	42,0
II.32.5. e II.14.7 Nas visitas domiciliares, os ACS realizam a busca ativa de hipertensos <i>faltosos</i> <i>N EqAB</i>	14523 16541	87,8	11274 12985	74,1	21844 29778	73,4
Usuários						
III.9.7. e III.9.3. <i>Sempre</i> são atendidos(as) pelo mesmo médico na UBS	42065	64,3	34821	59,6	67335	58,7
III.9.9. e III.9.4. <i>Sempre</i> são atendidos(as) pelo mesmo enfermeiro na UBS <i>N usuários</i>	37775 65391	57,8	36028 58425	61,7	71310 114615	62,2
III.9.16. e III.9.9. Quando interrompem o tratamento por algum motivo ou não comparecem à consulta na UBS, os profissionais os procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento <i>N usuários que alguma vez interrompeu o tratamento ou faltou a consulta</i>	14082 32828	42,9	12434 25887	48,0	23433 50527	46,4
III.14.5. e III.17.1. A equipe fez uma visita à criança com até 7 dias de vida <i>N usuárias com crianças até 24 meses</i>	5636 8777	64,2	3826 6604	57,9	7180 13043	55,0
Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)						
Usuários						
III.9.1. e III.9.1. O médico deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas <i>N usuários que alguma vez foram atendidos pelo médico (ciclo 1) e N usuários (ciclo 2)</i>	51115 64731	79,0	47991 58425	82,1	93139 114615	81,3
III.9.3. e III.9.2. O enfermeiro deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas <i>N usuários que alguma vez foram atendidos pelo enfermeiro e N usuários (ciclo 2)</i>	48641 61616	78,9	48624 58425	83,2	94806 114615	82,7
III.9.14. e III.9.7. Quando precisam tirar dúvidas após as consultas, <i>sempre</i> tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam	29912	62,6	26346	63,8	50057	62,7

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Ciclo 2 PMAQ- AB	
	n	%	n	%	n	%
<i>N usuários que alguma vez precisou tirar dúvidas</i>	47763		41287		79826	
III.9.18. e III.8.7. <i>Sempre</i> se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões	35796	54,7	39568	67,7	76592	66,8
<i>N usuários</i>	65391		58425		114615	

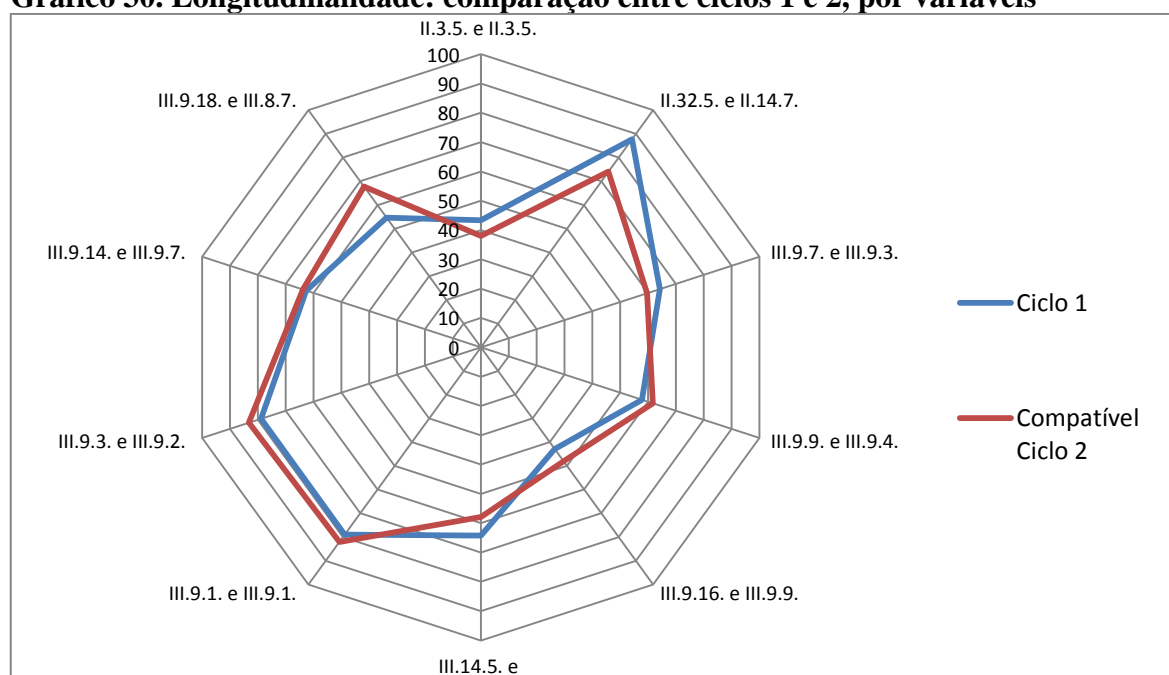
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 30. Longitudinalidade: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Na Tabela 21 e no Gráfico 31 são apresentados os indicadores PMAQ-AB de **abrangência/integralidade** selecionados no ciclo 1 que possuem variável equivalente no questionário do ciclo 2. Ocorreu uma variação no instrumento sobre esse tema, pois do total de 32 indicadores padrão de referência no ciclo 1, somente 24 apresentaram variável equivalente no ciclo 2. A maior parte das variáveis sem correspondência no ciclo 2 se referem aos indicadores de resolutividade: recebimento de medicamentos, realização de todas as vacinas do calendário básico pela EqAB, e percepção dos usuários quanto à falta de material ou equipamento, facilidade de obter os resultados dos exames e orientação dos profissionais voltada às suas necessidades. Dos indicadores de ações ofertadas/escopo de

ações, a coleta de material para exames de laboratório e a realização de procedimentos na UBS em geral não puderam ser comparadas.

Em relação ao escopo de ações, observa-se, na maior parte dos indicadores, resultados superiores no ciclo 2. A oferta de consultas e vacinas e dispensação de medicamentos, apresentou resultados similares entre os ciclos 1 e 2, destacando-se apenas a oferta de consultas médicas, mais elevada no ciclo 2 (de 91,6% para 98,2%). Os indicadores com maior elevação foram a realização de sutura de ferimentos (procedimento) nas UBS (de 30,8% para 44,6%) e a oferta de consultas para usuários de grupos prioritários, que aumentou de 78,8% para 90,7%. A solicitação de mamografia nas mulheres na faixa etária apresentou leve queda (de 97,9% para 92,7%). Dentre os usuários, a maioria das consultas de pré-natal (77,5%) e de diabetes (82,9%) foi realizada na UBS. Um indicador com variação extrema e incomum se refere ao exame preventivo de câncer de colo de útero na UBS, com uma grande queda de 73,2% para 12,0% das usuárias, o que pode indicar algum tipo de erro no banco de dados.

Quanto à resolutividade, observa-se manutenção ou leve melhora na maior parte dos resultados do ciclo 2. Destacam-se, porém, piores resultados quanto aos usuários que consideram que a equipe sempre busca resolver suas necessidades na própria UBS (de 72,5% para 53,8%) e que consideram que o medicamento está sempre disponível na UBS (de 30,6% para 22,4%). Em relação às equipes envolvidas com ações de educação permanente ofertadas pelo município, há um aumento no ciclo 2 (de 81,2% para 90,4%). Os indicadores referentes ao apoio de categorias específicas do NASF apresentaram ligeiro aumento na maioria das categorias não médicas e uma ligeira queda nas categorias médicas.

Portanto, é mantida a interpretação na análise dos resultados do ciclo 1 de que os resultados relacionados ao escopo de ações se mostraram mais satisfatórios que os relacionados à resolutividade. Em geral, observa-se a ampliação do escopo de ações realizadas. A oferta de consultas (gerais e para grupos específicos) e a solicitação de exames se mantiveram com resultados elevados, melhorando a oferta do procedimento sutura de ferimentos. A maior especificidade na definição do que são os procedimentos no instrumento do ciclo 2, poderia ter favorecido um resultado mais preciso nesse aspecto, porém, a comparação não foi possível, pois as variáveis mudaram. Além disso, a experiência dos usuários na temática da abrangência/integralidade foi menos valorizada no instrumento do ciclo 2 e particularmente em suas respostas sobre a resolutividade, os

resultados foram ainda piores. O apoio do NASF às equipes se manteve baixo, em cerca da metade das equipes, assim como, a disponibilidade de medicamentos avaliada por usuários.

Tabela 21. Abrangência ou integralidade: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	n	%
Serviços realizados/escopo de ações						
UBS						
I.7.8 e I.8.6. Ofertam consultas médicas	12599	91,6	12755	98,2	23523	97,8
I.7.8. e I.8.6. Ofertam consultas de enfermagem	13346	97,1	12896	99,3	23878	99,3
I.7.8. e I.8.6. Ofertam consultas odontológicas	10560	76,8	10726	82,6	18818	78,2
I.7.8. e I.8.6. Dispensam de medicamentos pela farmácia	11048	80,4	10132	78,0	18776	78,1
I.7.8. e I.8.6. Ofertam vacinação	11727	85,3	11248	86,6	20458	85,0
<i>N UBS</i>	<i>13749</i>		<i>12985</i>		<i>24055</i>	
EqAB						
II.16.6/1. e II.13.1. *** Comprova programar consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários de cuidado continuado	13037	78,8	13793	90,7	26605	89,3
II.17.5. e II.15.1. Solicitam exame de creatinina para HAS	16107	97,4	14908	98,0	29037	97,5
II.17.6. e II.15.1. Solicitam exame de hemoglobina glicosilada para DM	16541	92,8	14147	93,0	27419	92,1
II.17.9. e II.15.1. Solicitam mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos	16190	97,9	14091	92,7	27051	90,8
II.17.10. e II.15.2. Solicitam sorologia para HIV no pré-natal	16264	98,3	14891	97,9	28958	97,2
II.20.8. e II.17.2. Realiza procedimentos: sutura de ferimentos	5091	30,8	6776	44,6	12620	42,4
II.32.6. e II.28.4. Possuem levantamento/ mapeamento dos usuários adscritos que necessitam receber cuidado no domicílio	11633	70,3	11367	74,7	21150	71,0
<i>N EqAB</i>	<i>16541</i>		<i>15208</i>		<i>29778</i>	
Usuários						
III.11.6. e III.13.3. Fizeram a maioria das consultas de pré-natal nesta UBS	6122	69,8	5121	77,5	9945	76,2
<i>N usuárias com crianças até 24 meses</i>	<i>8777</i>		<i>6604</i>		<i>13043</i>	
III.16.3. e III.21.2. Fizeram a maioria das consultas de diabetes nesta UBS nos últimos 6 meses	6309	77,7	6720	82,9	12915	83,0
<i>N usuários com diabetes</i>	<i>8118</i>		<i>8102</i>		<i>15557</i>	
III.15.3. e III.20.2. Fizeram a maioria das consultas de HAS nesta UBS nos últimos 6 meses	17943	75,4	17588	78,6	33775	78,6
<i>N usuários com HAS</i>	<i>23797</i>		<i>22380</i>		<i>42994</i>	
III.10.6. e III.12.7. Fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero nesta UBS	37191	73,2	5542	12,0	10226	11,2
<i>N usuárias</i>	<i>50791</i>		<i>46210</i>		<i>91203</i>	
Resolutividade						
UBS						
I.3.5. e I.3.3. UBS possuem médico	13246	96,3	12686	97,7	23376	97,2
I.3.5. e I.3.3. UBS possuem enfermeiro	13650	99,3	12943	99,7	23941	99,5
I.3.5. e I.3.3. UBS possuem cirurgião-dentista	10728	78,0	10582	81,5	18629	77,4
<i>N UBS</i>	<i>13749</i>		<i>12985</i>		<i>24055</i>	
EqAB						

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	n	%
II.12.2. e II.9.5. Recebem apoio do NASF**	10635	64,3	9301	61,2	17157	57,6
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de fisioterapeuta do NASF	7446	45,0	8149	53,6	14993	50,3
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de nutricionista do NASF	7206	43,6	5936	39,0	10665	35,8
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de assistente social do NASF	6219	37,6	6463	42,5	11850	39,8
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de farmacêutico do NASF	3744	22,6	4185	27,5	7012	23,5
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de ginecologista do NASF	2290	13,8	1564	10,3	2850	9,6
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de pediatra do NASF	2173	13,1	1622	10,7	3017	10,1
II.12.3. e II.33.2. Recebem apoio de psiquiatra do NASF	1782	10,8	1485	9,8	2741	9,2
II.8.1. e II.7.1. No município há ações de educação permanente envolvendo profissionais da AB	13438	81,2	13752	90,4	26463	88,9
II.8.4 e II.7.10. Quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe	10195	61,3	9443	62,1	17193	57,7
<i>N EqAB</i>	<i>16541</i>		<i>15208</i>		<i>29778</i>	
Usuários						
III.8.1. e III.8.1. Quando são atendidos acham que a equipe <i>sempre</i> busca resolver suas necessidades/ problemas na própria UBS	47391	72,5	31407	53,8	60393	52,7
III. 18.2. e III.23.1. Quando o profissional receita um medicamento, este está <i>sempre</i> disponível	20009	30,6	13103	22,4	24369	21,3
<i>N usuários</i>	<i>65391</i>		<i>58425</i>		<i>114615</i>	

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

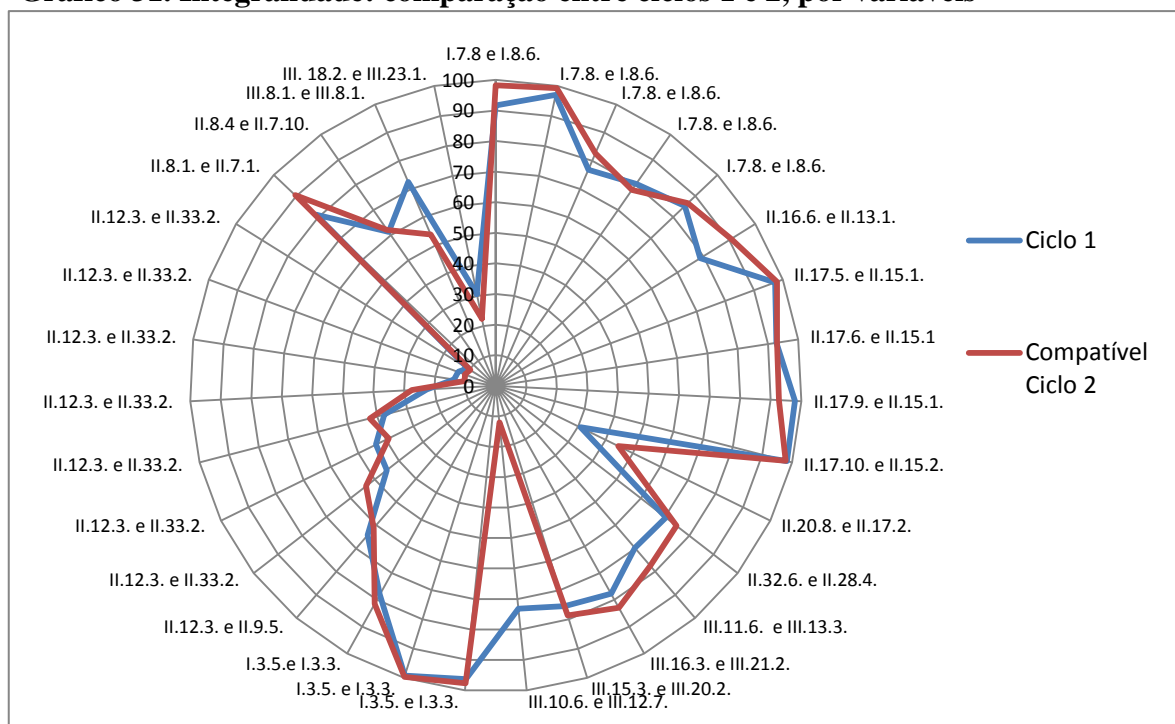
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014

* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

** A variável de NASF referente ao apoio do psicólogo foi excluída da comparação pois apresentava erro no banco do ciclo 2.

*** No ciclo 2 essa variável não se refere a comprovação.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 31. Integralidade: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Na Tabela 22 e no Gráfico 32 são apresentados os indicadores PMAQ-AB de **coordenação** selecionados no ciclo 1 que possuem variável equivalente no questionário do ciclo 2. Houve importante variação no instrumento sobre esse tema, pois do total de 36 indicadores padrão de referência no ciclo 1, somente 16 apresentaram variável equivalente no ciclo 2. A maior parte das variáveis sem correspondência no ciclo 2 se referem aos indicadores de ordenamento de fluxos e de comunicação direta entre AB e AE. O bloco específico de coordenação do cuidado no módulo de entrevista com usuários, tanto no ciclo 1 como no ciclo 2, se resumiram a questões sobre marcação de consultas especializadas. Esse foi o atributo essencial com pior avaliação no ciclo 1.

A comunicação entre AB e AE foi resumida por 2 indicadores no ciclo 2: “*A EqAB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados, sempre ou na maioria das vezes*”, respondido positivamente por apenas 35,3% das equipes; e “*A EqAB monitora as gestantes que tiveram parto através da contra referência da maternidade*”, com 21,7% de respostas positivas. É certo que há prejuízo na avaliação do atributo da coordenação no ciclo 2, sob diferentes perspectivas, contudo, já é possível observar por essas variáveis, que as dificuldades de comunicação se mantêm.

Dentre as variáveis equivalentes nos dois ciclos, a maioria dos resultados se apresentou de forma similar. A maior variação ocorreu na continuidade informacional, com melhora nos registros: considerável melhora nos registros de usuários de maior risco encaminhados a outros pontos de atenção (de 37,8% para 65,3%) e aumento do registro das pessoas com HAS com maior gravidade (de 48,4% para 60,6%). Já em relação ao registro de usuários com tuberculose e hanseníase, os resultados foram inferiores, o que pode indicar um menor número de UBS que fazem este tipo de tratamento, por vezes centralizado em uma UBS do município. No ordenamento dos fluxos assistenciais quanto às usuárias saírem da consulta de pré-natal com a próxima consulta agendada, houve um leve aumento, de 61,6% para 67,7%. Esse resultado se apresenta muito abaixo do esperado, visto que tal marcação não depende de nenhum outro recurso a não ser a organização da agenda da equipe. Ainda neste componente de ordenamento dos fluxos assistenciais, o instrumento do ciclo 2 apresentou uma nova variável sobre planejamento considerando a organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros pontos de atenção, com 66,9% das EqNASF respondendo positivamente. Esse valor está abaixo do esperado, principalmente se considerarmos que apenas metade das EqAB contam com apoio do NASF.

Em síntese, para o atributo da coordenação foi menor a possibilidade de comparação entre ciclos 1 e 2. Elementos centrais como contato institucionalizado entre profissionais da rede de atenção e referências de encaminhamento foram excluídos do novo instrumento. Algumas variáveis se dispersaram no instrumento do ciclo 2 para especificidades da saúde bucal ou NASF. O acesso a consultas especializadas permanece similar, com leve melhora no agendamento de consultas de atenção especializada realizado pela UBS. A avaliação positiva no ciclo 1 sobre fichas de encaminhamento e centrais de marcação de consultas ou exames não pode ser visualizado no ciclo 2 pela ausência destes indicadores. Da mesma forma, todas as variáveis referentes a comunicação da AB com a AE na rede de atenção, apresentadas como inadequadas no ciclo 1, foram excluídas no questionário do ciclo 2⁷.

⁷ As mudanças no instrumento do ciclo 2 com redução de variáveis relacionadas à coordenação pode ter tido motivações diversas, que seria interessante conhecer.

Tabela 22. Coordenação: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	n	%
Continuidade informacional						
EqAB						
II.14.5. e II.11.3. Possui prontuário eletrônico implantado	2322	14,0	2601	17,1	4133	13,9
II.14.6. e II.11.4. Possuem prontuário eletrônico e ele está integrado com outros pontos da rede de atenção	1825	11,0	2171	14,3	3337	11,2
II.17.2/1 e II.14.6 ^{***} . Comprovam manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção	6258	37,8	9936	65,3	18018	60,5
II.25.4. e II.14.6. Possui registro das pessoas com HAS com maior risco/gravidade	8012	48,4	9209	60,6	16826	56,5
II.26.4. e II.14.6. Possui registro das pessoas com DM com maior risco/gravidade	8600	52,0	8899	58,5	16228	54,5
II.27.1/1. e II.21.3/1 Comprovam registro do número de usuários com tuberculose	10924	66,0	7644	50,3	14441	48,5
II.28.1/1. e II.22.1/1 Comprovam registro do número de usuários com hanseníase	8515	51,5	5414	35,6	9935	33,4
<i>N EqAB</i>	16541		15208		29778	
Ordenamento de fluxos assistenciais						
EqAB						
II.17.4. Possuem protocolos com diretrizes terapêuticas e II.14.4. Possuem protocolos de estratificação de risco para pré-natal	12377	74,8	11886	78,2	21763	73,1
II.17.4. Possuem protocolos com diretrizes terapêuticas e II.14.4. Possuem protocolo de estratificação de risco para HAS	11483	69,4	10626	69,9	19091	64,1
II.17.4. Possuem protocolos com diretrizes terapêuticas e II.14.4. Possuem protocolo de estratificação de risco para DM	11502	69,5	10642	70,0	19066	64,0
<i>N EqAB</i>	16541		15208		29778	
II.33.6. Planejam considerando organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção ^{**}	-	-	6226	66,9	11042	64,4
<i>N Eq NASF</i>			9301		17157	
Usuárias						
III.11.20. e III.13.22. Na consulta de pré-natal já saem com a próxima consulta marcada	5405	61,6	4469	67,7	9060	69,5
III.11.22. e III.13.24. Foram orientadas sobre a maternidade que fariam o parto	4092	46,6	3034	45,9	5659	43,4
<i>N usuárias com crianças até 24 meses</i>	8777		6604		13043	
Acesso a consultas/exames especializados						
EqAB						
II.17.1. e II.14.1. Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, já sai da UBS com a consulta agendada	4334	26,2	4811	31,6	8234	27,7
II.17.1. e II.14.1. Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, a consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	10084	61,0	9164	60,3	16932	56,9
<i>N EqAB</i>	16541		15208		29778	
Usuários						
III.9.20. e III.10.1. Quando são atendidos na UBS e	6173	13,0	5755	17,0	10004	15,7

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	n	%
necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas, saem da UBS com a consulta agendada						
III.9.20. e III.10.1. Quando são atendidos na UBS e necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas, a consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	22114	46,5	15515	45,9	27797	43,5
<i>N usuários que alguma vez precisou marcar consultas com especialistas</i>	47599		33767		63879	
Comunicação direta entre AB e AE						
EqAB						
II.16.1. Obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados, <u>sempre ou na maioria das vezes</u> **	-	-	5365	35,3	10134	34,0
II.18.8. Monitora as gestantes que tiveram parto através da contra referência da maternidade**	-	-	3302	21,7	5611	18,8
<i>N EqAB</i>	16541		15208		29778	

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

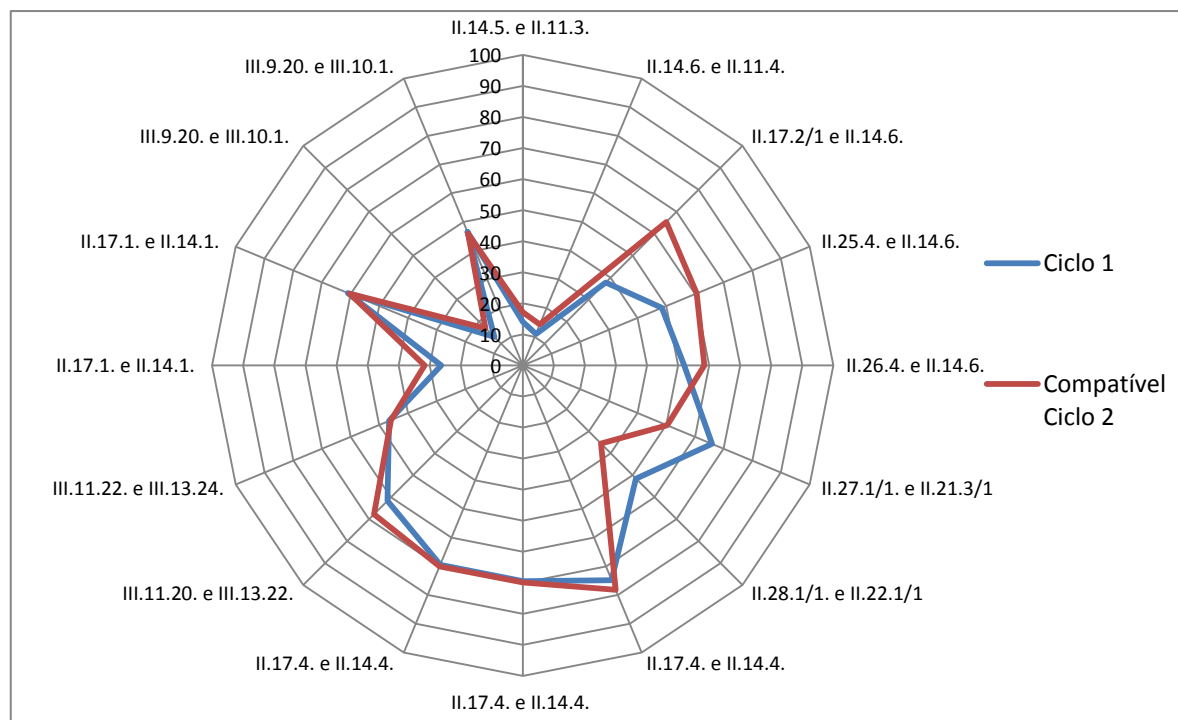
* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

** Variável específica do instrumento do ciclo 2.

*** No ciclo 2 essa variável não se refere a comprovação.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 32. Coordenação: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Na Tabela 23 e no Gráfico 33 são apresentados os indicadores PMAQ-AB de **orientação para a comunidade** selecionados no ciclo 1 que possuem variável equivalente no questionário do ciclo 2. Ocorreu variação no instrumento sobre esse tema, visto que dos 24 indicadores padrão de referência no ciclo 1, 16 deles apresentaram variável equivalente no ciclo 2. A maior parte das variáveis sem correspondência no ciclo 2 se referem aos indicadores de intersetorialidade como planejamento de atividades, considerando o envolvimento de outros setores; mapa com sinalização de áreas de risco e equipamentos sociais e busca ativa de famílias elegíveis para o Programa Bolsa Família.

Dentre as variáveis equivalentes nos dois ciclos, praticamente todos os resultados se apresentaram superiores no ciclo 2 em relação ao ciclo 1. Quanto à territorialização, os resultados do ciclo 2 mostram que um pouco menos equipes possuem população descoberta pela AB no entorno do território (de 33,4% para 29,5%) e mais equipes afirmam que a gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para definição da quantidade de pessoas sob sua responsabilidade (de 53,9% para 66,2%). Além disso, 91,6% das equipes (antes, 84,4%) possuem mapas com desenho do território e 90,9% (antes, 81,0%) realizaram monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde nos últimos 12 meses.

Na temática de intersetorialidade, o ciclo 2 também apresenta resultados superiores ao ciclo 1: 73,4% das equipes (antes, 49,1%) comprovam a existência de mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, 68,8% (antes, 53,8%) comprovam as atividades na escola e 98,2% (antes, 80,7%) nos territórios com cisternas, os ACS fazem ações educativas sobre a qualidade da água. No que se refere à participação social, mais equipes tanto dispõem de canais de comunicação para os usuários (de 73,1% para 84,6%), como realizam ou tem mecanismos de pesquisa de satisfação com os usuários (de 36,8% para 73,4%). Ao mesmo tempo, 95,8% (antes, 88,3%) afirmam considerar a opinião do usuário para reorganização e qualificação do processo de trabalho.

Em resumo, o atributo da orientação para a comunidade apresentou melhorias no ciclo 2. Indicadores de territorialização avançaram para padrão muito bom. Os indicadores de participação social, sob o ponto de vista das equipes, apresentaram melhoria, contudo, os indicadores na percepção dos usuários permaneceram ruins. No componente da intersetorialidade, apesar de resultados superiores nos indicadores equivalentes entre os dois ciclos, o questionário do ciclo 2 extinguiu questões importantes para uma melhor análise. São necessários mais elementos que o Programa Bolsa Família, saúde na escola e qualidade da água para uma análise da intersetorialidade.

Tabela 23. Orientação para a comunidade: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ-AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	N	%	n	%
Territorialização						
UBS						
I.3.5. e I.3.3. Possuem 4 ou mais ACS <i>N UBS</i>	12611 13749	91,7	12225 12985	94,1	22324 24055	92,8
EqAB						
II.13.3. e II.10.2. Existe definição de área de abrangência	16158	97,7	14956	98,3	29141	97,9
II.13.7. e II.10.5. Existe população descoberta pela AB no entorno do território	5528	33,4	4485	29,5	9520	32,0
II.13.2. e II.10.1. A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de quantidade de pessoas sob sua responsabilidade	8923	53,9	10063	66,2	18452	62,0
II.13.4. e II.10.3. Possuem mapas com desenho do território de abrangência	13963	84,4	13933	91,6	26364	88,5
II.9.10. e II.8.4. Realizaram monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde <i>N EqAB</i>	13393 16541	81,0	13828 15208	90,9	26363 29778	88,5
Usuários						
III.8.8. e III.8.9. Durante as consultas, os profissionais da EqAB <i>sempre</i> sugerem soluções adequadas a sua realidade <i>N usuários</i>	32010 65391	49,0	37015 58425	63,4	70987 114615	61,9
Intersetorialidade						
EqAB						
II.33.3/1 e II.27.2. ** Comprovam existência de mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família	8140	49,2	11161	73,4	20751	69,7
II.38.2/1. e II.30.2/1. Comprovam registro de atividades na escola <i>N EqAB</i>	8901 16541	53,8	10467 15208	68,8	19053 29778	64,0
II.31.4. e II.31.8. Nos territórios com cisternas, os ACS fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas <i>N EqAB que possuem cisternas no território de atuação</i>	5641 6994	80,7	6082 6191	98,2	12116 12357	98,0
Participação social						
EqAB						
II.35.5. e II.29.6. Existe conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente	9786	59,2	9278	61,0	16850	56,6
II.34.1. e II.29.2. Dispõem de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na AB	12095	73,1	12863	84,6	23528	79,0
II.35.1. Realizam pesquisa de satisfação dos usuários e II.29.1. Realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário	6092	36,8	11160	73,4	20017	67,2
II.35.4. e II.29.5. Consideram a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho <i>N EqAB</i>	14613 16541	88,3	14570 15208	95,8	28123 29778	94,4
Usuários						
III.19.1. e III.24.1. Quando querem fazer uma reclamação ou sugestão na UBS, conseguem	11232	49,6	8676	51,9	15992	49,1
III.19.2. e III.24.2. Quando fizeram alguma relação ou sugestão, rapidamente tiveram um retorno <i>N usuários que precisaram fazer reclamação ou sugestão na UBS</i>	5342 22661	23,6	4686 16720	28,0	8576 32571	26,3

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

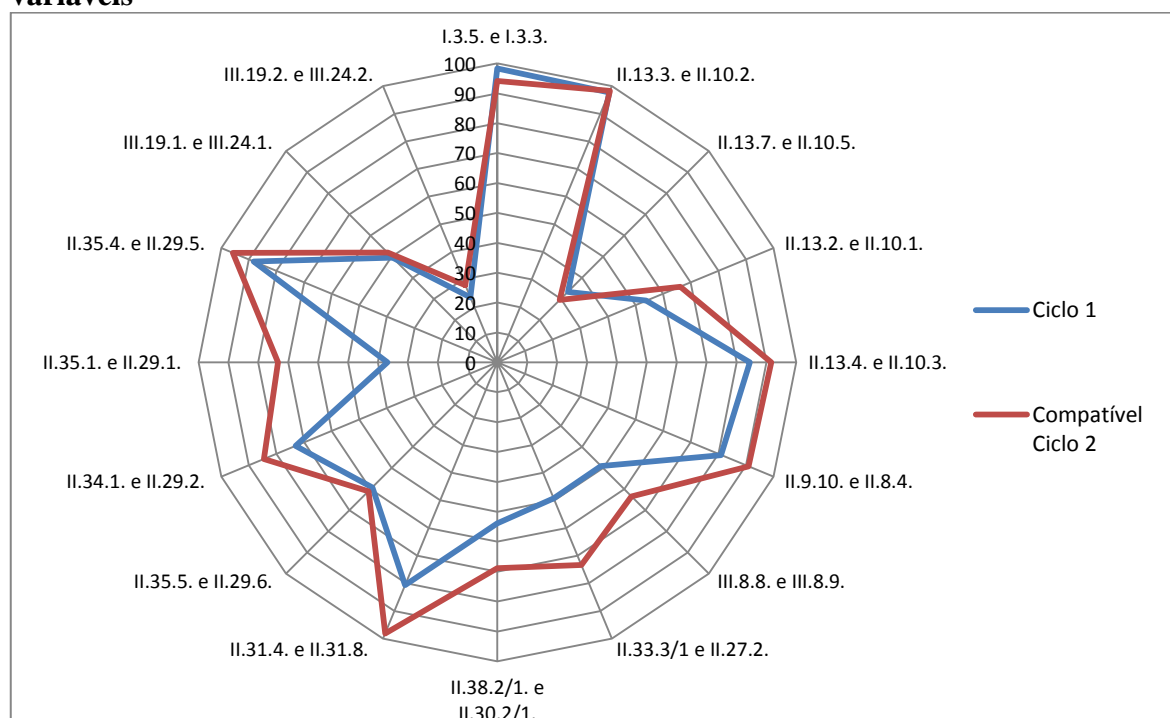
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

** No ciclo 2 essa variável não se refere a comprovação.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 33. Orientação para a comunidade: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Na Tabela 24 e no Gráfico 34 são apresentados os indicadores PMAQ-AB de **centralidade na família** selecionados no ciclo 1 que possuem variável equivalente no questionário do ciclo 2. Houve pouca variação no instrumento sobre esse tema, visto que dos 6 indicadores padrão de referência no ciclo 1, 5 deles apresentarem variável equivalente no ciclo 2. Dentre as variáveis equivalentes nos dois ciclos, todos os resultados se apresentaram de forma similar.

Logo, mantém-se o comportamento dos resultados no atributo centralidade na família conforme observado no ciclo 1, com poucos indicadores para a discussão do tema, e concentração dos melhores resultados na organização das visitas domiciliares, e dos piores, na variável se os profissionais da EqAB perguntam sobre os familiares dos usuários nas consultas (50,9%).

Tabela 24. Centralidade na família: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ- AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ-AB [#]		Brasil Total Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	n	%
EqAB						
II.14.1./1 e II.11.1./1 Comprovam que os prontuários dos usuários são organizados por núcleos familiares	13026	78,7	12527	82,4	24124	81,0
II.32.1. e II.13.1. Outros membros da equipe além dos ACS realizam visita domiciliar	16477	99,6	14520	95,5	28073	94,3
II.32.3. e II.28.2. Visitam as famílias com periodicidade distinta, de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade	15381	93,0	14719	96,8	28432	95,5
<i>N EqAB</i>	<i>16541</i>		<i>15208</i>		<i>29778</i>	
Usuários						
III.9.12. e III.9.6. Profissionais da EqAB perguntam sobre seus familiares	32362	49,5	29710	50,9	56914	49,7
III.9.23. e III.11.1. Recebem visita do ACS	55624	85,1	49148	84,1	95063	82,9
III.9.24. e III.11.2. Receberam visita de outros profissionais de saúde	19317	29,5	18396	31,5	34740	30,3
<i>N usuários</i>	<i>65391</i>		<i>58425</i>		<i>114615</i>	

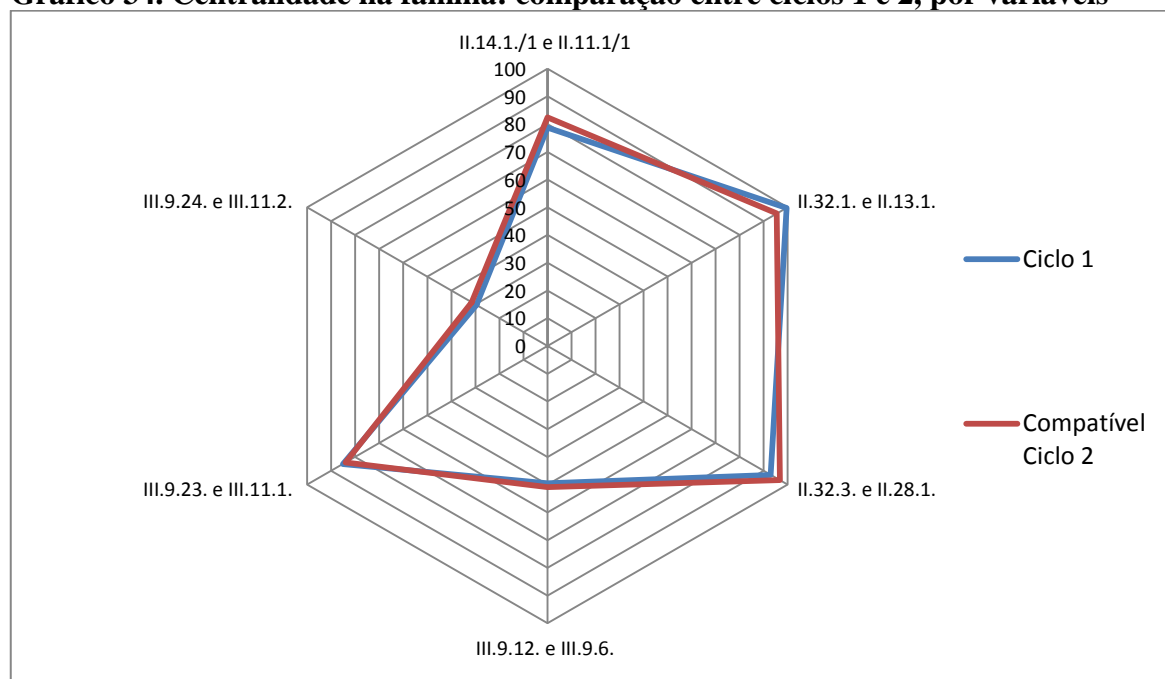
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 34. Centralidade na família: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Na Tabela 25 e no Gráfico 35 são apresentados os indicadores PMAQ-AB de **competência cultural** selecionados no ciclo 1 que possuem variável equivalente no

questionário do ciclo 2. Dos 3 indicadores padrão de referência no ciclo 1, todos apresentaram equivalência no ciclo 2. Houve uma melhora no instrumento sobre esse atributo, pois o instrumento do ciclo 2 trouxe um pouco mais de detalhamento nessa temática. Especifica por exemplo o tipo de práticas integrativas e complementares que a equipe realiza e o tipo de comunidades tradicionais/população rural a equipe atende, além de questões de educação permanente e registro. Uma variável específica exclusiva do 2º ciclo, é se existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto a cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras. Seu resultado, porém, apresenta apenas 7,7% de respostas positivas. Outra variável nova se refere a atividades de educação permanente em práticas integrativas e complementares, respondido positivamente por apenas 14,5% das equipes.

Dentre as variáveis equivalentes nos dois ciclos, os resultados se mantiveram em níveis baixos ou apresentaram melhorias em relação à população rural, assentados e quilombolas: 39,1% das equipes realizam ações direcionadas e 36,7% realizam atendimento a população rural, assentados e quilombolas, antes, 32,2% e 11,6%, respectivamente.

Em síntese, os indicadores do componente abordagem cultural, também no ciclo 2 se mantêm insuficientes para a análise desse atributo, visto as limitações do instrumento. Os escassos dados apontam para uma dificuldade de acesso e cuidado a diferentes grupos populacionais e baixo diálogo das EqAB com cuidadores tradicionais. Apesar de observarmos uma pequena melhoria na especificidade das variáveis, seu eixo ainda é limitado à população rural e práticas integrativas e complementares.

Tabela 25. Competência cultural: indicadores por componente – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil 2012 e 2014

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ-AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB#		Brasil Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	N	%
EqAB						
II.39.1. e II.31.1. Realizam ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo	5319	32,2	5953	39,1	12016	40,4
II.39.2. e II.31.3. Atendem a população rural, assentada e quilombola	1911	11,6	5583	36,7	11347	38,1
II.30.1. e II.25.1. Oferecem o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território	3104	18,8	3541	23,3	5666	19,0
II.14.8. Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto a cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras**	-	-	1167	7,7	2288	7,7

INDICADORES*	Brasil Ciclo 1 PMAQ-AB		Brasil Compatível Ciclo 2 PMAQ- AB [#]		Brasil Ciclo 2 PMAQ-AB	
	n	%	n	%	N	%
II.25.4. A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe** <i>N EqAB</i>	-	-	2208	14,5	3414	11,5
Usuários III.7.6. e III.8.8. <i>Sempre</i> se sentem respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião <i>N usuários</i>	59046	90,3	51698	88,5	100807	88,0
	65391		58425		114615	

Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

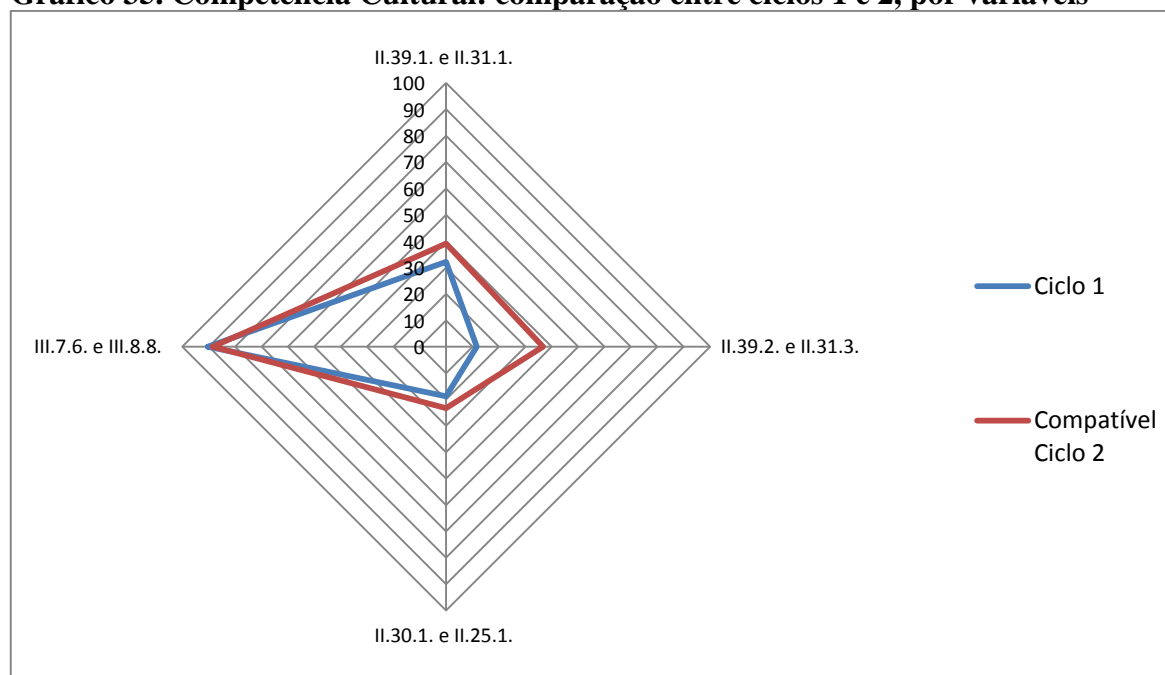
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

* Primeiro número de indicador corresponde ao instrumento do ciclo 1, e segundo número do indicador, corresponde ao instrumento do ciclo 2.

** Variável específica do instrumento do ciclo 2.

UBS /equipes do ciclo 2 que participaram do ciclo 1.

Gráfico 35. Competência Cultural: comparação entre ciclos 1 e 2, por variáveis



Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. E banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014.

Em síntese, na comparação entre os ciclos 1 e 2 observou-se leve melhoria da qualidade nas equipes compatíveis. Comparando os resultados das variáveis selecionadas para todas as UBS, equipes e usuários participantes do ciclo 2 do PMAQ-AB, expostos na última coluna das Tabelas 23 a 29, observa-se resultados em geral ligeiramente inferiores do que para as equipes compatíveis do ciclo 2.

O conjunto de resultados aqui discutidos podem nos remeter a, no mínimo, três observações: a melhoria dos resultados na AB se expressou no conjunto de equipes

brasileiras e não só naquelas participantes do PMAQ-AB; a importância da linearidade entre os instrumentos dos ciclos do PMAQ-AB a fim de perceber a evolução das equipes entrevistadas; e a possibilidade de, através das variáveis do instrumento, visualizar o funcionamento da AB em relação aos quatro atributos essenciais da APS e alguns aspectos em relação aos atributos derivativos.

A análise do conjunto de variáveis que evoluíram positivamente entre os 2 ciclos permite observar algum destaque para as variáveis referentes aos registros e aspectos organizacionais no âmbito da governabilidade das próprias equipes.

6. DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES

Em décadas recentes tem-se observado o crescente debate sobre as vantagens do fortalecimento da APS nos sistemas de saúde que optam por organizar seus serviços em rede. A literatura sobre o tema, em geral, indica que Sistemas de saúde com APS forte estão associados a melhores resultados de saúde; maior acesso aos serviços; maior qualidade de atendimento, redução dos cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais, além de favorecer o diagnóstico e tratamento precoce dos problemas de saúde.

Nesta investigação, analisar os resultados do PMAQ-AB a partir dos atributos da APS definidos por Starfield (2002) foi uma tentativa de colaborar para a qualificação da APS no Brasil, sinalizando elementos tanto da prática profissional, como da organização do serviço que se relacionam com aspectos da qualidade do cuidado em saúde. Uma APS de qualidade foi aqui representada por UBS que conseguem ser porta de entrada, coordenar e ofertar ações diversificadas para o cuidado em saúde, exercer papel de filtro para acesso à rede especializada, dar continuidade ao cuidado dos usuários ao longo da vida, favorecer a organização do serviço com foco nas necessidades dos usuários, mediar a participação social, desenvolver ações comunitárias e estar integrada com os demais equipamentos do território.

Buscar o enfoque das regiões de saúde para essa discussão partiu da compreensão de que somente através do planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral. Independente da heterogeneidade de necessidades e realidades nos territórios do nosso país, a organização da rede de atenção em saúde precisa possibilitar aos usuários, o acesso a uma mesma gama de serviços em tempo oportuno e de forma resolutiva.

Dentre as limitações da dissertação destacam-se quatro aspectos principais. Um primeiro se refere à amplitude e complexidade de tratar o conjunto dos atributos da APS, um desafio para o aprofundamento de referências bibliográficas e discussões sobre cada grande tema. Um segundo abrange a insuficiente revisão de referências internacionais. Um terceiro identificado foi a não realização de testes estatísticos para verificar a associação entre variáveis examinadas e diferenças entre regiões e, na comparação entre os ciclos 1 e 2. E um quarto, discutido no decorrer do trabalho, são as próprias limitações do instrumento do PMAQ-AB com questões estruturadas para orientar o pagamento por desempenho, o viés de positividade das equipes participantes e a amostra intencional dos

usuários.

Apesar desse último aspecto, compreende-se que cada vez mais, o desenho e execução do PMAQ-AB têm superado as dificuldades enfrentadas no primeiro ciclo. A avaliação dos resultados do PMAQ-AB possibilita apresentar um panorama de maior amplitude da AB no Brasil, tanto pela sua abrangência nacional, como pelo envolvimento de diferentes atores, adesão ampliada e o investimento realizado pelo Ministério da Saúde.

Pode-se tecer algumas considerações a respeito da **concepção orientadora do PMAQ-AB**, tomando como base seus dois principais documentos: os manuais instrutivos e os instrumentos de cada ciclo. O marco legal e a proposta colocada na origem do PMAQ-AB se relacionam com uma APS abrangente e com os atributos da APS propostos por Starfield (2002), mas com pouca ênfase na centralidade na família e competência cultural. Na observação dos instrumentos, os atributos mais claramente identificados em sua organização, são primeiro contato (horário de funcionamento, acolhimento, agendamento), integralidade (escopo de ações) e coordenação, sendo este último, o único com subdimensão específica. Como destacado na análise dos atributos, os instrumentos carecem de abordagem cultural, a centralidade na família é pouco desenvolvida e a ação comunitária e intersetorial são pouco abordadas, elementos também cruciais para uma APS abrangente.

Os manuais instrutivos do PMAQ-AB dos ciclos 1 e 2 têm como foco, a apresentação do Programa, seu conceito e justificativa, além de um detalhamento das quatro fases de implantação. Foram identificadas nos documentos duas abordagens especificamente sobre a Atenção Básica. Uma delas se refere aos desafios para a qualificação da AB que pretendem ser enfrentados pelo PMAQ: precariedade da rede física; inadequadas condições de trabalho; necessidade de qualificação dos processos de trabalho; elevada rotatividade de profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe; incipiência dos processos de gestão; sobrecarga das equipes por sua população adscrita; pouca integração das equipes de AB com outros pontos da Rede de Atenção; baixa integralidade e resolutividade das práticas, procedimento-médico-centrada e financiamento insuficiente e inadequado da AB (Brasil, 2013a).

A segunda abordagem dos documentos caracteriza a Atenção Básica, tal como a PNAB 2011. A definição se refere a uma APS abrangente, destacando-se entre seus princípios: a territorialização e responsabilização sanitária, a adscrição dos usuários e vínculo, a acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial, o cuidado longitudinal, a ordenação da RAS, a gestão do cuidado integral em rede e o trabalho em

equipe multiprofissional (Brasil, 2013a).

Especificamente no manual instrutivo do ciclo 2, observa-se uma maior ênfase nos compromissos tripartite, incluindo as pactuações da Rede Cegonha e do Programa Nacional do Controle do tabagismo. Além disso, há atualizações em relação ao novo sistema de informação eSUS AB/SISAB para os indicadores de monitoramento e desempenho e sobre o acompanhamento dos NASF.

Ademais, os instrumentos dos ciclos 1 e 2 apresentam uma similaridade em relação às suas subdimensões, apesar de diferenças em organização e em algumas variáveis. Questões antes gerais no ciclo 1, têm uma certa transformação no ciclo 2 para os programas prioritários, além do ciclo 2 buscar mais especificidade no conceito das ações propostas. Entre os módulos do Programa, a concentração de perguntas dos instrumentos foi em relação ao aspecto da infraestrutura (módulo I).

Quanto ao **cumprimento dos atributos da APS na perspectiva de profissionais e de usuários participantes do PMAQ-AB**, podem ser destacados alguns aspectos. O primeiro é que a maior parte das variáveis não possuía equivalência de questões na perspectiva dos dois atores. Na análise dos atributos prevaleceu um maior número de variáveis relacionadas a percepção dos profissionais e não dos usuários, apesar de no atributo da longitudinalidade ter sido possível privilegiar a percepção dos usuários através de um maior número de variáveis selecionadas.

Um segundo ponto é a distribuição de variáveis equivalentes dos módulos de profissionais e dos usuários entre os atributos. Mesmo em número extremamente reduzido, observou-se equivalência com variáveis similares para profissionais e usuários nos atributos de primeiro contato, integralidade, coordenação e orientação para a comunidade.

Comparando-se o resultado dessas variáveis equivalentes, a percepção dos profissionais foi, em todos os casos, mais positiva que a percepção dos usuários. Um exemplo que chama a atenção se refere à definição de maternidade para o parto. Quanto mais desenvolvida e maior a oferta de serviços na região de saúde, mais elevada a afirmação dos profissionais sobre a existência de referências e fluxos para o parto. Já na percepção das usuárias, quem mais relata ter sido orientada sobre a maternidade do parto foram as usuárias de equipes do grupo de regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.

O presente estudo aponta para um conjunto de resultados, sintetizados a seguir. O atributo **primeiro contato** apresentou os melhores resultados dentre os demais atributos. O horário de funcionamento das UBS em geral foi adequado, com usuários satisfeitos quanto

ao atendimento de suas necessidades e a distância de sua casa até a UBS. As equipes relataram realizar acolhimento aos usuários, mas questiona-se a qualidade desse acolhimento, pois em geral os usuários não se sentiam acolhidos e os profissionais não foram capacitados para tal. Identificaram-se importantes dificuldades na marcação de consultas na AB, sendo necessário pegar ficha ou comparecer a UBS em horários específicos para marcação de consultas. Em relação às urgências, há necessidade de se definir melhor o papel da APS para esse tipo de atendimento, especificando o que seria desse nível de atenção e o que demandaria maior complexidade. Em síntese, os indicadores de padrão muito bom e bom, corresponderam, majoritariamente, ao componente horários de funcionamento e dentre os inadequados, a concentração foi no agendamento da consulta na AB.

Nas equipes das Reg 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços), foram observados os piores resultados em relação ao horário de funcionamento, agendamento da consulta na AB e urgência e emergência. O acolhimento teve piores resultados tanto nas equipes das Reg 1 como das Reg 2. Os melhores resultados no conjunto dos componentes do primeiro contato foram observados nas Regiões mais desenvolvidas (Reg 4 e Reg 5).

O atributo da **longitudinalidade** apresentou resultados em geral, insatisfatórios, tanto para continuidade da relação profissional-paciente como para qualidade da relação profissional-paciente. Todavia, o tempo das consultas (médico e enfermeiro) para o usuário falar sobre suas preocupações e em relação à busca ativa dos usuários com hipertensão apresentaram resultados satisfatórios. Melhorias são necessárias para a efetivação da longitudinalidade, que variaram desde fatores da organização do serviço como a adequação dos registros e puericultura até questões mais abrangentes como a fixação de profissionais e melhores condições de trabalho; e um outro conjunto sendo influenciado pela capacitação e resultado da construção da relação profissional-paciente, como acessibilidade ao profissional após a consulta. Em resumo, os indicadores com padrão bom concentraram-se no tempo suficiente da consulta e busca ativa de hipertensos faltosos pelos ACS e dentre os piores indicadores destacaram-se as questões de escolha da equipe e de continuidade do cuidado (alta rotatividade dos profissionais, profissionais não lembram o que aconteceu em consultas anteriores e escassa busca ativa).

Os melhores resultados em relação a qualidade profissional-paciente residiu no grupo de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), apesar das limitações encontradas em todos os grupos de saúde para a longitudinalidade.

Um ponto interessante é a superioridade das respostas nas regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1), um comportamento incomum da longitudinalidade em relação aos demais atributos. Nesse grupo percebe-se a maior realização de busca ativa, maior possibilidade de tirar dúvidas após as consultas, e maior satisfação do usuário quanto ao tempo da consulta para falar sobre suas preocupações. Estes resultados nos sugerem que o vínculo e a continuidade do cuidado estariam sendo mais bem trabalhados nas regiões menos desenvolvidas. Mesmo com alta rotatividade, uma hipótese é que os profissionais que se fixam nas Reg tipo 1, sentem-se também mais vinculados com os usuários destes contextos, entendendo aqui o vínculo como uma relação de dupla via profissional e usuários. Estudos específicos são necessários para compreender se esses melhores resultados poderiam ser atribuídos à indisponibilidade de outros serviços e portanto, “falta de opção” dos usuários ou realmente a uma maior proximidade entre profissional e usuário.

O atributo da **abrangência/integralidade** em geral, apresentou melhores resultados no escopo de ações e piores resultados quanto à resolutividade na AB. A disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e a solicitação de exames para grupos prioritários mostraram-se adequados. Todavia, observou-se carências mostrando que as unidades de atenção básica necessitam ampliar seu escopo de atuação, disponibilizando mais serviços para atender às necessidades de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação dos profissionais na atenção à saúde. A concentração dos indicadores em padrão muito bom esteve na disponibilidade de consultas e solicitação de exames, e os indicadores de padrão inadequado se concentraram na disponibilidade de medicamentos na UBS e apoio à equipe pelas diferentes categorias do NASF.

A integralidade parece estar associada ao desenvolvimento socioeconômico e à oferta de serviços, assim como evidenciado em outros estudos. Observa-se que a integralidade está mais efetivada nas regiões de saúde mais desenvolvidas e com alta oferta de serviços (Reg 5). Um destaque positivo nas Reg 1 está na disponibilidade de cirurgião-dentista e na imunização. E uma observação em relação à resolutividade é que os resultados são similares comparando as Reg 1 e Reg 4. Além disso, a vacinação tem uma variação considerável por região de saúde, com piores resultados nas regiões de médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (Reg 3).

O atributo da **coordenação** apresentou os piores resultados dentre os demais atributos, indicando dificuldades de acesso dos usuários às consultas e exames

especializados, baixa comunicação e integração entre os serviços da rede e carência de referências/fluxos e escassos mecanismos institucionalizados para coordenar esse acesso dos usuários aos serviços que necessitam. A concentração dos indicadores em padrão bom esteve na disponibilidade de fichas de encaminhamento para os usuários e na existência de centrais de marcação para consulta especializada ou exames, enquanto os indicadores de padrão inadequado se distribuíram em todos os componentes: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso a consultas/exames especializados e comunicação direta entre serviços de AB e AE.

Considerando a dificuldade da APS em desempenhar sua função de coordenadora do cuidado, observa-se que a dificuldade de institucionalização – seja da comunicação entre serviços, seja de referências e fluxos – é ainda maior nos municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1). Apesar de baixos resultados de coordenação de uma forma geral, as equipes das regiões mais desenvolvidas (Reg 4 e Reg 5) são as com melhores resultados no conjunto de indicadores. As equipes das Reg 1 são as que apresentam piores resultados independente do componente, se destacando entre esses, a comunicação direta entre AB e AE, também com os mais baixos percentuais nas Reg 2.

Sobre o atributo **orientação para a comunidade**, as variáveis do instrumento do PMAQ-AB não permitem realizar uma análise aprofundada sobre a interação entre equipes e os demais setores e políticas públicas presentes na comunidade em geral. Esse atributo apresentou resultados positivos em relação à territorialização, no que se refere à disponibilidade dos ACS e definição de área de abrangência da equipe. Contudo, importante destacar a relação desses resultados positivos com as exigências do marco normativo (PNAB 2011). Os mapas do território e planejamento, quando existentes, não consideraram fatores essenciais voltados às necessidades da comunidade, assim como, a interlocução com outros setores é muito baixa. A concentração dos indicadores em padrão muito bom ou bom esteve na disponibilidade e trabalho dos ACS, definição de área de abrangência com mapas do território e opinião do usuário para reorganização do processo de trabalho. E os indicadores de padrão inadequado se concentraram na articulação com outros setores e nos indicadores de participação social.

Observa-se, na maior parte dos resultados da orientação para a comunidade, pouca variação conforme desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços. Em geral, os piores resultados se apresentaram nas regiões de baixa oferta (Reg 1 e Reg 2). As Reg 5 foram melhores na organização da territorialização, planejamento das ações e mecanismos

de participação social.

No atributo **centralidade na família**, apesar de poucos indicadores disponíveis no instrumento para essa análise, foram nítidos os avanços relacionados à visita domiciliar, assim como a deficiência nos demais elementos relacionados à abordagem familiar como: organização dos prontuários por núcleos familiares, qualidade nos registros e uma abordagem dos profissionais que envolva a família como um todo. Apesar dos resultados desse atributo em geral serem altos, o pior indicador – central na discussão – foi se os profissionais da EqAB perguntavam sobre os familiares dos usuários nas consultas.

A centralidade na família não parece estar diretamente relacionada ao desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços. O atributo teve comportamento similar entre as regiões de saúde, sendo observado com menores resultados apenas nas regiões de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 2). Os melhores resultados variaram em indicadores específicos, por exemplo com melhores resultados de organização de prontuários por núcleos familiares nas Reg 1 e maior registro de consultas ou atendimentos no domicílio nas Reg 5.

O atributo **competência cultural**, dentre os escassos indicadores selecionados, apresentou resultado positivo em relação à percepção dos usuários em sempre se sentir respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião. Os resultados relacionados à população rural, assentada e quilombola, assim como, a oferta de práticas integrativas e complementares (PIC), foram em geral baixos, com diferença entre as regiões de saúde. Ao mesmo tempo, é importante destacar uma dificuldade em saber que percentuais seriam o melhor padrão de resposta para esses indicadores, visto que depende da distribuição de população específica (rural, assentada e quilombola) no território dos municípios.

Ainda que com baixos percentuais, os resultados da competência cultural apontam que as regiões de baixa oferta de serviços (Reg 1 e Reg 2) são as com melhores resultados, principalmente por realizarem ações e atendimento à população rural, assentados e quilombolas. Isso provavelmente se deve a maior concentração dessa população nas referidas regiões de saúde, com municípios com menos habitantes. Em contrapartida, as regiões de maior DSE e alta oferta de serviços (Reg 4 e Reg 5) são as que apresentam os piores resultados, se destacando positivamente apenas por maior oferta de práticas integrativas e complementares.

As regiões de saúde de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta (Reg 5) foram as que apresentaram os melhores resultados e as regiões de saúde de baixo

desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), a maior parte dos piores resultados. Um problema maior dos piores resultados estarem concentrados nas Reg 1 é porque é o grupo de regiões que contempla mais municípios brasileiros (2.159 municípios). As equipes das Reg 1, contudo, destacam-se por resultados levemente mais positivos no atributo da longitudinalidade, centralidade na família e competência cultural, mostrando que é possível uma organização do serviço da APS que favoreça maior qualidade do cuidado e que esteja mais próximo das pessoas, mesmo em regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.

Os atributos com resultados mais baixos, independente do grupo de região de saúde foram a coordenação do cuidado e a competência cultural. O primeiro, principalmente, em virtude da dificuldade da comunicação entre APS e os demais equipamentos da rede de atenção; e o segundo, pela ausência de ações para grupos populacionais com características específicas, ademais da falta de variáveis sobre a temática.

Dois atributos apresentaram resultados proporcionalmente maiores conforme a graduação dos grupos de regiões de saúde, ou seja, resultados menores no grupo 1, crescente nos demais grupos e maiores no grupo 5. Esses atributos foram o primeiro contato e a coordenação. Em relação a um comportamento oposto, ou seja, resultados piores nas Reg 5, melhorando entre os grupos e apresentando melhor resultado no grupo 1, tem-se o atributo da competência cultural, porém limitado, conforme descrito anteriormente.

Os resultados das equipes das Reg 4 (Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) foram similares aos resultados das equipes das Reg 5 na maioria dos atributos: primeiro contato, longitudinalidade, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Já em relação aos resultados das Reg 2 (Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços), os resultados foram similares aos das equipes das Reg 1 nos atributos primeiro contato, integralidade, coordenação e competência cultural.

Ressalta-se, contudo, uma dificuldade em avaliar as Reg 3 (Médio DSE e média/alta oferta de serviços). Seus resultados apresentaram-se medianos em todo o conjunto de atributos, ora superiores às Reg 1 e 2 (primeiro contato, coordenação e orientação para a comunidade), ora similares às Reg 1 e 2 (integralidade e centralidade na família) e raramente com resultados superiores às equipes das Reg 4 e 5 (competência cultural). Logo, não foi possível apreender um padrão de comportamento nesse grupo.

Em resumo, a efetivação dos atributos se apresentou de forma heterogênea entre os

diferentes grupos de regiões de saúde. Em relação às ações mais voltadas ao âmbito da relação profissional-usuário, percebe-se resultados por vezes mais positivos nas regiões menos desenvolvidas, e no que depende de ações mais sistêmicas e estruturais os resultados são superiores nas regiões mais desenvolvidas. Os resultados reforçam a diferença entre as regiões de saúde, reflexo dessa desigualdade social, de uma falta de planejamento regional das ações em saúde e com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS.

Observando a distribuição desses grupos de regiões de saúde nas macrorregiões do Brasil, percebe-se a concentração das Reg 5 nas macrorregiões Sudeste e Sul e a concentração das Reg 1 nas macrorregiões Norte e Nordeste. Em macrorregiões como o Nordeste, é nítida a variação para grupos de maior desenvolvimento socioeconômico ou maior oferta apenas regiões de saúde onde ficam localizadas as capitais. Todavia, o grupo 1 representa 40% das regiões de saúde brasileiras e está presente em todas as macrorregiões brasileiras, caracterizando heterogeneidades dentro de uma mesma macrorregião e de um mesmo estado. É importante ressaltar o sentido que tem essa heterogeneidade para a organização da APS em um sistema universal de saúde. Todos os usuários devem ter acesso a uma mesma gama de serviços, de forma integral, coordenada e resolutiva, mas a organização dessa APS, precisa considerar a diversidade regional.

Na **comparação entre os ciclos 1 e 2**, observou-se leve melhoria da qualidade nas equipes compatíveis. Os resultados mais positivos se expressaram também para o conjunto de equipes brasileiras. No total de equipes participantes do ciclo 2, observou-se resultados em geral ligeiramente inferiores do que para as equipes compatíveis do ciclo 1. Destacaram-se, em geral, as variáveis referentes aos registros e aspectos organizacionais de governabilidade das próprias equipes.

Em relação aos atributos essenciais, houve resultados superiores do ciclo 2 no atributo primeiro contato, porém, a dificuldade de agendamento de consulta na AB em qualquer dia da semana se manteve como uma importante barreira organizacional de acesso. No atributo longitudinalidade, a continuidade da relação profissional-paciente identificada como inadequada se manteve e teve resultados ainda inferiores e o vínculo apresentou melhoria, mas com resultados ainda baixos em relação ao padrão esperado. Na integralidade, os resultados do escopo de ações se mostraram mais satisfatórios que os relacionados à resolutividade. Em geral, observou-se a ampliação do escopo de ações realizadas e que o apoio do NASF às equipes se manteve baixo, assim como, a disponibilidade de medicamentos avaliada por usuários. Em relação à coordenação, foi

menor a possibilidade de comparação entre ciclos 1 e 2. O acesso a consultas especializadas permaneceu similar, com leve aumento nos resultados de agendamento de consultas de atenção especializada realizado pela UBS. Elementos centrais como contato institucionalizado entre profissionais da rede de atenção e referências de encaminhamento foram excluídos do novo instrumento.

Quanto aos atributos derivativos, a comparação entre os ciclos 1 e 2 mostrou que a orientação para a comunidade apresentou resultados superiores no ciclo 2, em relação aos indicadores de territorialização e de participação social na perspectiva das equipes. Na percepção dos usuários, os indicadores de participação social permaneceram ruins e, na intersectorialidade, apesar de resultados superiores nos indicadores equivalentes entre os dois ciclos, o questionário do ciclo 2 extinguiu questões importantes para uma análise mais adequada. Os resultados do atributo centralidade na família foram mantidos, com poucos indicadores para a discussão do tema, e concentração dos melhores resultados na organização das visitas domiciliares, e dos piores, na variável se os profissionais da EqAB perguntam sobre os familiares dos usuários nas consultas. Os indicadores da competência cultural se mantiveram insuficientes para a análise desse atributo, visto as limitações do instrumento.

Concluimos ressaltando que através desta dissertação buscou-se colaborar para as análises da APS no Brasil a partir dos atributos definidos por Starfield (2002), sempre se pautando pelos benefícios de um sistema de saúde organizado em redes regionalizadas de atenção tendo a APS como base. Almeja-se que o pano de fundo da institucionalização da cultura da avaliação, aqui representado pelo PMAQ-AB, contribuam para um julgamento que influencie positivamente a tomada de decisão dos gestores em saúde. Entre as reflexões produzidas a partir deste estudo fica evidente que as desigualdades presentes na sociedade brasileira também se expressam na efetivação da APS e do SUS. Dadas as peculiaridades das populações são necessários 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, independente do território em que habitam. Essas desigualdades precisam ser enfrentadas para a construção de um SUS de melhor qualidade, integral, resolutivo e voltado às necessidades de saúde da população.

7. REFERÊNCIAS

Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S. (org). Democracia, descentralização e desenvolvimento. São Paulo. FGV, 2005.

Albuquerque MSV, Lyra RM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2014 out, 38 (num. especial): 182-194. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2016.

Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2014 fev, 19(2): 353-364. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00353.pdf>. Acesso em 05 de jan. 2016.

Almeida C, Macincko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília, Organização Pan-americana da Saúde/OPAS, 2006.

Almeida PF, Gervás J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2013 jul/set, 37(98): 400-415. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>. Acesso em 09 de dez. 2015.

Almeida PF, 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, 2008 ago, 24 (8): 1727-1742. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/02.pdf>. Acesso em 04 de jan. 2015.

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saude Pública, Rio de Janeiro, 2010 fev, 26(2): 286-298. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>. Acesso de 17 de dez. 2014.

Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca da coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015, p.277-303.

Almeida PF. Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. In: Giovanella L (org.). Atención Primaria de salud em Suramérica. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015. p.155-194.

Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro, [Tese de doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, 2010.

Anderson MIP, Rodrigues RD. Integralidade na prática do médico de família na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, v.1, p.71-83.

Andrade JT; Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde e Sociedade, 2010 set, [S.1]19(3): 497-508. Disponível

em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>. Acesso em 30 de jan. 2016.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012, 17(11): 2865-2875. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em 15 de nov. 2015.

Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. (org.) *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 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 E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012, 22 (4): 1333-1356. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>. Acesso em 13 de jan. 2016.

Bispo Junior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014 set, 38(102): 440-451. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0440.pdf>. Acesso em 10 de jan. 2016.

Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2006 jul/set, 11(3): 725-731. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>. Acesso em 16 de jan. 2015.

Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013. 18(1):103-114.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a.

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, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010b.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 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, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica -PMAQ-AB. Ministério da Saúde, 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório descritivo municipal PMAQ-AB. 2015.

Campos MRM, Matta GC. A Construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: Morosini MVGC, Corbo AA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.107-150.

Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2014 out, 38(num.especial): 252-264. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2016.

Campos VA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, mar/abr 2008, 42(2):347-68. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>. Acesso em 11 de dez. 2015.

Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2004, 9(1): 139-146. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>. Acesso em 12 de jan. 2015.

Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, 2014 out, 38(num.especial): 279-295. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf>. Acesso em 22 de jan. 2015.

Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC (org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.141-166.

Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 2014 out, 38(num.especial): 140-157. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>. Acesso em 10 de jan. 2016.

Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (org.) Avaliação: conceitos e métodos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p.41-60.

- Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2013 out, [S.l.], 8(29): 294-303. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828/587>. Acesso em 09 de dez. 2015.
- Conass. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Programa de Avaliação para qualificação do SUS. Brasília, [Nota técnica], 2011. 23p.
- Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 2010 nov, 10(Supl.1):15-27. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>. Acesso em 22 de out. 2014.
- Conill EM, Fausto MCR. Analisis 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, Intercâmbio EuroSocial Salud, 2007.
- Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, 2004, 20(5): 1417-1423.
- Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (org.) Avaliação: conceitos e métodos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p.263-272.
- Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência da Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev.APS*, Juiz de Fora, 2013 set, 16(3): 287-2913. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1888/746>. Acesso em 07 de jan. 2016.
- Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*[online], Rio de Janeiro, 2010, 26(4): 725-737. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>. Acesso em 26 de nov. 2015.
- Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011, 16(Supl.1): 1029-1042. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>. Acesso em 10 de nov. 2014.
- Cunha EM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Rio de Janeiro, [Tese de doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, 2009.
- Curto, M. Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores. Ribeirão Preto. [Dissertação de mestrado]. USP, São Paulo, 2009.
- Damasceno SS. Avaliação da Orientação à Atenção Primária à Saúde da Criança. Paraíba [Dissertação de mestrado], UFPB, 2014.
- Davis K, Stremikis K, Schoen C, Squires D. Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Common wealth 2014 Update. New York: The Commonwealth Fund, jun 2014.
- Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asistencial*, 2001, 16(1):580-587. Disponível em <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%20parte.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2016.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology e Laboratory Medicine*.

Chicago, 1990, 114(11): 1115-1118.

Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2011 fev, 45(1): 204-211. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf>. Acesso em 19 de dez. 2015.

Dubois CA, Champagne F, Bilodeau H. Histórico da avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. (org.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p.19-39.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohr A, Kishima V, Escrivão AJ, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2006 Jul-Set;11(3): 633-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>. Acesso em 09 de nov. 2014.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Pan-americana de Salud Publica*, 2007, 21(2): 164-176. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>. Acesso em 13 de dez. 2014.

Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES; 2008.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2006 jul/set, 11(3): 669-681. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>. Acesso em 28 de out. 2015.

Faria RM. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação aos perfis do território. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, 2013, 9(16):131-147. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>. Acesso em 14 de jan. 2016.

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Fonseca HMS, 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*, 2014 out, 38 (num.especial):13-33. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>. Acesso em 10 de dez. 2014.

Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD (org). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro, ESPJV/FIOCRUZ, v.4, 2007. p.43-67.

Fausto MCR, Mendonça MHM, Giovanella L. Experiências de avaliação de Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: Fausto MCR, Seidl H. *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Saberes Editora, Rio de Janeiro, 2013.

Fausto MCR, Souza Junior PRB. 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. Mimeo. Rio de Janeiro, 2013.

Ferreira MP, Dini NP. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: Viana, AL, Lima, LD. (org.) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil* Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.

- Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais, Rio de Janeiro, Medbook, 2010. p.1-14.
- Fonseca Sobrinho D, Machado ATGM, Lima AMLD, Reis CMR, Abreu DMX, Araújo LHL, Evangelista MLF, Escobar AL, Santos CRI, Santos AF. 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, 2014 out, 38(num.especial): 83-93. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0083.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2016.
- Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. The King's Found, 2010. Disponível em http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf. Acesso em 04 de nov. 2015.
- Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro, Medbook, 2010. p.43-56.
- Garcia LMT, Maio IG, Santos RI, Folha CBJC, Watanabe HAW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014 dez, 38(103): 966-980. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0966.pdf>. Acesso em 18 de jan. 2016.
- Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, 2014, 35(2):144-9. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>. Acesso em 01 de dez. 2015.
- Gervás J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol.*, São Paulo, 2005, 8(2): 205-218. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n1/14.pdf>. Acesso em 09 de jan. 2015.
- Gérvas J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). In: Navarro B, Martíns-Zurro A (org.) La atención primaria de salud en España y sus Comunidades. Barcelona: Semfyc; 2009. p.91-104.
- Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006 jun, 22(6):1171-1181. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em 13 de nov. 2015.
- Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro E, Mendonça MHM, Gagno J. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. [Nota Técnica], Pesquisa Regiões e Redes, 2015. Disponível em http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf. Acesso em 13 de dezembro de 2015.
- Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2002, 26(60):37-61.
- Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. p.493-546.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Andrade CLT, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Martins MIC, Cunha MS, Teixeira CP. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos - Vitória (ES). Relatório de pesquisa, 2009b. Disponível em:

<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9436>. Acesso em 29 de out. 2014.

Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, Andrade CLT, Martins MIC, Senna MCM, Sisson MC. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun, 34(85): 248-264. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Potencialidades.pdf>. Acesso em 17 de out. 2014.

Giovanella L, Stegmüller K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, América do Norte, 2014 abr, 5(1): 101-113. Disponível em <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/179>. Acesso em 28 de jan. 2015.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006 mai, 22(5): 951-963. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>. Acesso em 29 de nov. 2014.

Giovanella L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, 2014 out, 51: 30-37.

Giovanella L, Mendonça, MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2009a mai/jun, 14(3): 783-794. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>. Acesso em 26 de nov. 2014.

González JAA, Vite VV, Ramírez HJG. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Secretaría de Salud, México, 2014. Disponível em <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf>. Acesso em 07 de janeiro de 2016.

Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, 2012.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004, 20(supl.2): s331-s336. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. Acesso em 08 de ago. 2014.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006 ago, 22(8): 1649-1659. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>. Acesso em 23 de nov. 2014.

Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Bol Saúde*, Porto Alegre, 2004; 18: 23-40.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana AL. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>. Acesso em 19 de out. 2014.

Inojosa RM, Junqueira A. O setor da saúde e o desafio da intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, São Paulo, 1997, 21. p.156-164

Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev. Adm.*

Pública, Rio de Janeiro, 2000 nov/dez, 34(6): 35-45. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>. Acesso em 06 de jan. 2016.

Konder MT. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, [Dissertação de mestrado], ENSP/FIOCRUZ, 2013.

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 2010 mar, p.10-65. Disponível em <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>. Acesso em 15 de nov. 2014.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, 15(5): 2307-2316. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467006>. Acesso em 30 de dez. 2015.

Kuschnir R, Fausto MCR. Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde. In: Kuschnir R, Fausto MCR. *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2014.

Leao CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, 11(3): 323-334, 2011 set. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>. Acesso em 22 de dez. 2015.

Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011, 16(11):4415-4423. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>. Acesso em 03 de jan. 2015.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2001 jul./dez, 6(2): 269-291. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>. Acesso em 17 de out. 2014.

Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012, 17 (11): 2881-2892. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>. Acesso em 11 de jan. 2016.

Lima LD. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil : desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p. – (Textos para Discussão n. 15)

Lima LD. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: Asensi FD, Pinheiro R (Orgs.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. p.131-161.

Lobato LV, Giovanella L. Sistema de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. p.107-140.

Macincko J, Almeida C. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 4(19): 303-317.

- Macincko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.*, 2003 jun, 38(3): 831-865. Disponível em http://www.jhsph.edu/sebin/k/k/2003_HSR_Macinko.pdf. Acesso em 08 de jan. 2015.
- Magalhães Junior HM, Gariglio MT, Teixeira OGS. Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH. Mimeo. Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002.
- Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, 2014 out, 51:14-29. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em 15 de out. 2015.
- Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, 2014 out, 52:15-37. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em 18 de jan. 2015.
- Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from Primary Care in the United States and United Kingdom. *Family Medicine* 2001; 33(1):22-27. Disponível em <http://www.stfm.org/Portals/49/Documents/FMPDF/FamilyMedicineVol33Issue1Arch22.pdf>. Acesso em 12 de jan. 2016.
- Mattos RA Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001.p 39-66.
- Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pereira Junior E, Luz LA, Anjos DSO, Pinto ICM. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 2014 out., 38(num.especial): 69-82.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, 2014 out, 52:38-49.
- Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas OS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014 out., 38(num.especial): 109-123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0109.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2016.
- Mesquita Filho M, Luz BSR, Araujo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2014 jul, 19(7): 2033-2046. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02033.pdf>. em Acesso em 07 de nov. 2015.
- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012, 17(8):2071-2085.
- Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005 jun, 21 (3): 898-906. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>. Acesso em 13 de dez. 2015.

Monken M. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Barcellos C (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 141-163.

Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev, 23(1):122-127. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf>. Acesso em 02 de dez. 2015.

Müller CP, Araujo VE, Bonilha ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. Rev. Eletr. Enf., 2007, 9(3):858-865. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>. Acesso em 20 de jan. 2015.

Navarrete, M. L. V., Lorenzo, I. V. (Org.). Organizaciones sanitarias integradas: um estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009.

Ney MS, Pierantoni CR, Lapao LV. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2015 mar, 39(104): 43-55. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00043.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2016.

Nogueira JÁ, Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. Rev. Bras. epidemiol., São Paulo, 2011 jun, 14(2): 207-216. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf>. Acesso em 19 de nov. 2015.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm, Brasília, 2013 set., 66(num.especial): 158-164. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em 16 de dez. 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária a Saúde: Agora mais que nunca. Relatório mundial de saúde, 2008.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, URSS, 1978.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Redes e Regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Brasília, OPAS, 2011.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, OPAS, 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

OPAS. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS, OPAS, 2013.

OPAS/OMS. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da OPAS/OMS. Brasília, 2005.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Papoula SR. O processo de trabalho intersectorial das ESF no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. Rio de Janeiro [Dissertação de mestrado], ENSP/FIOCRUZ, 2006.

Pereira ATS, Noronha J, Cordeiro H, Dain S, Pereira TR, Cunha FTS, Junior HC. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24 (supl. 1): s123-s133. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/17.pdf>. Acesso em 01 de nov. 2015.

Pinto HA, Sousa A, Florencio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implementação. *RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*. Rio de Janeiro, 2012, 6(supl.2). Disponível em http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf. Acesso em 11 de jan. 2015.

Pinto HA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Rio Grande do Sul, [Dissertação de mestrado] UFRGS, 2014.

Reichert APS, Leonico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMCV, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2016 jan, 21(1): 119-127. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0119.pdf>. Acesso em 10 de dez. 2015.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem*, 2004 jul/ago, 12(4):658-664. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2014.

Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care and selective primary health care'. *Social Science and Medicine*, 1986, 23(6): 559-566. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3764507>. Acesso em 15 de jul. 2015.

Sala AS, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.*, São Paulo, 2011, 20(4): 948-960. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/12.pdf>. Acesso em 06 de jan. 2016.

Saltman RB, Rico A, Boerma GWG (org.) Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Rocha AMO, Neto AAS. O NASF como dispositivo de gestão: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2012, 16(3): 317-324.

Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude soc.*, São Paulo, 2015 jun, 24(2): 438-446. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em 04 de jan. 2016.

Schweitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado Integrative and Complementary Therapies in Primary Health Care: a way to humanize care. *O Mundo da Saúde*, São Paulo – 2012, 36(3):442-451. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/6.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

Silva Júnior AG, Alves MGM, Costa MGLC, Lima RHP. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015, p.65-88.

Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, 2014 abril, 67(2): 274-281. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf>. Acesso em 24 de out. 2016.

Silva NC. Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus. [Tese de doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

Soares S, Lima L, Castro A. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, América do Norte, 2014 julho, 5(2): 170-177. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/214>. Acesso em 27 de set. 2015.

Sousa LB, Pinheiro AKB, Pagliuca LMF. Da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jul/set, 17(3):321-325. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a04.pdf>. Acesso em 18 de dez. 2015.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, 2008, 24(suppl.1): s100-s110. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em 20 de out. 2015.

Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary care to health systems and health. *Journal List Milbank Q*, 2005 sep, 83(3): 457-502. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>. Acesso em 17 de jan. 2015.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

Targa LV, Oliveira FA. Cultura, saúde e médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre, Artmed, 2012. p.52-59.

Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

Tejerina Silva H. Atención primaria de salud em Bolivia, Ecuador y Venezuela: Transición hacia la atención primaria integral? In: Giovanella L (org.). *Atención Primaria de salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015. p.111-154.

Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, 2015 jun, 15(2): 171-180. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>. Acesso em 12 de fev. 2016.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004, 20(suppl.2): s190-s198. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em 29 de jan. 2015.

Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015 set, 31(9): 1941-1952. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>. Acesso em 18 de jan. 2016.

Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, 1998, 14 (supl.2): s07-s18. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em 20 de jul. 2015.

Van Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): s148-s58. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>. Acesso em 23 de nov. 2015.

Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008 jan, 24(supl. 1): s173-s182. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>. Acesso em 11 de out. 2015.

Veiga Junior VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev. bras. farmacogn.*, João Pessoa, 2008 jun, 18(2): 308-313. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v18n2/27.pdf>. Acesso em 02 de nov. 2015.

Viana AL, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2010 ago, 15(5): 2317-2326. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>. Acesso em 09 de out. 2015.

Viana AL, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24(supl.1): s79-s90. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/13.pdf>. Acesso em 27 de jan. 2015.

Viana AL. Relatório Metodológico da Tipologia das CIR. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2014 jul. Disponível em: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1. VARIÁVEIS, PADRÕES DE REFERÊNCIA E INDICADORES POR ATRIBUTO DA APS – CICLO 1 PMAQ-AB

Quadro 21. Atributo primeiro contato: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Horários de funcionamento		
I.7.1. Quantos turnos de funcionamento esta UBS oferece a população?	Dois turnos ou três turnos	% de UBS que oferecem dois ou mais turnos de atendimento à população
I.7.3. Esta UBS funciona quantos dias na semana?	5, 6 ou 7 dias	% de UBS que funcionam 5 ou mais dias na semana
I.7.4. Qual a carga horária diária de funcionamento da UBS?	8 horas/dia ou mais	% de UBS que funcionam 8 horas/dia ou mais
I.7.6. Esta UBS oferece atendimento à população nos fins de semana?	Sim	% de UBS que oferecem atendimento à população nos fins de semana
III.5.7. O horário de funcionamento desta UBS atende às suas necessidades?	Sim	% de usuários que afirmam que o horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades
III.5.2. O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta Unidade de Saúde?	Perto ou razoável	% de usuários que afirmam que a distância da sua casa até a UBS é perto ou razoável
Acolhimento		
II.15.1. Está implantado o acolhimento da UBS?	Sim	% de EqAB que afirmam que está implantado o acolhimento na UBS
II.15.4. Todos os usuários que chegam à UBS espontaneamente buscando atendimento, tem suas necessidades escutadas e avaliadas?	Sim	% de EqAB que afirmam que todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas
II.15.9. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento aos usuários?	Sim	% de EqAB que afirmam que os profissionais que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários
III.7.1. Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à UBS sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, o senhor consegue ser escutado?	Sim	% de usuários que afirmam que, na maioria das vezes que vão a UBS sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, conseguem ser escutados(as)
III.7.4. O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?	Muito bom ou bom	% de usuários que consideram muito bom ou bom, a forma como é acolhido(a)/recebido(a) ao procurar o serviço
Agendamento da consulta na AB		
II.15.14./1 Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reservas de vagas para atendimento no mesmo dia?	Sim	% de EqAB que comprovam que caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia
II.15.17 Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que	Sim	% de EqAB que afirmam que nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
possui atendimento programado na UBS, ele consegue sair dessa unidade com a consulta marcada?		possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada
II.16.12. Como são agendadas as consultas na UBS?	Em qualquer dia da semana em qualquer horário	% de EqAB que afirmam que as consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário
III.6.1. Na maioria das vezes como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na unidade de saúde?	Vai à unidade e marca atendimento a qualquer hora	% de usuários que afirmam que para marcar consulta na UBS, vão a UBS a qualquer hora e marcam o atendimento
	Marca por telefone	% de usuários que afirmam que para marcar consulta na UBS, marcam por telefone
	Vão a UBS mas tem que pegar ficha	% de usuários que afirmam que para marcar consulta na UBS, vão a UBS mas tem que pegar ficha*
	Vão a UBS e para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da UBS abrir	% de usuários que afirmam que para marcar consulta na UBS, vão a UBS e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da UBS abrir*
III.6.2. Em geral, a marcação de consulta nesta UBS pode ser feita:	O ACS marca a consulta	% de usuários que afirmam que para marcar consulta na UBS, o ACS marca a consulta*
	Todos os dias da semana	% de usuários que afirmam que a marcação de consultas pode ser feita todos os dias da semana
Atendimento de urgência/emergência		
II.15.8. A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta UBS?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde
III.7.8. Onde o(a) senhor(a) procurou atendimento? (em relação à urgência)	Nesta UBS	% de usuários que afirmam, que no caso de urgência procuraram atendimento nesta UBS

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

*: Indicadores cujo padrão de referência são as respostas negativas.

Quadro 22. Atributo longitudinalidade: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Continuidade da relação profissional-paciente		
II.3.5. Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta Equipe de Atenção Básica?	3 anos ou mais	% de EqAB em que o respondente atua 3 anos ou mais em sua equipe
II.32.5. Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada a busca ativa no território?	Hipertensos faltosos	% de EqAB que afirmam que nas visitas domiciliares, os ACS realizam a busca ativa dos hipertensos faltosos
III.9.7. Nesta UBS, o(a) senhor(a) é atendido pelo mesmo médico?	Sim	% de usuários que afirmam que sempre são atendidos(as) pelo mesmo médico na UBS
III.9.9. Nesta UBS, o(a) senhor(a) é atendido pelo mesmo enfermeiro?	Sempre	% de usuários que afirmam que sempre são atendidos(as) pelo mesmo enfermeiro na UBS
III.9.13. Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?	Sim	% de usuários que afirmam que os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas
III.9.16. Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta UBS, os profissionais procuram o(a)	Sim	% de usuários que afirmam que quando interrompem o tratamento por algum motivo ou não comparecem à consulta na UBS, os profissionais os procuram para saber o que

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		aconteceu e retomar o atendimento
III.14.5. Depois que a criança nasceu a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?	Sim	% de usuários que afirmam que a equipe fez uma visita à criança com até sete dias de vida
Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)		
III.5.10. Se o(a) senhor(a) quiser, pode escolher a equipe que lhe atende?	Sim	% de usuários que afirmam que, se quiserem, podem escolher a equipe que lhe atende
III.9.1. Durante o atendimento nesta Unidade de Saúde, o (a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?	Sim	% de usuários que afirmam que o médico deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas
III.9.3. Durante o atendimento nesta Unidade de Saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?	Sim	% de usuários que afirmam que o enfermeiro deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas
III.9.14. Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	Sempre	% de usuários que afirmam que quando precisam tirar dúvidas após as consultas, sempre tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam
III.9.18. O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?	Sempre	% de usuários que afirmam se sentir à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

Quadro 23. Atributo abrangência/integralidade: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Serviços realizados/escopo de ações		
I.7.8 Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os dias e horários de funcionamento da UBS?	Consultas médicas	% de UBS que ofertam consultas médicas
	Consultas de enfermagem	% de UBS que ofertam consultas de enfermagem
	Consultas odontológicas	% de UBS que ofertam consultas odontológicas
	Dispensação de medicamentos pela farmácia	% de UBS que dispensam medicamentos pela farmácia
	Vacinação	% de UBS que ofertam vacinação
II.16.6. A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado?	Sim	% de EqAB que afirmam programar consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários de cuidado continuado
II.17.5. Quais os exames solicitados para HAS?	Creatinina	% de EqAB que afirmam solicitar exame de creatinina para HAS
II.17.6. Quais os exames solicitados para DM?	Hemoglobina glicosilada	% de EqAB que afirmam solicitar exame de hemoglobina glicosilada para DM
II.17.9. Quais os exames solicitados para saúde da mulher na idade de 50 a 69 anos?	Mamografia	% de EqAB que afirmam solicitar mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
II.17.10. Quais os exames solicitados para o pré-natal?	Sorologia para HIV	% de EqAB que afirmam solicitar sorologia para HIV no pré-natal
II.20.3. A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar coleta de material para exames de laboratório
II.20.7. A equipe de Atenção Básica realiza procedimentos/ pequenas cirurgias na UBS?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar procedimentos/pequenas cirurgias
II.20.8. A EqAB realiza os seguintes procedimentos/ pequenas cirurgias:	Sutura de ferimentos	% de EqAB que afirmam realizar sutura de ferimentos
II.32.6. A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que necessitam receber cuidado no domicílio?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que necessitam receber cuidado no domicílio
III.14.16. Em que local foram feitas a maioria das vacinas da criança?	Nesta UBS	% de usuários que afirmam ter feito a maioria das vacinas da criança na UBS
III.15.3. Onde o (a) Senhor (a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	Nesta UBS	% de usuários que afirmam ter feito a maioria das consultas de HAS na UBS
III.16.3. Onde o (a) Senhor (a) fez a maioria das consultas por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	Nesta UBS	% de usuários que afirmam ter feito a maioria das consultas de diabetes na UBS
III.10.6. A Senhora faz o exame preventivo do câncer do colo do útero (exame papanicolau) nesta Unidade de Saúde?	Sim	% de usuárias que afirmam ter feito o exame preventivo de câncer de colo de útero na UBS
III.11.6 Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?	Nesta UBS	% de usuárias que afirmam ter feito a maioria das consultas de pré-natal na UBS
Resolutividade		
I.3.5. Quantidade de profissionais da equipe mínima de cada equipe existente na UBS	1 ou mais médicos	% de UBS que possuem médico
	1 ou mais enfermeiros	% de UBS que possuem enfermeiro
	1 ou mais cirurgiões-dentista	% de UBS que possuem cirurgião-dentista
II.12.2. Quem realiza apoio à equipe de atenção básica para resolução de casos considerados complexos?	NASF	% de EqAB que afirmam receber apoio de profissionais do NASF
II.12.3. Equipes que recebem apoio dos seguintes profissionais do NASF	Psicólogo	% de EqAB que afirmam receber apoio de psicólogo do NASF
	Fisioterapeuta	% de EqAB que afirmam receber apoio de fisioterapeuta do NASF
	Nutricionista	% de EqAB que afirmam receber apoio de nutricionista do NASF
	Assistente Social	% de EqAB que afirmam receber apoio de assistente social do NASF
	Farmacêutico	% de EqAB que afirmam receber apoio de farmacêutico do NASF
	Ginecologista	% de EqAB que afirmam receber apoio de ginecologista do NASF
Pediatra	% de EqAB que afirmam receber apoio de pediatra do NASF	

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
	Psiquiatria	% de EqAB que afirmam receber apoio de psiquiatra do NASF
II.8.1. Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica?	Sim	% de EqAB que afirmam que no município há ações de educação permanente envolvendo profissionais da AB
II.8.4 Quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Sim	% de EqAB que afirmam que quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe
II.20.1. A equipe possui/recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a sua população?	Sim	% de EqAB que afirmam receber medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a população
II.20.5. A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar todas as vacinas do calendário básico
III.8.1. Quando o senhor é atendido nessa UBS, o senhor acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria UBS?	Sempre	% de usuários que afirmam que quando são atendidos na UBS, acham que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria UBS
III.18.1. Quando o senhor procura atendimento nesta UBS, falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?	Nunca	% de usuários que afirmam que quando procuram atendimento na UBS, nunca falta material ou equipamento que prejudique seu atendimento
III.9.22 O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?	Sempre	% de usuários que afirmam que sempre encontram facilidade para saber os resultados de seus exames
III.18.2. Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível na UBS?	Sempre	% de usuários que afirmam que quando o profissional receita um medicamento, este sempre está disponível
III.7.5. As orientações que os profissionais dão para o senhor na UBS atendem suas necessidades?	Sempre	% de usuários que afirmam que as orientações que os profissionais fornecem na UBS sempre atendem suas necessidades

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

Quadro 24. Atributo coordenação: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Continuidade informacional		
II.14.5. Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	Sim	% de EqAB que afirmam existir prontuário eletrônico implantado
II.14.6. O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	Sim	% de EqAB que afirmam que o prontuário eletrônico está integrado com outros pontos da rede de atenção
II.18.3./1 Existe comprovação de fichas de encaminhamento dos usuários para demais pontos de atenção?	Sim	% de EqAB que comprovam existir fichas de encaminhamento dos usuários para demais pontos de atenção
II.17.2./1 Existe comprovação que a equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	Sim	% de EqAB que comprovam manter registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção
II.25.4. A Equipe de Atenção Básica possui registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com	Sim	% de EqAB que afirmam possuir registro das pessoas com HAS com maior risco/gravidade

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
maior risco/gravidade?		
II.26.4. A Equipe de Atenção Básica possui registro de pessoas com diabetes mellitus com maior risco/gravidade?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir registro das pessoas com DM com maior risco/gravidade
II.27.1/1. A Equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com tuberculose?	Sim	% de EqAB que comprovam possuir registro do número de usuários com tuberculose
II.28.1/1. A Equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	Sim	% de EqAB que comprovam possuir registro do número de usuários com hanseníase
Ordenamento de fluxos assistenciais		
II.17.3. A equipe possui protocolos com definição de prioridades para encaminhamento?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir protocolos com definição de prioridades de encaminhamento
II.17.4. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:	Pré-natal	% de EqAB que afirmam possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para pré-natal
	HAS	% de EqAB que afirmam possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para HAS
	DM	% de EqAB que afirmam possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para DM
II.18.4. A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos dos usuários do território da equipe?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos dos usuários do território da equipe
II.18.5. Quais as referências e fluxos definidos?	Câncer de mama	% de EqAB que afirmam possuir referências e fluxos definidos para câncer de mama
	Câncer de colo de útero	% de EqAB que afirmam possuir referências e fluxos definidos para câncer de colo de útero
	Parto	% de EqAB que afirmam possuir referências e fluxos definidos para parto
III.11.20. Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?	Sim, sempre	% de usuárias que afirmam que na consulta de pré-natal já saem com a próxima consulta marcada
III.11.22. A senhora foi orientada sobre o lugar (maternidade) que faria o parto?	Sim	% de usuárias que afirmam ter sido orientada sobre a maternidade que fariam o parto
Acesso à consultas/exames especializados		
II.18.2. Quais as centrais de marcação disponíveis?	Marcação de consulta especializada	% de EqAB que afirmam possuir central para marcação de consulta especializada
	Marcação de exames	% de EqAB que afirmam possuir central para marcação de exames
II.17.1. Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais formas possíveis?	O paciente sai da UBS com a consulta agendada	% de EqAB que afirmam que quando o usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para consulta especializada, já sai da UBS com a consulta agendada
	A consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao	% de EqAB que afirmam que quando o usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para consulta especializada, a consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao paciente

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
	paciente	
II.25.6. A equipe coordena a fila de espera para usuários com HAS?	Sim	% de EqAB que afirma coordenar a fila de espera para usuários com HAS
II.26.6. A equipe coordena a fila de espera para usuários com DM?	Sim	% de EqAB que afirma coordenar a fila de espera para usuários com DM
III.9.19. Quando o senhor precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?	Sempre	% de usuários que afirmam que quando precisam, os profissionais da equipe sempre conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas
III.9.20. Quando o senhor é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?	Sai da UBS com a consulta agendada	% de usuários que afirmam que quando são atendidos na UBS e necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas, saem da UBS com a consulta agendada
	A consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	% de usuários que afirmam que quando são atendidos na UBS e necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas, a consulta é marcada pela UBS e depois informada
Comunicação direta entre serviços AB e AE		
II.18.6. Os profissionais da equipe de atenção básica fizeram contato com especialistas?	Sempre	% de EqAB que afirmam que fizeram contato com especialistas
II.18.7 A equipe de atenção básica foi contatada por especialistas?	Sempre	% de EqAB que afirmam que foram contatadas por especialistas
II.18.8. A UBS possui fluxo de comunicação entre AB e AE?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir fluxo de comunicação entre AB e AE
II.18.9 Qual fluxo institucional de comunicação entre AB e AE?	Discussão de casos	% de EqAB que afirmam possuir a discussão de casos como fluxo institucional de comunicação entre AB e AE
	Reuniões técnicas com especialistas da rede	% de EqAB que afirmam possuir a reuniões técnicas com especialistas como fluxo institucional de comunicação entre AB e AE
	Telessaúde	% de EqAB que afirmam possuir telessaúde como fluxo institucional de comunicação entre AB e AE
	Ficha de referência/ contra-referência	% de EqAB que afirmam possuir ficha de referência/ contra-referência como fluxo institucional de comunicação entre AB e AE
II.18.11. Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefones e/ou e-mail?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir uma lista de contatos na UBS com os especialistas da rede SUS
III.9.21. Depois que o senhor foi atendido por outros profissionais fora da UBS, a equipe conversou com o senhor sobre este atendimento?	Sempre	% de usuários que afirmam que depois que foram atendidos por outros profissionais fora da UBS, a EqAB sempre conversou sobre o atendimento

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

Quadro 25. Atributo orientação para a comunidade: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
-------------------------	-----------------------	-------------

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Territorialização		
I.3.5. Quantidade de profissionais da equipe mínima de cada equipe existente na UBS:	4 ou mais ACS	% de UBS que possuem 4 ou mais ACS
II.13.3. Existe definição de área de abrangência da equipe?	Sim	% de EqAB que afirmam existir definição de área de abrangência
II.13.7. Existe população descoberta pela AB no entorno do território da equipe?	Sim	% de EqAB que afirmam existir população descoberta pela AB no entorno do território da equipe
II.13.1. Qual o número de pessoas de responsabilidade da equipe?	Até 3500 pessoas	% de EqAB que afirmam existir até 3500 pessoas sob sua responsabilidade
II.13.2. A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim	% de EqAB que afirmam que a gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de quantidade de pessoas sob sua responsabilidade
II.13.4. A Equipe de Atenção Básica possui mapas com desenho do território de abrangência?	Sim	% de EqAB que afirmam possuir mapas com desenho do território de abrangência
II.13.6. Quando foi realizado o último mapeamento da área de abrangência da equipe?	Até 12 meses	% de EqAB que realizaram mapeamento da área de abrangência da equipe nos últimos 12 meses
II.9.10. A Equipe de Atenção Básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
II.9.2. Nos últimos 12 meses, a equipe realizou algum processo de levantamento de problemas?	Sim	% de EqAB que afirmam que nos últimos 12 meses, realizou algum processo de levantamento de problemas
II.9.4. Foi estabelecido um plano de ação?	Sim	% de EqAB que afirmam que estabeleceram um plano de ação
III.8.8. Na opinião do senhor, durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?	Sempre	% de usuários que afirmam que durante as consultas, os profissionais da EqAB sempre sugerem soluções adequadas a sua realidade
Intersetorialidade		
II.11.4. A equipe planeja/programa suas atividades considerando o envolvimento de outros setores (intersetorialidade) que atuam na sua área	Sim	% de EqAB que afirmam planejar suas atividades considerando o envolvimento de outros setores (intersetorialidade) que atuam na sua área
II.13.5. O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens?	Sinalização de áreas de risco	% de EqAB que afirmam que o mapa apresentado contém sinalização de áreas de risco
	Sinalização dos equipamentos sociais	% de EqAB que afirmam que o mapa apresentado contém sinalização dos equipamentos sociais
II.33.1. A equipe de Atenção Básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento do Programa Bolsa Família?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento do Programa Bolsa Família
II.33.3/1 Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?	Sim	% de EqAB que comprovam existir mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família
II.38.2/1. A equipe realiza e registra as atividades realizadas na escola?	Sim	% de EqAB que comprovam realizar atividades na escola
II.31.4. Os ACS fazem ações educativas sobre a qualidade da água	Sim	% de EqAB que afirmam que os ACS fazem ações educativas sobre a qualidade da água das

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
de cisternas?		cisternas
Participação Social		
II.35.5. Há conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente?	Sim	% de EqAB que afirmam existir conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente
II.34.1. A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	Sim	% de EqAB que afirmam dispor de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na AB
II.35.1. A equipe realiza pesquisa de satisfação dos usuários?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar pesquisa de satisfação dos usuários
II.35.4. A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Sim	% de EqAB que afirmam considerar a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho
III.19.1. Quando o senhor quer fazer uma reclamação ou sugestão na Unidade de Saúde, o senhor consegue?	Sim	% de usuários que afirmam que quando querem fazer uma reclamação ou sugestão na UBS, conseguem
III.19.2. Quando o senhor fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?	Sim, teve rapidamente	% de usuários que afirmam que quando fizeram alguma relação ou sugestão, rapidamente tiveram um retorno

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

Quadro 26. Atributo centralidade na família: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Abordagem familiar		
II.14.1./1 Os prontuários dos usuários da equipe de AB são organizados por núcleos familiares?	Sim	% de EqAB que comprovam que os prontuários dos usuários são organizados por núcleos familiares
II.32.1 Outros membros da equipe, além dos ACS, realizam visita domiciliar?	Sim	% de EqAB que afirmam que outros membros da equipe além dos ACS realizam visita domiciliar
II.32.3. As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	Sim	% de EqAB que afirmam visitar com periodicidade distinta as famílias da área de abrangência, de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade
II.32.11. A equipe registra as consultas ou atendimentos realizados no domicílio?	Sim, registra em prontuário Sim, registra em ficha própria	% de EqAB que afirmam registrar as consultas ou atendimentos realizados no domicílio
III.9.12. Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	Sempre	% de usuários que afirmam que os profissionais da EqAB perguntam sobre seus familiares
III.9.23. O seu Agente Comunitário de Saúde (ACS) visita o (a) Senhor (a) na sua casa?	Sim	% de usuários que afirmam receber visita do ACS
III.9.24. Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do (a) Senhor (a)?	Sim	% usuários que afirmam receber visita de outros profissionais de saúde

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

Quadro 27. Atributo competência cultural: variáveis, padrões de referência e indicadores para análise dos dados do PMAQ-AB

COMPONENTES E VARIÁVEIS	PADRÕES DE REFERÊNCIA	INDICADORES
Abordagem cultural		
II.39.1. A equipe realiza ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo?	Sim	% de EqAB que afirmam realizar ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo
II.39.2. A equipe atende a população rural, assentada e quilombolas?	Sim	% de EqAB que afirmam atender a população rural, assentada e quilombola
II.30.1. A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	Sim	% de EqAB que afirmam oferecer o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território
III.7.6. O(a) senhor(a) se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, sua religião?	Sempre	% de usuários que afirmam se sentir respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião

Fonte: Instrumentos do PMAQ-AB ciclo 1, 2012. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo

ANEXO 2. VARIÁVEIS E PADRÕES DE REFERÊNCIA DAS VARIÁVEIS COMPATÍVEIS CICLO 2 PMAQ-AB

Quadro 28. Primeiro contato: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
Horário de funcionamento		
UBS		
I.7.1. Quantos turnos de funcionamento esta UBS oferece a população?	I.8.1. Quais os turnos de atendimento?	2 ou mais
I.7.3. Esta UBS funciona quantos dias na semana?	I.8.2. Esta UBS funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?	5 ou mais
I.7.4. Qual a carga horária diária de funcionamento da UBS?	I.8.5. Nos dias em que a UBS funciona: Em que horário abre? Em que horário fecha?	8 horas ou mais
I.7.6. Esta UBS oferece atendimento à população nos fins de semana?	I.8.2. Esta UBS funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?	Sábado e domingo
Usuários		
III.5.7. O horário de funcionamento desta UBS atende às suas necessidades?	III.5.7. O horário de funcionamento desta UBS atende às suas necessidades?	Sim
III.5.2. O que o senhor acha da distância da sua casa até esta UBS?	III. 5.2. Chegar até essa UBS é:	Muito fácil, fácil e razoável
Acolhimento		
EqAB		
II.15.1. Está implantado o acolhimento da UBS?	II.12.1. A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta UBS?	Sim
II.15.9. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento aos usuários?	II.12.18. Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
Usuários		
III.7.1. Na maioria das vezes que o senhor vem à UBS sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, o senhor consegue ser escutado?	III.7.3. No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?	Sim
III.7.4. O que o senhor acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?	III.7.2. Quando o senhor vem a unidade sem hora marcada como o senhor foi recebido?	Muito bem e bem
Agendamento da consulta na AB		
EqAB		
II.15.14./1 Existe comprovação, caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reservas de vagas para atendimento no mesmo dia?	II.12.6. Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim
II.15.17 Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na UBS, ele consegue sair dessa UBS com a consulta marcada?	II.12.9. O usuário consegue sair da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim
II.16.12. Como são agendadas as consultas na UBS?	II.12.12. Como são agendadas as consultas na UBS?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
Usuários		

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
III.6.1. Na maioria das vezes como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na UBS?	III.6.1. Na maioria das vezes, como é marcada consulta na UBS?	Vai a UBS e marca atendimento; Marca por telefone; Vai à UBS mas tem que pegar ficha sem ficar na fila*; Vai a UBS e fica na fila para pegar ficha*; O ACS marca a consulta.*
III.6.2. Em geral, a marcação de consulta nesta UBS pode ser feita:	III.6.2. Quando o senhor consegue marcar consulta, normalmente pode ser feita:	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
Atendimento de urgência e emergência		
EqAB		
II.15.8. A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta UBS?	II.12.8. A equipe realiza atendimento de:	Não para “Não realiza atendimento de urgência e emergência”

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

*: Essas respostas não são um padrão de referência, pois se espera um maior número de respostas negativas nas mesmas. Constam para auxiliar na análise dos dados.

Quadro 29. Longitudinalidade: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
Continuidade da relação profissional-paciente		
EqAB		
II.3.5. Quanto tempo o senhor atua nesta equipe de Atenção Básica?	II.3.5. Quanto tempo o senhor atua nesta equipe de atenção básica?	3 anos ou mais
II.32.5. Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada a busca ativa no território?	II.14.7. A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:	Hipertensão arterial sistêmica
Usuários		
III.9.7. Nessa UBS, o senhor é atendido pelo mesmo médico?	III.9.3. Nessa UBS, o senhor é atendido pelo mesmo médico?	Sempre
III.9.9. Nessa UBS, o senhor é atendido pelo mesmo enfermeiro?	III.9.4. Nessa UBS, o senhor é atendido pelo mesmo enfermeiro?	Sempre
III.9.16. Quando o senhor interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem a consulta nesta UBS, os profissionais procuram o senhor para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	III.9.9. Quando o senhor interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta UBS, os profissionais procuram o senhor para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	Sempre e na maioria das vezes
III.14.5. Depois que a criança nasceu a equipe fez uma consulta até sete dias de vida?	III.17.1. Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?	Sim
Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)		
Usuários		
III.9.1. Durante o atendimento nesta	III.9.1. O senhor acha que o tempo de	Sim

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
UBS, o médico deixa tempo suficiente para o senhor falar sobre as suas preocupações ou problemas?	consulta com o médico é suficiente?	
III.9.3. Durante o atendimento nesta UBS, o enfermeiro deixa tempo suficiente para o senhor falar sobre as suas preocupações ou problemas?	III.9.2. O senhor acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?	Sim
III.9.14. Quando o senhor precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	III.9.7. Quando o senhor precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	Sempre
III.9.18. O senhor se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?	III.8.7. O senhor se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações?	Sempre

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Quadro 30. Abrangência/Integralidade: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
Serviços realizados/escopo de ações		
UBS		
I.7.8. Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os dias e horários de funcionamento da UBS?	I.8.6. Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da UBS?	Consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, dispensação de medicamentos e vacinação
EqAB		
II.16.6. A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado?	II.13.1. A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?	Consultas para cuidado continuado
II.17.5. Quais os exames solicitados para HAS?	II.15.1. Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?	Creatinina
II.17.6. Quais os exames solicitados para DM?	II.15.1. Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?	Hemoglobina glicosilada
II.17.9. Quais os exames solicitados para saúde da mulher na idade de 50 a 69 anos?	II.15.1. Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?	Mamografia
II.17.10. Quais os exames solicitados para o pré-natal?	II.15.2. Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?	Sorologia para HIV
II.20.8. A equipe de Atenção Básica realiza os seguintes procedimentos na UBS?	II.17.2. A equipe de atenção básica realiza:	Sutura de ferimentos
II.32.6. A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários cadastrados que necessitam receber cuidados no domicílio?	II.28.4. A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?	Sim
Usuários		

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
III.11.6. Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?	III.13.3. Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal nesta unidade de saúde?	Sim
III.16.3. Onde o senhor fez a maioria das consultas por causa da diabetes nos últimos seis meses?	III.21.2. O senhor consultou com médico ou enfermeiro por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	Sim
III.15.3. Onde o senhor fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses?	III.20.2. O senhor consultou com médico ou enfermeiro por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	Sim
III.10.6. A senhora faz o exame preventivo do câncer de colo de útero nesta UBS?	III.12.7. A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta UBS?	Sim
Resolutividade		
UBS		
I.3.5. Quantidade de profissionais da equipe mínima existente na UBS.	I.3.3. Quantidade de profissionais da equipe mínima (SF, AB) existentes na unidade:	Médico, enfermeiro e dentista
EqAB		
II.12.2. Quem realiza apoio à equipe de atenção básica para resolução de casos considerados complexos?	II.9.5. Os profissionais que realizam o apoio matricial são:	Do NASF
II.12.3. Equipes NASF que recebem apoio de:	II.33.2. Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?	Fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, farmacêutico, ginecologista, pediatra e psiquiatra
II.8.1. Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica?	II.7.1. A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim
II.8.4. Quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe?	II.7.10. Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Contempla muito e contempla
Usuários		
III.8.1. Quando o senhor é atendido nessa UBS, o senhor acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria UBS?	III.8.1. Quando é atendido nesta unidade, o senhor acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?	Sempre
III.18.2. Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta UBS?	III.23.1. Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta UBS?	Sempre

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Quadro 31. Coordenação: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
Continuidade informacional		
EqAB		
II.14.5. Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	II.11.3. Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	Sim
II.14.6. O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da	II.11.4. O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	Sim

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
rede de atenção?		
II.17.2/1 Existe comprovação de que a equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	II.14.6. A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	Não para “Não realiza registro”
II.25.4. A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com HAS com maior risco/gravidade?	II.14.6. A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	Hipertensão
II.26.4. A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com DM com maior risco/gravidade?	II.14.6. A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?	Diabetes
II.27.1/1. Existe comprovação que a equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com tuberculose?	II.21.3/1. Existe comprovação que a equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose?	Sim
II.28.1/1. Existe comprovação que a equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	II.22.1/1 Existe comprovação que a equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	Sim
Ordenamento de fluxos assistenciais		
EqAB		
II.17.4. A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:	II.14.4. A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações?	Pré-natal, hipertensão, diabetes
-	II.33.6. Indique o que foi discutido neste planejamento:	Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção
Usuárias		
III.11.20. Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?	III.13.22. Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada?	Sempre e na maioria das vezes
III.11.22. A senhora foi orientada sobre o lugar (maternidade) que faria o parto?	III.13.24. Foi falado com a senhora e qual maternidade que seria feito o parto?	Sim
Acesso à consultas/exames especializados		
EqAB		
II.17.1. Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais formas possíveis?	II.14.1. Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis:	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário. A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário
Usuários		
III.9.20. Quando o senhor é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?	III.10.1. Quando é necessário ser encaminhado para outro profissionais em outro serviços, o senhor sabe como é marcada a consulta?	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora.

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada.
Comunicação direta entre AB e AE		
EqAB		
-	II.16.1. A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	Sempre e na maioria das vezes
-	II.18.8. Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?	Recebe a contra referência da maternidade

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Quadro 32. Orientação para a comunidade: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
Territorialização		
UBS		
I.3.5. Quantidade de profissionais da equipe mínima de cada equipe existente na UBS	I.3.3. Quantidade de profissionais da equipe mínima (SF, AB) existentes na UBS:	4 ou mais ACS
EqAB		
II.13.3. Existe definição de área de abrangência da equipe?	II.10.2. Existe definição da área de abrangência da equipe?	Sim
II.13.7. Existe população descoberta pela AB no entorno do território da equipe?	II.10.5. Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	Não
II.13.2. A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	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?	Sim
II.13.4. A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência?	II.10.3. A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	Sim
II.9.10. A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	II.8.4. A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim
Usuários		
III.8.8. Na opinião do senhor, durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?	III.8.9. Na opinião do senhor, durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas?	Sempre
Intersetorialidade		
EqAB		
II.33.3/1 A equipe de Atenção Básica comprova existência de mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Bolsa Família?	II.27.2. Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?	Sim
II.38.2/1. A equipe de Atenção Básica comprova registro de atividades na escola?	II.30.2/1. Existe comprovação que a equipe possui registro das atividades realizadas na escola?	Sim

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
II.31.4. Os agentes comunitários de saúde fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas?	II.31.8. Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?	Sim
Participação social		
EqAB		
II.35.5. Há conselho local de saúde ou instancia colegiada equivalente?	II.29.6. Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?	Sim
II.34.1. A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	II.29.2. A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	Sim
II.35.1. A equipe realiza pesquisa de satisfação dos usuários?	II.29.1. A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?	Sim
II.35.4. A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	II.29.5. A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Sim
Usuários		
III.19.1. Quando o senhor quer fazer uma reclamação ou sugestão na Unidade de Saúde, o senhor consegue?	III.24.1. Quando o senhor quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o senhor consegue?	Sim
III.19.2. Quando o senhor fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?	III.24.2. Quando o senhor fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?	Sim teve rapidamente

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Quadro 33. Centralidade na família: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
EqAB		
II.14.1./I Existe comprovação que os prontuários dos usuários da equipe de AB são organizados por núcleos familiares?	II.11.1./I. Existe comprovação que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?	Sim
II.32.1. Outros membros da equipe, além dos ACS, realizam visita domiciliar?	II.13.1. A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?	Visita domiciliar
II.32.3. As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	II.28.1. A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?	Sim
Usuários		
III.9.12. Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	III.9.6. Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	Sempre e na maioria das vezes
III.9.23. O seu agente comunitário de saúde visita o(a) senhor(a) na sua casa?	III.11.1. O agente comunitário de saúde (ACS) visita o senhor na sua casa?	Sim
III.9.24. Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do	III.11.2. Com qual frequência outros profissionais da equipe de saúde visitam a	Sempre e na maioria das vezes

senhor?	casa do senhor?	
---------	-----------------	--

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Quadro 34. Competência Cultural: seleção de variáveis compatíveis entre os ciclos 1 e 2 e padrão de referência

VARIÁVEIS CICLO 1	VARIÁVEIS CICLO 2	PADRÃO DE REFERENCIA CICLO 2
EqAB		
II.39.1. A equipe realiza ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo?	II.31.1. A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/ assentados/ população rural?	Sim
II.39.2. A equipe atende a população rural, assentada e quilombolas?	II.31.3. A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/população rural?	Sim
II.30.1. A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	II.25.1. A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	Sim
-	II.14.8. Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?*	Sim
-	II.25.4. A gestão oferece alguma atividade/ curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?*	Sim
Usuários		
III.7.6. O senhor se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, sua religião?	III.8.8. O senhor se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?	Sempre

Fonte: Instrumentos do PMAQ AB, ciclo 1, 2012 e ciclo 2, 2014. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php