



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - DOUTORADO

**PROPOSTA DE METODOLOGIA DE ANÁLISE PARA A FASE DE
AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Larycia Vicente Rodrigues

João Pessoa-PB

2018

LARYCIA VICENTE RODRIGUES

**PROPOSTA DE METODOLOGIA DE ANÁLISE PARA A FASE DE
AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Doutorado, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para obtenção do título de Doutora.

Área de Concentração: Modelos de Decisão e Saúde

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dra. Ana Maria Gondim Valença

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

João Pessoa-PB

2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R696p Rodrigues, Larycia Vicente.

Proposta de Metodologia de Análise para a Fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) / Larycia Vicente Rodrigues. - João Pessoa, 2018.
133 f.

Orientação: Ana Maria Gondim Valença.
Coorientação: Eufrásio de Andrade Lima Neto.
Tese (Doutorado) - UFPB/Exatas/Saúde.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Atenção Básica à Saúde. 4. Análise Multivariada. I. Valença, Ana Maria Gondim. II. Neto, Eufrásio de Andrade Lima. III. Título.

UFPB/CCEN

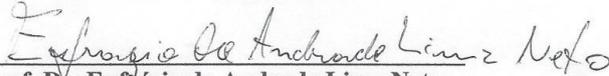
LARYCIA VICENTE RODRIGUES

**PROPOSTA DE METODOLOGIA DE ANÁLISE PARA A FASE DE
AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

João Pessoa, 13 de junho de 2018

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença
Orientadora – DCOS/CCS/UFPB


Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto
Orientador – DE/CCEN/UFPB


Prof. Dr. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho
Membro Interno – DE/CCEN/UFPB

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Membro Externo – DPS/CCS/UFPB


Prof. Dr. Marcelo Rodrigo Portela Ferreira
Membro Externo – DE/CCEN/UFPB

À minha filha, *Ana Leticia Rodrigues Krause*, por ser meu maior incentivo a finalizar essa Tese de Doutorado.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela sua misericórdia e graça em minha vida, por colocar em meu coração sonhos, ideias e inspirações e dar as condições e meios para que eu pudesse realizá-los. Obrigada senhor! A ti sou grata, por ter me capacitado, me dado sabedoria e colocado em minha vida todas as pessoas as quais presto os meus sinceros agradecimentos.

Ao meu querido e amado esposo, **Jorge Luiz Krause**, pelo amor, zelo, aliança, compreensão, carinho, tolerância e paciência nesses anos de caminhada juntos. Obrigada por sempre me abrir os olhos e mostrar novas possibilidades, por acreditar e estimular o meu melhor!

Aos meus amados Pais, **Maria do Socorro e José Rodrigues**, aos quais devo obediência e honra! Obrigada por toda educação, amor, apoio, correções e preocupação! E aos meus irmãos, **Laurycelia e Alysson**, meu abraço carinhoso!

Aos meus estimados orientadores, **Ana Maria Gondim e Eufrásio de Andrade Lima Neto**, por me receberem como filha e abraçarem a minha ideia, tornando-a nossa ideia. Por toda confiança em mim depositada, pelo apoio dado, pelo ouvido acolhedor, pelas valiosas orientações e condução desse estudo. Meu muito obrigada por não desistirem de mim!

Aos estimados professores **Luiz Medeiros, Luciano Bezerra e Marcelo Portela** pela empatia, disponibilidade, competência e alegria em contribuir com esse estudo.

As minhas queridas amigas, **Francilene Jane, Leciâmia Cristina, Maria América** e a **Margarita Matos** pela torcida incondicional pelo meu êxito!

Aos colegas de pesquisa do NEO pelo carinho e apoio durante a minha jornada acadêmica na UFPB, em especial a **Isabella Arrais, Raphael Costa e Ane Polline**.

Ao nosso querido secretário do PPGMDS, **Francisco Santos**, que sempre esteve disposto a ajudar-nos no que precisássemos.

Enfim, a todos, que de alguma forma, participaram desta realização.

RESUMO

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem a finalidade de acelerar a ampliação do acesso da população aos serviços, melhorar as condições de trabalho e da qualidade dos serviços prestados, bem como investir na capacitação do seu corpo de profissionais mediante custeio. Nesta perspectiva, propõe-se a criar uma metodologia de análise para a fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de um estudo ecológico, descritivo com abordagem quantitativa. As variáveis dizem respeito a: Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica, Valorização do Trabalhador e Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho do PMAQ-AB. As informações passaram por uma padronização e foram submetidas à Análise de Componentes Principais (ACP), com o intuito de reduzir a dimensionalidade dos dados, com auxílio do software R e planilhas do Excel. Um total de 10.213 Equipes de Saúde da Família (eSF) foram avaliadas e observaram-se 05 Componentes Principais (CP), sendo a CP1 (0,65) com impacto de maior relevância. A região Sudeste (n=4.770) teve o maior número de equipes avaliadas e o Centro-Oeste o menor (n=545). A Dimensão da *Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica* foi bem avaliada, com destaque para a existência de apoio da gestão para a organização do processo de trabalho e de apoio institucional e matricial para as equipes; a dimensão *Valorização do Trabalhador* mostrou que há uma desvalorização financeira do profissional e pouco investimento na educação permanente e incentivo ao plano de carreira, e a dimensão *Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho* evidenciou que o acesso e a qualidade da atenção e a organização do processo de trabalho estão prejudicados em grande parte das eSF, principalmente, quanto à Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, ao planejamento das ações das equipes, da organização da agenda, à organização dos prontuários, ao acolhimento à demanda espontânea, ao acompanhamento da Tuberculose e Hanseníase, à saúde mental, à visita e à consulta domiciliar, à promoção à saúde, à participação do usuário, ao controle social na gestão do SUS e ao atendimento à população especial (rural, assentados, indígena, quilombola). Avaliar um sistema de saúde é um processo complexo e que exige esforço para sensibilizar gestores, profissionais e usuários. As informações obtidas por meio da Avaliação Externa do PMAQ-AB no Brasil, ao serem analisadas mediante o uso da ACP, apontaram fragilidades em áreas primordiais para as políticas de saúde, o que pode comprometer a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Básica à Saúde; Análise Multivariada.

ABSTRACT

The Program for the Improvement of Primary Healthcare Access and Quality (PMAQ – AB, *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*, in Portuguese) is designed to advance the population's access to services, to improve the work conditions and the quality of services provided, as well as defray staff training. This work proposes creating a methodology of analysis for the External Assessment phase of the Program for the Improvement of Primary Healthcare Access and Quality (PMAQ – AB). This is a quantitative-approach ecologic, descriptive, inferential study. Data were collected and tabulated in 2016 and 2017 from all the healthcare teams that adhered to the program in Brazil. The variables concern the following: Municipal Management for the Development of Primary Healthcare, Employee Appreciation, and Healthcare Access and Quality and Work Process Organization of the PMAQ-AB. Information were standardized and submitted to the Principal Component Analysis (PCA) to reduce the dimensionality of data, with help from the R software and Excel spreadsheets. A total of 10,213 Family Health Teams (eSF, *Equipes de Saúde da Família*, in Portuguese) were assessed and 05 Principal Components (PC) were observed, among which the PC1 (0.65) had the highest relevance. Brazil's Southeast region (n=4.770) had the highest number of teams assessed whereas the Central-Western region had the lowest number (n=545). The Dimension *Municipal Management for the Development of Primary Healthcare* had a positive result, especially due to managers' support to the organization of the work process, as well as support provided by the institution and the head office to the teams; the dimension *Employee Appreciation* showed that professionals are financially undervalued and there is little investment in permanent training and incentive to career plan. Meanwhile, the results for the dimension *Healthcare Access and Quality and Work Process Organization* showed that the access and quality of healthcare and the organization of the work process are limited in most of the eSF, especially the Coordination of the healthcare network and problem solving, team action planning, organization of schedules, organization of patients' records, taking in self-referrals, following up cases of Tuberculosis and Hansen's disease, mental health, home care and visitations, promoting health, users' participation, social control in the management of SUS (*Sistema Único de Saúde*, in Portuguese) and service to special populations, such as rural, Indian, *Quilombo*, and settlement populations. Evaluating a health system is a complex process which requires great effort to sensitize managers, professionals and users. The information obtained through the External Evaluation of the PMAQ-AB in Brazil, when analyzed through PCA, indicated weaknesses in essential areas for the healthcare policies, which may hinder improved access and the quality of primary healthcare.

Keywords: Access to Health Services; Quality of Health Care; Basic Health Care; Multivariate analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fases do PMAQ-AB segundo o 3º ciclo de avaliação.....	35
Figura 2 - Etapas para a construção de um Indicador Estatístico Sintético.....	41
Figura 3 - Gráfico do Teste de <i>Screeplot</i>	46
Figura 4 - Exemplo das notas da certificação do segundo ciclo do PMAQ-AB, 2015.....	53
Figura 5 - Exemplo da padronização das informações coletadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, 2018.....	54
Figura 6 - Gráfico da Matriz de Correlação.....	96
Figura 7 - Gráfico da Matriz de Covariância.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número total de equipes de saúde da família avaliadas por região e estado, 2018.....	55
Tabela 2 -	Caracterização das Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	56
Tabela 3 -	Caracterização do Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	58
Tabela 4 -	Caracterização da qualificação profissional segundo critério das Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	59
Tabela 5 -	Caracterização das Ações de Educação Permanente oferecidas aos Profissionais das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	60
Tabela 6 -	Caracterização do Plano de Carreira e Remuneração Variável oferecidos aos Profissionais de Saúde das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	62
Tabela 7 -	Caracterização da População de Referência Assistida pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	64
Tabela 8 -	Caracterização do Planejamento das Ações realizado pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	65
Tabela 9 -	Caracterização da Organização da Agenda das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	67
Tabela 10 -	Caracterização da Organização dos Prontuários das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	68
Tabela 11 -	Caracterização da Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	71
Tabela 12 -	Caracterização do Acolhimento à Demanda Espontânea das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	77
Tabela 13 -	Caracterização da Assistência à Saúde da Mulher e da Criança pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	81

Tabela 14 -	Caracterização da Assistência às Condições Crônicas de Tuberculose e Hanseníase pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	84
Tabela 15 -	Caracterização da Assistência às Condições Crônicas de Saúde Mental pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018....	86
Tabela 16 -	Caracterização da Visita Domiciliar e do Cuidado realizado no domicílio pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	89
Tabela 17 -	Caracterização das Ações de Promoção da Saúde segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	90
Tabela 18 -	Caracterização da Participação do Usuário e Controle Social nas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	93
Tabela 19 -	Caracterização das Ações frente à População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Síntese do Modelo Técnico Assistencial do Momento Histórico e Político da Saúde no Brasil, 2018.....	23
Quadro 2 -	Descrição dos Tipos de Equipes de Saúde na Atenção Básica, segundo DATASUS e a Nova PNAB, Brasil, 2017.....	27
Quadro 3 -	Fases do PMAQ-AB segundo o 2º ciclo de avaliação.....	34
Quadro 4 -	Dimensões e Subdimensões para Certificação da Avaliação Externa segundo as perguntas específicas do 2º ciclo do PMAQ-AB, Brasil, 2015.....	36
Quadro 5 -	Síntese dos Indicadores Propostos pelo Ministério da Saúde para o segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB, de acordo com o sistema de informação utilizado, Brasil, 2013.....	39
Quadro 6 -	Dimensões e Subdimensões da Avaliação Externa com seus respectivos pesos para relevância e percentual de certificação segundo Ministério da Saúde, Brasil, 2015.....	49
Quadro 7 -	Componentes Principais utilizando a matriz de correlação e matriz de covariância a partir da avaliação das Subdimensões da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB, 2018.....	95
Quadro 8 -	Correlação entre as Variáveis por Dimensão x Componentes Principais (CP1 a CP5) a partir da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB, Brasil, 2018	98
Quadro 9 -	Agrupamento de variáveis segundo as cinco componentes principais com a representação do peso das componentes, 2018.....	99
Quadro 10 -	Ranqueamento dos 10 menores e maiores escores obtidos pelo indicador sintético, por ordem decrescente, das eSFs avaliados no 2º ciclo do PMAQ-AB segundo aplicação da metodologia de análise proposta, Brasil, 2018.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ACP** – Análise de Componentes Principais
- AP** – Atenção Primária
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CAP** – Caixa de Aposentadoria e Pensão
- CF** – Constituição Federal
- CP** – Componente Principal
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- eAB** – Equipes de Atenção Básica
- eABP** – Equipe de Atenção Básica Prisional
- eCR** – Equipe de Consultório de Rua
- eSB** – Equipes de Saúde Bucal
- eSF** – Equipes da Estratégia Saúde da Família
- eSFF** – Equipes de Saúde da Família Fluviais
- eSFR** – Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
- IAP** – Instituto de Aposentadoria e Pensão
- IES** – Indicador Estatístico Sintético
- LOS** – Lei Orgânica de Saúde
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF-AB** – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PMAQ-AB** – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PNPIC** – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- RAS** – Redes de Atenção Básica
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UBSF** – Unidades Básicas de Saúde Fluviais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	MARCO TEÓRICO	22
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	22
3.2	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	26
3.3	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	29
3.4	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).....	32
3.4.1	Metodologia adotada na Avaliação Externa das equipes da atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB, conforme o 2º Ciclo de Avaliação	35
3.5	CONSTRUÇÃO DE UM INDICADOR.....	40
3.6	DESENVOLVIMENTO MATEMÁTICO DA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS.....	42
4	CAMINHO METODOLÓGICO	48
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	48
4.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	48
4.3	FONTE DOS DADOS.....	48
4.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
4.4.1	Dados a serem analisados	49
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	53
4.5.1	Análise Estatística dos Dados	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	54
5.1.1	Dimensão I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica...	54
5.1.2	Dimensão III – Valorização do Trabalhador	54
5.1.3	Dimensão IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	54
5.2	ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS.....	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	
	Apêndice A - Correlação entre Subdimensões e Componentes Principais da Matriz de Correlação	104
	Apêndice B - Correlação entre Subdimensões e Componentes Principais da Matriz de Covariância	106
	Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS	118
	Anexo 2 – Notas e porcentagens atribuídas as questões de cada Dimensão avaliada no PMAQ-AB do segundo ciclo de avaliação externa utilizadas nesta Tese	109

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado no Brasil em 1988 a partir da Constituição Federal (CF) e está disciplinado em seus artigos de nº 196 a 200 (BRASIL, 1988). Na CF ficou definido que a saúde é um direito adquirido do povo brasileiro e que o Estado deverá assegurá-la mediante a implementação de políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos, além da manutenção do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde de forma integral, individual ou coletiva (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b; 2006a). O SUS teve seus princípios, diretrizes e detalhamento do seu funcionamento instituídos mediante as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) de nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). E, no Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, ficaram estabelecidos parâmetros para a organização, planejamento das ações e serviços de saúde, da assistência à saúde e, também, a definição do papel de cada ente federativo (BRASIL, 2011a).

Antes da formalização da criação do SUS fatos importantes ocorreram: Na década de 20 a assistência à saúde surgia com a Previdência Social, a qual vinculava o direito à saúde ao contrato de trabalho mediante a criação das chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Na década de 30, surgiam os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que foram instituídos em torno de categorias profissionais para desempenhar determinadas funções, dentre elas, o cuidado em saúde; em 1966 as IAPs foram unificadas e deu-se origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que gerou uma grande expansão da cobertura médica assistencial (MENICUCCI, 2014); na década de 70 um importante movimento social se formou em prol da defesa da saúde brasileira, a então denominada Reforma Sanitária (RS). A mesma se constituiu em um conjunto de ideias voltadas para a mudança e transformação necessárias para a área da saúde, que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (CAMPOS, 1988; FLEURY, 1997; TEIXEIRA, 1988; AROUCA, 1988; OLIVEIRA, 1988). Dois importantes programas foram criados na década de 90: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O primeiro, apesar de ter sido criado no ano de 1990, só foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997 e teve como objetivo descentralizar os recursos do SUS para o nível municipal, sendo compreendido como uma estratégia transitória para o PSF, desenvolvendo serviços ambulatoriais e domiciliares (BRASIL, 2001; SPERLING, 2017). Já o PSF passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) três anos após sua implantação (REHEM, 2011), programas importantes para a organização da Atenção Básica.

Desde então, o SUS é impulsionado por iniciativas que visavam a sua reorganização (DEMARZO, 2011).

Após discussões sobre o melhor tipo de modelo assistencial para a saúde no Brasil e a luta por um sistema que implementasse as diretrizes e os princípios do SUS, foi possível pensar no fortalecimento da AB mediante a ESF, a qual se tornou o principal elemento desse sistema assistencial (BRASIL, 1997). O mesmo gerou grande impacto na estrutura de saúde do país ao oferecer ações e serviços (acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidado) para a melhoria do cuidado aos cidadãos brasileiros devido à centralização de o cuidado ser voltado para o usuário, o ambiente em que este vive, bem como de seus familiares (ELIAS, 2006; SPERLING, 2017).

O Brasil avançou muito quanto a oferta e o acesso aos serviços no sistema único de saúde que impactaram em todos os níveis de atenção – a oferta de estabelecimentos aumentou e se diversificou, bem como o número de profissionais (BRASIL, 2018a) –, porém, apesar dos méritos alcançados por meio da reforma sanitária e dos processos legais com o intuito de nortear e tornar viável o alcance dos pressupostos e diretrizes do SUS, ainda é perceptível a necessidade de soluções que minimizem os entraves para a efetiva materialização deste sistema, o qual apresenta fragilidades. Como exemplo, tem-se a falta de qualidade quanto as ações e serviços de saúde prestados, difícil acesso e não resolutividade dos problemas da população (PAIM et.al, 2011; REHEM, 2011; PAIM, 2018). A isso, atribui-se a resistência econômica e política ao sistema de saúde, principalmente, ao dificultar o financiamento adequado e permanente do SUS, desigualdade social e relação público-privado na prestação dos serviços (RIZZOTTO; COSTA; VASCONCELOS, 2018). Após 30 anos da criação do SUS, autores afirmam que mesmo sendo implantado, o sistema de saúde não está consolidado (PAIM, 2018).

A atuação de movimentos sociais, gestores, usuários e trabalhadores, que também buscam a melhoria na organização do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2012a), culminou com a instituição da Portaria N° 648/2006, que aprovou a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a). Em 2011, ela foi reformulada e ampliada – Portaria N° 2.488/2011 (BRASIL, 2012a) –, consolidando, portanto, no Brasil, a Atenção Básica como o elemento principal do modelo assistencial de saúde e a tornando-a porta de entrada aos serviços de saúde e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012a). No ano de 2017, essa política foi rediscutida, e uma nova revisão para a PNAB foi aprovada. Dentre as propostas, houve o reconhecimento de outros formatos de equipes de saúde, a inserção de um gerente para a Unidade Básica de Saúde (UBS), prazo para a

implantação das unidades, diminuição do teto populacional de usuários atendidos pelas equipes, dentre outras (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

Essa nova reformulação da PNAB, em 2017, foi bastante criticada e interpretada como um retrocesso para a Atenção Básica por instituições respeitadas como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) (ABRASCO, 2017b).

Morosini, Fonseca e Lima (2017) relatam a preocupação que essa nova revisão da PNAB poderá causar ao SUS e aos avanços já alcançados pela Atenção Básica, pois, a mesma:

(...) promove a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Argumenta-se que sua revisão indica sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Na conjuntura atual de fortalecimento da ideologia neoliberal, tais modificações reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde em curso no País (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017, p.11).

Segundo a nova PNAB (BRASIL, 2017a), a Atenção Básica e a Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil são termos equivalentes e com a seguinte definição:

[...] um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificadas, realizadas em equipe multiprofissional e dirigidas a populações de territórios definidos, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p.03).

Nessa conjuntura, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem investido no incremento das ações de saúde na AB, e esses esforços mostram existir um rápido progresso em busca de uma cobertura universal da saúde da população brasileira (MACINKO; HARRIS, 2015). A exemplo, tem-se a estratégia *Saúde Mais Perto de Você*, na qual o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) mediante a portaria N°1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com a finalidade de acelerar a ampliação do acesso da população aos serviços, melhorar as condições de trabalho e da qualidade dos serviços prestados, bem como investir na capacitação do seu corpo de profissionais mediante custeio. Este programa, no seu segundo ciclo, estava organizado em 04 fases que se complementam e funcionam como um círculo:

Adesão e Contratualização, Desenvolvimento de Ações, Avaliação Externa e Recontratualização das equipes (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012b; FIGUEIREDO, 2012; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017c).

Desde a criação do programa, a Avaliação Externa já está em seu terceiro ciclo e a coleta dos dados, em alguns municípios do Brasil, está concluída e, em outros, em andamento. Algumas modificações foram observadas neste ciclo, como por exemplo, a mudança nas fases, onde passaram a ser denominadas de Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização além da inserção de um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento o qual funciona como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Além disso, o instrumento de avaliação externa para as eABs e eSBs foi organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde; Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização; Módulo IV - Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na UBS, objetiva avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários; Módulo V - Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica; Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2017b).

O programa possui as seguintes diretrizes:

[...] definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica; estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização,

que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011b).

A construção dessa Tese foi direcionada para a fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB, uma vez que ela detém 70% da nota de certificação das UBSs no primeiro e no segundo ciclos de avaliação, e é de 60% no terceiro. Como explicitada anteriormente, ela é dividida em módulos que abrangem a unidade de saúde, o profissional de saúde, os usuários de saúde e a comprovação de documentos. Essa fase é a mais importante dentre as realizadas, pois é por meio dela que a UBS receberá in loco um pesquisador que coletará informações e que, posteriormente, obterá uma classificação segundo seu desempenho, mediante a aplicação de uma matriz de pontuação criada por especialistas do MS, a qual leva em consideração a relevância técnica, estratégica e política das políticas de saúde brasileiras (BRASIL, 2015a).

Após analisar a metodologia de certificação proposta pelo PMAQ-AB, e por ser a avaliação externa a fase mais impactante, sendo esta complexa e de difícil compreensão, foi possível delinear o seguinte **problema** a ser superado: a falta de um Indicador Estatístico Sintético (IES), de fácil manuseio, baseado em dados secundários, que possa se constituir numa metodologia alternativa ao apresentado pelo PMAQ-AB enquanto geradora de informações e base de formulação de políticas públicas de saúde.

Ressalta-se que a Atenção Básica é foco de constantes pesquisas e, sendo considerada a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, torna-se eixo estruturante do SUS e uma das principais prioridades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b). Nesta perspectiva, a formulação de um método mais claro e de fácil manuseio visa a contribuir para a implementação e monitoramento das ações de saúde traçadas e possibilitar uma forma de atribuir pesos e medidas às dimensões de maior interesse e simplificar a sua interpretação para os gestores de saúde, **justificando**, com isso, a realização desse estudo.

Levando em consideração o PMAQ-AB, observa-se que, apesar de novos estudos estarem em desenvolvimento nessa temática, nenhum deles contemplou a hipótese de se testar uma nova metodologia de análise estatística que seja uma alternativa à exposta pelo MS, para os dados observados na população brasileira e suas equipes de saúde com base na avaliação externa, o que defende a constituição desta Tese mediante a construção de um indicador baseado na Análise de Componentes Principais. Além disso, desenvolver instrumentos de análises de

dados com características de praticidade, fácil aplicabilidade e objetividade é interessante, uma vez que há necessidade em se formular estratégias, programas e políticas de saúde pública voltadas ao avanço e à concretização das ações e serviços de saúde na atenção básica. Ademais, essa Tese proporcionará a estudantes, profissionais e gestores uma alternativa metodológica simples para o desenvolvimento de estudos nacionais, locais e regionais. Pois, conhecer e refletir sobre a realidade do acesso e da qualidade dos serviços de saúde por meio de um indicador sintético mais compreensível e de fácil manipulação favorecerá a tomada de decisão, a construção de novos estudos e a formulação de políticas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Propor a criação de uma metodologia de análise para a fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil das equipes de Saúde da Família (eSF) no Brasil a partir das dimensões propostas pelo PMAQ-AB na avaliação externa;
- Avaliar, no Brasil, as condições do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde prestados à população, mediante a Avaliação Externa (AE) do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Formular um Indicador Estatístico Sintético;
- Identificar quais variáveis apresentam maior influência sobre as dimensões de saúde propostas pelo PMAQ-AB na perspectiva do Indicador Estatístico Sintético.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O termo *saúde* já recebeu várias definições no decorrer dos séculos, sendo sempre influenciado pelo momento histórico, político, filosófico, religioso, econômico, cultural ou mesmo pelo olhar específico de determinadas áreas do conhecimento, como as sociais e econômicas. E, até hoje, a saúde é centro das atenções de governos, empresas, comunidade científica e sociedade civil.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a *saúde* como sendo um “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (OMS, 1946, p.1). Muitas críticas e oposições a este conceito foram relatadas. Alguns autores sugerem que esta definição seja utópica, subjetiva, irreal e ultrapassada (DONNANGELO; 1979; SEGRE; FERRAZ, 1997). Já outros defendem que a saúde deve ser pensada como a capacidade de enfrentar os erros inerentes ao seu estado, e não apenas a ausência desta completude (CAPONI, 1997; LUZ, 2006; BATISTELLA, 2011).

Entender o que vem a ser a *saúde* em si faz-se necessário para que saibamos desenvolver e expressar a fiel associação entre a qualidade de vida e a saúde de uma população (ANVISA, 2009), sabendo lidar com isso.

Com referência aos modelos assistenciais de saúde, estes partem do princípio de que as ações e os serviços de saúde de um determinado local devem ser organizados e articulados conforme a disponibilidade de seus recursos físicos, materiais/tecnologia e humanos para afrontar, amenizar e resolver as necessidades do setor saúde (SILVA JÚNIOR, 2007). No Brasil, existiram diversos modelos de assistência à saúde, tendo sido cada um deles promovido de acordo com o momento político e histórico vivenciado da época (Quadro 1), sendo o modelo biomédico o de maior destaque.

O desenvolvimento do SUS foi impulsionado pelo descontentamento com a condição de saúde, em meio ao ato de democracia que se constituía na ocasião, e exigido por profissionais de saúde, gestores e sociedade civil – foi assim que a Reforma Sanitária (RF) ganhou força, baseada no princípio de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (MENDES, 2013). Os organizadores da RF conseguiram articular-se e junto com a Comissão Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados Federais e organizaram o I e II Simpósio Nacional de Política de Saúde, respectivamente, nos anos de 1979 e 1982. Esses eventos repercutiram diretamente no pensamento e nas discussões da 8ª Conferência de

Saúde, em 1986. Essa conferência teve ampla participação da sociedade e serviu de base para o capítulo que trata da saúde na CF, bem como culminou com a criação do SUS em 1988 (SANTOS, 2018).

A RF é um dos vários determinantes que têm sustentado o SUS durante esses 30 anos. A mesma é composta por entidades que lutam pelo direito universal à saúde, a exemplo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Além disso, o sistema único possui uma rede de instituições de ensino e pesquisa, como universidades e escolas de saúde pública, que dão sustentabilidade as suas ações quando interagem com as secretárias de saúde municipal ou estadual, Ministério da Saúde, agências e fundações (PAIM, 2018).

Quadro 1 – Síntese do Modelo Técnico Assistencial do Momento Histórico e Político da Saúde no Brasil, 2018

Período	Características marcantes de cada período
República Velha (1889-1930)	Nesta época, a assistência à saúde, pública ou privada, já existia, porém, de forma precária, de baixa qualidade e resolutividade. Havia campanhas de prevenção e combate a algumas doenças, como a Febre Amarela, Varíola, Tuberculose, etc. As Santas Casas de Misericórdia eram referência no atendimento à população carente. O Brasil possuía um sistema de proteção social baseado no <i>seguro social</i> , inicialmente, com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) criadas em 1923 após a aprovação da Lei Elói Chaves – os trabalhadores que exerciam atividade remunerada em empresas tinham direito a assistência médica – dando início, portanto, à medicina previdenciária.
Era Vargas (1930-1964)	Na Era Vargas, a saúde continuava ruim, mas, dessa vez a cargo do Ministério da Saúde e Educação (MESP). Os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) substituíram os CAPs, em 1933, e foram reorganizados, ou seja, cada IAP era direcionado a uma categoria profissional (ferroviários, bancários), e não somente às empresas. Nas CAPs, havia contribuição do empregado e da empresa; já nos IAPs, além daqueles, o Estado passou a contribuir no financiamento da saúde.
Autoritarismo (1964-1985)	Aqui o Ministério da Saúde se desvincula da Educação. A saúde permanecia problemática, mas já se via uma melhoria no controle de doenças imunopreveníveis. Os IAPs foram unificados em 1966, dando origem ao INPS, ficando sob guarda e controle da União. Em 1970, inicia-se o movimento da reforma Sanitária. Em 1974, o Ministério da Previdência foi criado. Em 1977, o INPS passou a ser denominado de INAMPS, que, logo depois, veio a falir, devido a altos custos de procedimentos, além de escândalos envolvendo desvio de dinheiro, deixando o sistema de saúde mais deficiente. Em 1978, aconteceu a Conferência de Alma-Ata. As primeiras Ações Integradas de Saúde (AIS) foram realizadas em 1983.
Nova República (1985-1988)	O movimento da Reforma Sanitária ganhava força. Surgiram novas doenças, a exemplo da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e aumento das epidemias de Dengue. Houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, vista como a mais importante para a criação do SUS. Ocorreu também a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que foi uma ponte para a criação do SUS em 1988. Aqui o sistema de proteção social passou de <i>seguro social</i> para o de <i>seguridade social</i> , sendo livre à iniciativa privada o comércio de serviços de saúde.

Continua

Continuação

Período	Características marcantes de cada período
<p>Pós-Constituinte (1989 até os dias atuais)</p>	<p>O INAMPS foi extinto definitivamente. A saúde estava um caos, pois não havia financiamento para gerir o SUS, o que ocasionou grandes empecilhos para sua implantação, além do enfrentamento de grupos corporativistas e empresariais contrários ao novo sistema. Houve uma grande epidemia de Cólera. Adoção dos princípios e diretrizes do SUS. Determinação de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.</p>

Fonte: PAIM, 2009; 2011; FUNASA, 2011.

O Sistema Único de Saúde tem por objetivo identificar e divulgar fatores determinantes e condicionantes que possam vir a prejudicar o estado de saúde da população; formular políticas que promovam a redução de agravos e assistir aos indivíduos de forma universal, equânime, integral e contínua, sempre no sentido da promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos que a ele procuram (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2000). Neste sentido, destacam-se os três princípios doutrinários do SUS que favorecem o alcance dos objetivos do SUS, que são a Universalidade, a Integralidade da Assistência e a Equidade, os quais podem ser definidos:

Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades; **Integralidade da Assistência:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade; **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que

possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017a, p.8).

Como forma de garantir esses princípios, quanto às ações e aos serviços de saúde prestados à população na AB, um dos mecanismos dispostos foi a criação do Conselho de Saúde, regulamentado na LOS N° 8.142/90. Ele existe nos três níveis de governança, o federal (Ministério da Saúde), o estadual (Secretaria Estadual de Saúde) e o municipal (Secretaria Municipal de Saúde). A sociedade participa de forma paritária em relação aos representantes dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e do governo. As decisões tomadas no nível municipal são pactuadas e encaminhadas para o estadual, que as levará para discussão no nível federal (BRASIL, 2011a). Os Conselhos de Saúde, nos seus respectivos níveis de atenção, foram ganhos importantes para a funcionalidade do SUS.

Além disso, o SUS é composto por três subsetores: o Público, onde o Estado é provedor das ações e serviços de saúde nos níveis Federal, Estadual e Municipal; o Privado, que atua com ou sem fins lucrativos, e o Suplementar, com a venda de seus planos de saúde e apólices. Todos eles são distintos, porém, conectados entre si para fornecer o atendimento necessário à população (PAIM et.al, 2011). Essa subdivisão, comprovada em estudos, já constatava que o sistema de saúde brasileiro enfrentaria grandes desafios futuramente.

Nos dias atuais, o SUS enfrenta problemas de resistência junto aos seus profissionais que não foram contemplados com políticas de gestão de trabalho e educação em saúde, sofre devido aos interesses econômicos dos planos de saúde, problemas de gestão quanto a falta de profissionalização, uso partidário do sistema público, entre outros (PAIM, 2018).

Segundo pesquisadores, o SUS precisa de uma reforma em sua estrutura de financiamento (caso queira assegurar a universalização do cuidado a todos os seus cidadãos), deixando claro o papel de cada um dos subsetores que o compõem, adequando-se às mudanças demográficas e epidemiológicas que ocorrem com rapidez – como o envelhecimento populacional – e promovendo saúde com efetividade (PAIM et. al, 2011).

Portanto, o que se vê no SUS é a urgente necessidade de se desenvolverem estratégias que possam amenizar e corrigir os problemas atuais e que impedem o desenvolvimento efetivo do atual sistema de saúde no Brasil. Mesmo havendo passado 30 anos da criação do SUS, este ainda se mostra como sendo uma política de saúde recente, com enormes desafios a serem superados, todavia, com bastante motivos a serem celebrados (MENDES, 2013).

Segundo Paim (2018) a garantia dos ideais e a defesa do sistema de saúde único, como proposto pela reforma sanitária, poderia ser realçado se os gestores, o Ministério Público e os

conselhos de saúde e trabalhadores lutassem para manter a sua institucionalidade (PAIM, 2018). Além disso, a busca incessante de respostas voltadas a estratégias e táticas para a consolidação do SUS não é algo fácil. O autor menciona que:

[...] Primeiro, porque não é qualquer sujeito ou ator capaz de definir um desenho estratégico. Essa práxis – pensamento e ação – exige não só legitimidade de quem indica as estratégias e aponta as táticas, mas especialmente a capacidade de realizar as análises concretas da situação e de ter o *insight* político acerca do momento mais indicado para a organização e a intervenção sobre a realidade. A experiência e as habilidades acumuladas são fundamentais para o alcance da efetividade da atuação. Segundo, porque não é qualquer intelectual ou indivíduo isolado que se pode arvorar a responder essa questão, mas sim sujeitos coletivos como partidos políticos ou outras organizações que disponham de acúmulos históricos e capacidade de iniciativa para a ação” (PAIM, 2018, p.1727).

3.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Todos os sistemas de saúde possuem particularidades e problemas em sua administração. A busca por melhores condições de vida e atendimento à saúde com resolutividade não se sucedeu apenas no Brasil, mas em diversas nações que também acreditavam em um sistema de saúde mais digno para o cidadão (PAIM, 2009).

O desenvolvimento econômico e social sustentável e o bem-estar de uma sociedade dependem de elementos essenciais como a promoção e a proteção da saúde. A Declaração de Alma-Ata, construída há mais de 30 anos, já acreditava que, quando a saúde de toda uma população vai bem, outros fatores positivos se sucedem a ela, como a de ter uma boa qualidade de vida, paz e segurança (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, novos rumos foram delineados para que a saúde fosse assegurada em todo o mundo. Na conferência, houve a construção de um documento de grande relevância, a Carta de Ottawa. Nesta carta, importantes sugestões de como assegurar a *saúde universal* foram planejadas para o ano de 2000 e os que se sucederiam a este (WHO, 1986). Também ficou definido que a *Promoção da Saúde* é o ato de capacitar a sociedade para que eles próprios se tornem atores, ativos, do processo de qualificação e consolidação das ações, serviços e políticas de melhoria do sistema de saúde. Além disso, que a própria população saiba identificar os problemas que as afligem, tendo condições de corrigi-los quando necessário. Ademais, entender que a *Promoção da Saúde* não depende apenas dos profissionais de saúde e dos gestores que a administram (WHO, 1986).

A criação do PSF, em 1994, composto por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, tinha a missão generalista de cuidar da população que se encontrava em situação de risco. Essa estratégia não conseguiu se expandir rapidamente como se desejava. Em setembro de 1998, havia apenas 967 municípios atendidos pela estratégia e 2.678 equipes implantadas. Em 2017, com o fortalecimento da ABS, há 5.570 municípios atendidos com 39.872 Equipes de Saúde da Família e 40.044 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento (BRASIL, 2017d). Quanto a cobertura, dados disponibilizados pelo MS apontam uma cobertura populacional de 58% pela ESF, até outubro de 2017, e que em alguns municípios esse número chegou a 100% (SILVA; POWELL-JACKSON, 2017)

Segundo o DAB, a Atenção Básica à Saúde (ABS) desenvolvida no Brasil é composta pelas equipes da Atenção Básica (Equipe de Saúde da Família – eSF – e outras modalidades de ABS), pelos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e pelas equipes dos Consultório na Rua (BRASIL, 2017e), conforme descrição no quadro 2.

Quadro 2 – Descrição dos Tipos de Equipes de Saúde na Atenção Básica, segundo DATASUS e a Nova PNAB, Brasil, 2017

Tipo	Descrição
Posto de Saúde¹	Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde¹	Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas, podendo ou não oferecer SADT e Pronto Atendimento 24 Horas.
Policlínica¹	Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas, oferecendo ou não SADT e Pronto Atendimento 24 Horas.
Unidade Mista¹	Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.
Unidade Básica de Saúde Fluvial¹	Barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo, no mínimo, um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico.
Equipe de Atenção Básica²	Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostos para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como o modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

Continua

Continuação

Tipo	Descrição
Equipe de Saúde da Família²	É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.
Equipe de Saúde Bucal²	Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.
Equipes de Saúde da família Ribeirinha²	São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.
Equipes de Saúde da Família Fluvial²	São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.
Equipe de Consultório na Rua²	Equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.
Equipe de Atenção Básica Prisional²	Composta por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Fonte: BRASIL, 2004¹; BRASIL, 2017a².

Quando falamos em termos de discurso do Ministério da Saúde, à Estratégia Saúde da Família, ainda se constitui como a estratégia prioritária e consolidada para reorganizar a AB no Brasil. Caracteriza-se como uma tática de expansão, qualificação e consolidação quanto à reorientação do processo de trabalho, por meio do aprofundamento dos princípios e diretrizes do SUS e ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017e). Porém, apesar de suas características e potencialidades, a sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses diversos, tem sido prejudicada, surgindo, com isso, questionamentos sobre sua real função ao longo do tempo, principalmente quanto à credibilidade de sua função reorganizadora da atenção básica (ARANTES, et al., 2016). Uma questão primordial nesse contexto é o subfinanciamento do sistema de saúde, ele é um dos maiores obstáculos para o avanço das ações de concretização do SUS e da atenção básica como ordenadora do cuidado em saúde – há dificuldades em manter um rede de

serviços organizado, em remunerar os trabalhadores com qualidade, observa-se limites quanto aos investimentos na adequação e infraestrutura dos postos de saúde, concorrência com o setor privado, etc. Em 1994 ocorreu a desvinculação de recurso da União em 20% do orçamento federal e com a Emenda Constitucional nº 95/2016, que tornou esse subfinanciamento constitucionalizado, esses empecilhos tendem a se manter no mínimo até 2013 (BRASIL, 2016; MELO, 2017; GIOVANELLA, et al, 2018).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Reformulada em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) teve como base de sua proposição a revisão das diretrizes e normas de organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017a).

A conjuntura política atual do Brasil frente a nova PNAB, menciona que a Atenção Básica continua sendo orientada pelos princípios doutrinários do SUS e fundamentada sob as seguintes diretrizes (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017a):

Regionalização e Hierarquização dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Consideram-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos. Territorialização e Adscrição de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam à necessidade da população adscrita e/ou das populações específicas. População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. **Cuidado Centrado na Pessoa**: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxiliem as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e

potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. **Resolutividade:** reforça a importância de a Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário. Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia, decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas. Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, mediante articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (BRASIL, 2017a, p.8-9).

Nessa revisão, é possível encontrar, também, observações importantes quanto à infraestrutura e o funcionamento das eSF, que vão desde o cadastro nacional da equipe de saúde à existência de consultórios, ambientes de recepção, de sala de vacinas, aspectos de manutenção dos equipamentos, identificação visual daquilo com que podemos nos deparar na unidade e tipos de profissionais, entre outros (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017e).

Outro aspecto importante abordado na política é a preocupação para que o seu corpo de profissionais de saúde esteja em processo de educação permanente, visto que eles terão maior capacidade de intervenção e autonomia sobre os problemas identificados em seu território de atuação. Além disso, houve o cuidado em delinear as atribuições de cada

profissional, sejam elas comuns e/ou específicas, dentro da equipe (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017e).

Contudo, entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz foram contrários à iniciativa de reformulação e reafirmam que essa nova política veio para fragilizar o SUS. Segundo elas, a nova proposta rompe com o fato de que a ESF não estaria mais centrada na organização do SUS, podendo comprometer a integralidade da AB e do SUS, atingindo, ainda, o financiamento das ações e serviços na atenção primária (ABRASCO, 2017a; ABRASCO, 2017b).

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2017)

Há muito a ser reorganizado e modificado em função dos resultados das pesquisas e das avaliações realizadas sobre a AB. A qualificação de trabalhadores de todos os níveis de formação que compõem as Equipe de Saúde da Família, visando ao trabalho baseado no território; a integração entre prevenção, atenção e promoção da saúde; a organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos, nos quais os trabalhadores tenham papel importante no planejamento das ações, na definição e discussão das metas e prioridades das equipes; a gestão pública do trabalho e dos serviços de AB; e a regularização dos vínculos contratuais são questões que precisam ser priorizadas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017, p.21).

A nova reformulação da PNAB em 2017 está ocorrendo em um direcionamento contrário ao que as pesquisas estão mostrando. Um artigo recentemente publicado pela ABRASCO aponta novos prejuízos para a Atenção Primária à Saúde:

[...] “Mudanças recentes na Política Nacional da Atenção Básica em 2017 indicam a abolição da prioridade para a Estratégia Saúde da Família evidenciada pelo financiamento federal para modalidades de atenção básica convencional; a flexibilização da dedicação dos profissionais da equipe com redução da carga horária de médicos que atenta a longitudinalidade; pela flexibilização da presença dos ACS nas equipes de Saúde da Família adicionada à mudança nas atribuições desse trabalhador, agregando práticas de enfermagem e ações do Agente de Combate a Endemias. Essas alterações desfiguram a APS baseada na conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, e reforçam a modalidade de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento “queixa-conduta”. A criação da carteira de serviços essenciais pode transformar a atenção básica numa APS seletiva. Também é grande a possibilidade de estagnação ou redução do número de equipes de Saúde Bucal” (ABRASCO, 2018, p.3).

Os esforços para que o aprimoramento e a consolidação da ESF sejam efetivos no sistema de saúde brasileiro ainda estão a desejar e ocorrendo de forma lenta (ROCHA, 2010).

Os princípios e diretrizes do SUS estão sob séria ameaça e as conquistas obtidas para o fortalecimento da atenção básica estão fragilizadas – aspectos relacionados a segmentação do acesso ao cuidado, desvinculação das equipes dos territórios e a desqualificação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate à Endemias (ACE) e o reforço à privatização são consequências dessa nova política (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

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

Dentre os fundamentos legais, normativos e decretos que regem a organização do Sistema Único de Saúde, que buscam garantir seus princípios e diretrizes e consequente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade, há o estabelecimento de atribuições, e uma delas é a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde.

A Avaliação em Saúde pode subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas públicas, uma vez que através dela é possível produzir informações no que diz respeito a adequação, efeitos e custos associados a uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde, por exemplo (PORTELA, 2000). Donabedian (1980) e Reis (1995) já se utilizavam desses critérios da avaliação e mencionavam que os mesmos se constituíam em indicadores de qualidade em saúde.

Segundo Portela (2000) a avaliação em saúde pressupõe:

“a seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e econômico; a medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população; o julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível; e a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental” (PORTELA, 2000, p.259).

Sendo assim, a execução da avaliação em saúde pelo gestor se torna um pouco mais fácil e viável nos dias atuais, uma vez que há meios que orientam a sua realização. Isso é dito porque se parte do pressuposto da existência de princípios e diretrizes a serem seguidos e de

que há a realização prévia do planejamento das ações. Portanto, a avaliação dos serviços de saúde se torna uma ferramenta de grande relevância para a AB (BRASIL, 2015c).

No que diz respeito à avaliação da atenção básica no âmbito do PMAQ-AB, as pesquisas já realizadas na área já mostram o comportamento, a forma e as características de como a atenção básica está organizada (ALVES et al, 2014; TEIXEIRA et al, 2014; PROTÁSSIO et al, 2017). Sendo assim, é possível direcionar a tomada de decisão e, conseqüentemente, subsidiar a política de atenção básica no país, aprimorando a prática da atenção primária com vistas à garantia da assistência integral, equânime e universal (FAUSTO et al, 2014).

Visto que a Atenção Básica tem atingido muitos brasileiros, por meio da eSF, em especial a classe desprovida de recursos financeiros (MACINKO; HARRIS, 2015), o governo federal investiu na melhoria do acesso e da qualidade da mesma. E, por meio da Estratégia “Saúde Mais Perto de Você”, lançou, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) definem o PMAQ-AB como sendo:

[...] um componente da nova PNAB, cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/ problematização/ negociação/ gestão da mudança de equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012, p.1).

Os objetivos do PMAQ-AB são:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a

participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS (BRASIL, 2012b).

Este programa foi instituído mediante a Portaria Nº1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, (portaria revogada em 2015 pela de Nº 1.645/2015) que, além de sua criação, também oferta um novo incentivo financeiro para aquelas UBSs que atingirem os objetivos traçados pelo governo. O programa foi intensamente debatido pelas três esferas do governo com o intuito de traçar soluções que viabilizassem o seu objetivo frente às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015f).

O programa é composto por 04 fases de implantação, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Fases do PMAQ-AB segundo o 2º ciclo de avaliação

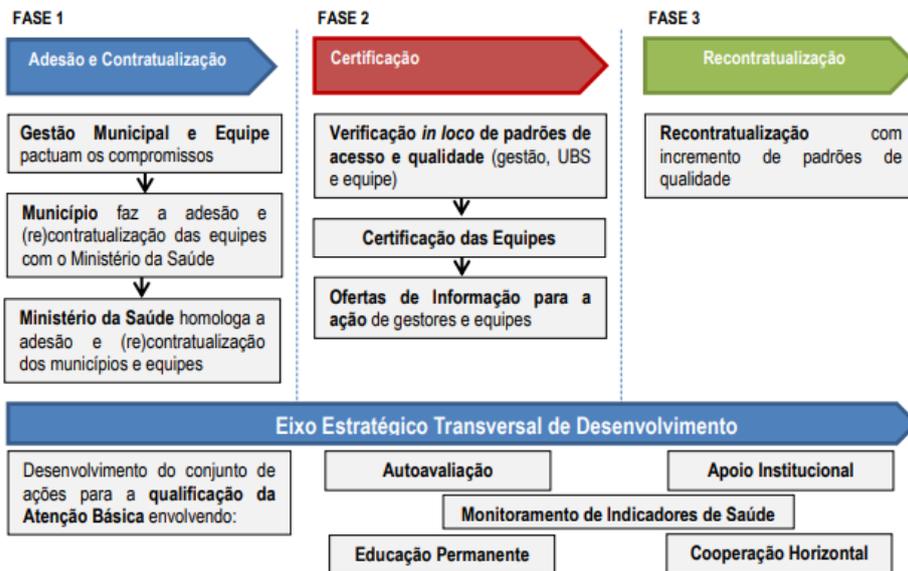
FASE	DESCRIÇÃO
Adesão e Contratualização/ Recontratualização	Na primeira fase do PMAQ, ocorre a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social. Os municípios receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do Componente Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratualizada.
Desenvolvimento	Na segunda fase, será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de produzir a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação, Monitoramento; Educação permanente e Apoio institucional.
Avaliação Externa	Na terceira fase, ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica, participantes do programa.
Recontratualização	Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ-AB.

Fonte: Figueiredo, 2012.

No 3º ciclo de avaliação houve mudanças quanto à condução da avaliação das eSF e a nomenclatura das fases que passaram a ser: Fase 1 – Adesão e Contratualização, Fase 2 –

Certificação e Fase 3 – Reconstrução. Além disso, um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento foi incorporado, conforme apresentado na Figura 1 (BRASIL, 2017b):

Figura 1 – Fases do PMAQ-AB segundo o 3º ciclo de avaliação



Fonte: BRASIL, 2017b.

O PMAQ-AB se constitui em mais um dos esforços que o MS dispõe como mecanismo de consolidação da AB. À sua frente, desafios, como falta de estrutura, precariedade da rede física, inadequada condição de trabalho, corpo de profissionais necessitando de qualificação, instabilidade das equipes e da alta rotatividade de profissionais, dentre outros aspectos relevantes (BRASIL, 2012b; LOPES, 2013), podem impactar sobre os propósitos almejados para o SUS.

Por isso, a importância em se desenvolver estudos nessa área (LOPES, 2013; MACHADO, 2013; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), a fim de identificar os nós críticos do sistema de saúde ao nível primário de atenção e atuar sobre suas falhas e o seu processo de consolidação.

3.4.1 Metodologia adotada na Avaliação Externa das equipes da atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB, conforme o 2º Ciclo de Avaliação

A terceira fase do PMAQ-AB é a Avaliação Externa (AE). Ela consiste na aplicação de instrumentos para verificação de padrões relacionados ao acesso e à qualidade alcançados pelas equipes participantes do programa. Um instrumento foi confeccionado para avaliar as

condições de acesso e da qualidade da atenção básica, estando organizado em 04 (quatro) módulos:

- Módulo I – Observação na Unidade de Saúde;
- Módulo II – Entrevista com profissional de saúde sobre processo de trabalho da eAB e verificação de documentos na UBS;
- Módulo III – Entrevista com usuários na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização dos serviços de saúde;
- Módulo Eletrônico: composto por um conjunto de informações complementares aos módulos I, II e III, os quais são respondidos pelos Gestores (BRASIL, 2015a).

Para avaliar os módulos propostos, construiu-se uma matriz de pontuação composta por 893 padrões de qualidade (perguntas), dividida em 05 (cinco) dimensões e distribuídas em 34 (trinta e quatro) subdimensões, conforme disposto no quadro 4.

Quadro 4 – Dimensões e Subdimensões para Certificação da Avaliação Externa segundo as perguntas específicas do 2º ciclo do PMAQ-AB, Brasil, 2015

DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica (Peso = 10)		Relevância
Subdimensões		
I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	1
I.3	Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica	3
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)		Relevância
Subdimensões		
II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1
II.2	Características estruturais, Ambiente e Sinalização da UBS	2
II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos para na UBS	3
II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2
II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3
II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica de Saúde	2
II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica de Saúde	1
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador (peso = 15)		Relevância
Subdimensões		
III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	2
III.2	Educação Permanente	3
III.3	Gestão de Trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectivas de continuidade do vínculo	3
III.4	Plano de Carreira e remuneração Variável	3

Continua

Continuação

DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (peso = 50)		Relevância
Subdimensões		
Gestão do Processo de Trabalho e Acesso		
IV.1	População de referência da Equipe de Atenção Básica	2
IV.2	Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica	2
IV.3	Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica	2
IV.4	Organização dos prontuários na unidade básica de saúde	2
IV.5	Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade	3
Atenção à Saúde		
IV.6	Acolhimento à demanda espontânea	4
IV.7	Saúde da mulher e da criança	2
IV.8	Condições crônicas (obesidade, tuberculose e hanseníase)	4
IV.9	Saúde mental	4
IV.10	Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	4
IV.11	Promoção da Saúde	2
IV.12	Participação do usuário e Controle Social	2
Áreas Específicas (soma-se à Atenção à Saúde)		
IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	3
IV.14	Programa Saúde na Escola	3
IV.15	Práticas Integrativas e Complementares	6
DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (Peso = 10)		Relevância
Subdimensões		
V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4
V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	4
V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea	2
V.4	Saúde da Mulher e da Criança	4
V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	4
V.6	Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário	3

Fonte: BRASIL, 2015a.

Cada subdimensão recebeu valores entre 1 e 4, de acordo com a sua relevância técnica, estratégica e política pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, porém, o item

Práticas Integrativas e Complementares teve peso 6; e as perguntas pontuaram valores entre 1 e 3. Ao final, essa fase recebeu um percentual de 70% na certificação das unidades de saúde.

O cálculo realizado pelo MS levou em consideração a seguinte estrutura matemática para atribuir esses pesos:

- D_i é o número de dimensões existentes na matriz de pontuação, onde $i = 1, 2, \dots, n$;
- S_k é o número de subdimensões existentes dentro de uma dimensão, onde $k = 1, 2, \dots, n$;
- P_j é o número de perguntas existentes dentro de uma subdimensão, onde $j = 1, 2, \dots, n$;
- γ_i corresponde ao peso atribuído a cada dimensão;
- β_{ik} corresponde ao peso atribuído a cada subdimensão de uma dimensão;
- α_{ikj} corresponde ao peso atribuído a cada pergunta contida dentro de uma subdimensão e dimensão;
- N_{ikj} é a nota final de cada pergunta contida dentro de uma subdimensão.

Exemplo: Supondo-se que a dimensão D_1 possua as subdimensões S_1 , S_2 e S_3 , que receberam respectivamente as relevâncias 2, 1 e 3, os pesos das subdimensões são, respectivamente:

$$\beta_{11} = \left(\frac{2}{2+1+3} \right) = 0,33; \beta_{12} = \left(\frac{1}{2+1+3} \right) = 0,17 \text{ e } \beta_{13} = \left(\frac{3}{2+1+3} \right) = 0,50$$

Da mesma forma, pode-se calcular o peso de cada pergunta contida dentro da subdimensão, ou seja, de forma proporcional.

Modelo: Supondo-se que a subdimensão S_2 da dimensão D_1 possua as perguntas P_1 , P_2 , P_3 e P_4 , que receberam, respectivamente, as relevâncias 3, 2, 3 e 1, os pesos das perguntas são, respectivamente:

$$\alpha_{121} = \left(\frac{3}{3+2+3+1} \right) = 0,33; \alpha_{122} = \left(\frac{2}{3+2+3+1} \right) = 0,22; \alpha_{123} = \left(\frac{3}{3+2+3+1} \right) = 0,33; \text{ e } \alpha_{124} = \left(\frac{1}{3+2+3+1} \right) = 0,11;$$

Logo, a nota da pergunta será dada da seguinte forma:

$$N_{ikj} = \gamma_i \times \beta_{ik} \times \alpha_{ikj}$$

As outras duas fases de certificação foram:

I – A implementação de processos autoavaliativos: nesta dimensão, avaliou-se se a equipe de saúde realizou sua autoavaliação e a comprovou. Se sim, ao final da certificação, ele recebeu 10% na sua nota final de avaliação;

II – E a verificação do desempenho no monitoramento do conjunto de indicadores de saúde contratualizados na adesão ao PMAQ-AB: nesse momento da certificação, estabeleceram-se indicadores de desempenho e monitoramento para a avaliação das equipes, sendo um conjunto de 47 para o primeiro ciclo e, além desses, mais outros 08 do módulo e-SUS AB para o segundo. Houve mudanças em relação à avaliação entre o primeiro e o segundo ciclo, porém, a essência foi a mesma, ou seja, apenas os indicadores de desempenho foram avaliados, e as equipes bem classificadas obteriam o incremento de 20% na nota final de certificação. Os indicadores escolhidos foram aqueles relacionados aos programas-chave do Ministério da Saúde. Ainda nesta etapa, houve análise estatística e avaliação dos indicadores. O resultado entre os ciclos não foi igual, mas muito próximos, e isso se deu ao maior número de equipes participantes no segundo ciclo de avaliação (Quadro 5) (BRASIL, 2015a).

Quadro 5 – Síntese dos Indicadores Propostos pelo Ministério da Saúde para o segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB, de acordo com o sistema de informação utilizado, Brasil, 2013

ÁREA ESTRATÉGICA	USO DO SIAB		USO DO E-SUS AB/SIAB	
	Desempenho	Monitoramento	Desempenho	Monitoramento
eSF / AB Parametrizada	20	20	08	-
Saúde Bucal	04	03	04	-
NASF-AB	-	-	-	05
Total	24	23	12	05

Fonte: BRASIL, 2013a.

Realizadas todas as fases, as unidades de saúde foram classificadas, lembrando que os municípios participantes do PMAQ-AB foram distribuídos em estratos, a fim de assegurar maior equidade na comparação das equipes no processo de certificação, em que são levados em consideração aspectos sociais, econômicos e demográficos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015a).

3.5 CONSTRUÇÃO DE UM INDICADOR

A formulação de indicadores se tornou um mecanismo importante para diversas áreas, como a da saúde, as sociais, as políticas e as econômicas, uma vez que permite o monitoramento e aprofundamento de assuntos determinantes e condicionantes do bem-estar de uma população, bem como da construção de Políticas Públicas, além de tornar mais efetiva a tomada de decisão.

Os primeiros indicadores de que se tem conhecimento eram constituídos por medidas de mortalidade, as quais tinham suas informações obtidas a partir de registro civil referente a determinadas populações em algum tempo e espaço pré-definido (COHEN, 1995). Com o passar dos anos e da observação da importância do acompanhamento de eventuais circunstâncias mediante o uso do indicador, eles ganharam força, e, atualmente, busca-se o desenvolvimento de outros novos que atendam à demanda e ao interesse dos mais diversos nichos, tais como, qualidade de vida, avaliação de bem-estar, entre outros (MINAIRE, 1992).

Do ponto de vista científico, Minayo (2009, p.84) define o Indicador como sendo um “parâmetro quantitativo ou qualitativo que serve para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação do processo) ou se foram alcançados (avaliação dos resultados)”. Ele reflete uma característica ou aspecto particular, mediante uma observação indireta. Na área da saúde, seu propósito é refletir a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população (PEREIRA, 1995).

Segundo Minayo (2009), o uso de indicadores serve para:

- a) montagem de cenários (caracterização socioeconômica, perfil epidemiológico);
- b) elaboração de problemas teóricos de investigação (levantar hipóteses de investigação, fornecer resultados e validar teses);
- c) subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas sociais.

Em síntese, o indicador é uma expressão numérica que consegue estabelecer relações, por meio de medidas, entre a realidade e determinadas condições, fatos ou eventos que ocorrem no dia a dia.

Minayo acrescenta que:

um bom indicador depende das seguintes condições: (a) que estejam normalizados e que sua produção histórica (sua temporalidade) se atenha sempre à mesma especificação ou forma de medida, permitindo a comparabilidade; (b) que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais e permitindo visualizar as tendências dos dados no tempo; (c) que sejam pactuados por quem (grupos, instituições) os

utiliza e quem pretende estabelecer comparabilidade no âmbito nacional e até internacional, como é feito, por exemplo, pela Capes e pelo CNPq na avaliação de cursos, de projetos e de periódicos científicos; (d) e que estejam disponíveis para um público amplo e de forma acessível, propiciando à opinião pública um formato simples de acompanhamento do desempenho de instituições e de políticas públicas ou que recebam financiamento público (MINAYO, 2009, p.84).

Já no caso de um Indicador Estatístico Sintético, para o pesquisador Scandar Neto (2006), o processo de criação deve seguir etapas para que haja validade científica e aplicação política do que está se propondo a realizar (Figura 2).

Figura 2 – Etapas para a construção de um Indicador Estatístico Sintético



Fonte: Scandar Neto, 2006.

Portanto, a construção de um Indicador Estatístico Sintético significa reduzir a uma única cifra, para uma forma mais fácil e simples, um conjunto diversificado de informações de uma maneira multivariada (SCANDAR NETO, 2006).

Manso e Simões (2007; 2009) destacam as fases adaptadas para a criação do Indicador Sintético adaptado para a Análise de Componentes Principais (ACP) da seguinte forma:

1ª. Deve haver a identificação do peso de cada variável em cada uma das componentes (cargas) a partir da matriz de correlação ou de covariância de acordo com a correlação estabelecida entre as variáveis e a Componente Principal (CP);

2ª. Calcular os valores de cada componente principal de acordo com os dados da matriz inicial (valores da variável) e as cargas (*loadings*) de cada variável original do eixo das componentes. Em outras palavras, para cada CP é somado o resultado da multiplicação do valor de cada variável original (X_{ijt}) para a respectiva carga no fator em questão (W_{jt}) – observado a maior correlação em módulo entre a variável e a componente. Desta forma, teremos para cada componente um único valor que sintetiza os valores dos dados originais;

3ª. Calcular o indicador considerando o peso de cada componente na explicação da variância total (P_{CPt}). Lembrando que uma regra de três simples deverá ser utilizada para que a soma das variâncias parciais de cada componente represente 100%. O indicador será resultante da soma do valor de todas as componentes após a multiplicação pelo seu peso.

4ª Interpretação do resultado fazendo um ranking.

Todas essas fases podem ser sintetizadas pela seguinte fórmula estatística

$$IS_i = \sum_{t=1}^k \sum_{j=1}^{nVCPt} (X_{ijt}W_{jt})P_{CPt}$$

Onde:

IS_i = Indicador Estatístico Sintético da i -ésima observação;

X_{ijt} = Valor da i -ésima observação da variável X_j que pertence a componente t ;

W_{jt} = carga de cada variável X_j que pertence a componente t ;

P_{CPt} = peso da componente t ;

$nVCPt$ = número de variáveis da componente principal t ;

k = número de componentes principais

3.6 DESENVOLVIMENTO MATEMÁTICO DA ANÁLISE POR COMPONENTES PRINCIPAIS

A Análise de Componentes Principais (ACP) é uma técnica que foi introduzida por Pearson em 1901 e desenvolvida por Hotelling no ano de 1933 (HONGYU; SANDANIELO; OLIVEIRA JUNIOR, 2016; HOTELLING, 1933). Algebricamente, a ACP são combinações lineares específicas de variáveis aleatórias p (X_1, X_2, \dots, X_p). E, geometricamente, essa combinação linear representa a seleção de um novo sistema de coordenadas obtidos por rotação do sistema original (X_1, X_2, \dots, X_p) mediante eixos. Esses novos eixos representam a direção com máxima variabilidade e fornecem uma amostra e uma descrição mais parcimoniosa da estrutura de covariância (JOHNSON, 2008).

Ou seja, a ACP tem o objetivo é reescrever um conjunto de informações expressas a partir das variáveis, X_1, X_2, \dots, X_p , por meio de combinações lineares, em p -novas variáveis não correlacionadas, Y_1, Y_2, \dots, Y_p , (as componentes principais), cuja característica principal é a máxima variabilidade entre elas. Além disso, as componentes principais (CP) são obtidas em ordem decrescente de máxima variância, ou seja, a componente 1 detém mais informação estatística que a componente 2, que, por sua vez, tem mais que a 3, e assim por diante (JOHNSON, 1992; NETO; 1988).

Sendo assim, a ACP pode ser definida como sendo uma técnica em que há uma redução da dimensionalidade dos dados observados para um novo sistema de variáveis não correlacionadas, as chamadas Componentes Principais (CP).

De forma mais detalhada, inicia-se a ACP a partir de um conjunto de dados de dimensão $n \times p$, onde n é o número de indivíduos e p , o número de variáveis observadas em uma amostra representada por uma de Matriz de Dados, denotada por:

$$X = \begin{bmatrix} x_{11} & \cdots & x_{1p} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ x_{n1} & \cdots & x_{np} \end{bmatrix}. \quad (1)$$

Uma vez dispostos os dados na matriz, o próximo passo é construir a Matriz de Variância-Covariância amostral, que representaremos por S . Esta matriz representa a estrutura de interdependência entre as variáveis da matriz de dados. Ela é simétrica e de ordem $p \times p$.

A mesma pode ser calculada da seguinte forma:

$$S = \begin{bmatrix} \text{Var}(X_1) & \cdots & \text{Cov}(X_1X_p) \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \text{Cov}(X_pX_1) & \cdots & \text{Var}(X_p) \end{bmatrix}, \quad (2)$$

onde:

$\text{Var}(X_j)$ = é o termo da diagonal principal que representa a variância amostral da variável X_j ;

$\text{Cov}(X_s, X_r)$ = é a intercessão da i -ésima linha e da j -ésima coluna que representa a covariância amostral entre as variáveis X_s e X_r .

Algumas vezes, faz-se necessário padronizar os dados observados para uma mesma escala de medida. Logo, a Matriz Z deve ser utilizada:

$$Z = \begin{bmatrix} z_{11} & \cdots & z_{1p} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ z_{n1} & \cdots & z_{np} \end{bmatrix}, \quad (3)$$

devendo ser transformada através de:

$$Z_{ij} = \frac{(x_{ij} - \mu_j)}{\sigma_j}, i=1, 2, \dots, n \text{ e } j= 1,2, \dots, p.$$

O mesmo ocorre com a matriz de Variância-covariância, pois, normalmente, ela possui unidades de medidas diferentes. Sendo a matriz de correlação R recomendada:

$$R = \begin{bmatrix} 1 & \dots & r(X_{p1}X_p) \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ r(X_pX_1) & \dots & 1 \end{bmatrix}, \quad (4)$$

onde $r(X_s, X_r)$ representa o coeficiente de correlação amostral de Pearson entre as variáveis X_s e X_r .

Caso ocorra padronização dos dados, $S = R$, ou seja, a média é centralizada e igual a zero, e o desvio padrão igual a 1 (MORAIS, 2011).

Dessa forma, ao final do passo a passo demonstrado, deseja-se encontrar a combinação linear necessária à formação da CP, tal que:

$$Y_j = \alpha'_{ij}X = a_{ij}X_1, a_{ij}X_2, \dots, a_{ij}X_p, \quad i = 1, 2, \dots, p \quad (5)$$

em que α é o vetor fixado.

Respeitando a restrição:

$$a_i a_j = \sum_{k=1}^p a_{jk}^2 = 1, \quad (6)$$

o próximo passo é calcular os autovetores (e) e autovalores (λ): os autovalores representam o comprimento dos eixos das componentes principais e são medidos em unidade de variância. Associado a cada autovalor, existe um autovetor, os quais representam as direções dos eixos das componentes principais. Com $a_i a_j = 1$ temos que as CPs são ortogonais. A combinação dos mesmos faz com que possamos definir a contribuição de cada componente principal gerada. Portanto, para cada autovalor existe um autovetor (VARELA, 2008).

Caracteristicamente, as componentes principais possuem as seguintes propriedades (VARELA, 2008):

1. A variância do componente principal Y_i é igual ao valor do autovalor λ_i ,

$$\text{Var}(Y_i) = \lambda_i$$

2. O primeiro componente é o que apresenta maior variância, e assim por diante:

$$\text{Var}(Y_1) > \text{Var}(Y_2) > \dots > \text{Var}(Y_p).$$

3. O total de variância das variáveis originais é igual ao somatório dos autovalores, que é igual ao total de variância dos componentes principais:

$$\sum \text{Var}(X_1) = \sum \text{Var} \lambda_1 = \sum \text{Var}(Y_i).$$

4. Os componentes principais não são correlacionados entre si:

$$\text{Cor}(Y_i, Y_j) = 0,$$

pois, $\text{Cov}(Y_i, Y_j) = 0$.

A componente principal gerada na análise estatística é medida por meio de porcentagens, sendo, então, calculada através da relação entre a variância de Y_i pela variância total.

$$C_i = \frac{\text{Var}(Y_i)}{\sum_{i=1}^p \text{Var}(Y_i)} \cdot 100 = \frac{\lambda_i}{\sum_{i=1}^p \lambda_i} \cdot 100 = \frac{\lambda_i}{\text{traço}(S)} \cdot 100. \quad (7)$$

Uma vez desenvolvida a parte matemática da ACP, segue-se a escolha de qual das matrizes, correlação ou covariância, consegue explicar melhor os dados observados. Dessa forma, alguns critérios podem ser utilizados, a saber:

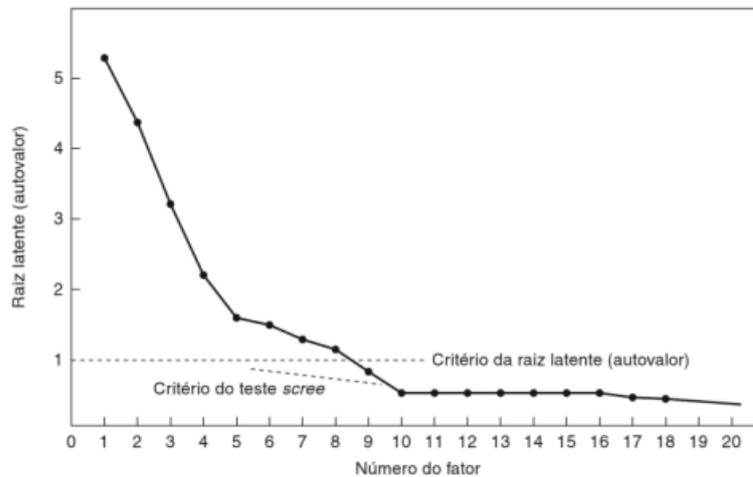
a) Critério das Raízes Latentes (autovalores): Esse critério permite que, após a observação dos autovalores maiores que 1 na matriz de correlação, ou, ainda, maiores médias dos autovalores na matriz de covariância, decida-se pelo número de componentes a serem usados na interpretação dos dados (HAIR, 2005);

b) Critério da Variância Total: autores adotam o número de componentes principais que, em conjunto, explicam em torno de 70% ou mais da variância total (VARELLA, 2008),

$$\frac{\text{Var}(Y_1) + \dots + \text{Var}(Y_k)}{\sum_{i=1}^k \text{Var}(Y_i)} \cdot 100 \geq 70\% \text{ onde } k < p; \quad (8)$$

c) Critério do Screeplot: o número de componentes será determinado a partir do ponto de inflexão dos autovalores conforme ilustrado na Figura 3 (HAIR et al., 2010).

Figura 3 – Gráfico do Teste de *Screeplot*



Fonte: Hair et.al., 2010.

Com relação à interpretação da CP gerada durante a análise estatística, utiliza-se a correlação entre cada variável (X_j) e a componente (Y_i) que está sendo analisada:

$$\text{Cor}(X_j, Y_1) = r_{x_j.y_1} = a_{1j} \cdot \frac{\sqrt{\text{Var}(Y_1)}}{\sqrt{\text{Var}(Y_j)}} = \sqrt{\lambda_1} \cdot \frac{a_{1j}}{\sqrt{\text{Var}(X_j)}}. \quad (9)$$

E, se o interesse é comparar a influência que cada variável exerce sobre a componente, utilizam-se os pesos de cada uma (*loadings*):

$$w_1 = \frac{a_{11}}{\sqrt{\text{Var}(X_1)}}, w_2 = \frac{a_{12}}{\sqrt{\text{Var}(X_2)}}, \dots, w_p = \frac{a_{1p}}{\sqrt{\text{Var}(X_p)}}, \quad (10)$$

sendo, w_I o peso de X_I .

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo ecológico do tipo exploratório, descritivo e inferencial, com abordagem quantitativa.

O desenho do tipo ecológico foi escolhido por apresentar vantagens como o de se trabalhar com dados secundários, examinar e estudar associações entre a exposição e doença/condição relacionada à coletividade, facilitar o planejamento, implementação e análise dos dados, além de diminuir custos de execução (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). Ademais, ele permite trabalhar com a população e é útil para gerar hipóteses (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa trabalhou com dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde, logo, sem participação direta de seres humanos, porém com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o Número de protocolo: 21904 (ANEXO A) (BRASIL, 2012d).

4.3 FONTE DOS DADOS

Os dados são secundários, provenientes do módulo de Avaliação Externa do PMAQ-AB de onde as informações determinadas pelo Ministério da saúde foram coletadas por uma equipe de pesquisadores ligados a Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o Brasil, entre novembro de 2013 e julho de 2014 e que compõem o 2º ciclo de avaliação externa.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O Ministério da Saúde em seu segundo ciclo de avaliação externa certificou um total de 30.522 eSF, sendo, portanto, está a população participante do PMAQ-AB no Brasil (BRASIL, 2015a, p.47). Para esta Tese, considerando o objetivo da mesma, optou-se por trabalhar com uma amostra composta apenas pelas Equipes de Saúde da Família que aderiram

ao programa e participaram da avaliação externa do referido ciclo, o qual compreendeu um total de 10.213 (dez mil duzentos e treze) equipes.

Como a pesquisa se propôs a desenvolver uma metodologia de análise para a fase de avaliação externa do PMAQ-AB, optou-se por trabalhar com a amostra e não com a população, assim como o uso da técnica de ACP foi aplicado apenas com as respostas do banco de dados referente ao Módulo II da Avaliação Externa, que trata da Entrevista com Profissionais da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde das 10.213 equipes escolhidas. Isso respeitando o manual de certificação do PMAQ-AB em seu 2º ciclo de avaliação.

Apesar da escolha, a metodologia aqui explanada poderá ser utilizada tanto na perspectiva de uma amostra local, regional ou nacional e até mesmo em populações.

4.4.1 Dados a serem coletados e analisados

As variáveis de interesse estão dispostas no quadro 6, em que existem Dimensões e Subdimensões, na qual foi atribuída uma porcentagem, de acordo com a sua relevância na Avaliação Externa e Percentual na certificação, pelo Ministério da Saúde, e suas questões correspondentes (Quadro 6).

Quadro 6 – Dimensões e Subdimensões da Avaliação Externa com seus respectivos pesos para relevância e percentual de certificação segundo Ministério da Saúde, Brasil, 2015^a

Ordem	Subdimensão	Relevância na avaliação externa	Percentual ^b na certificação	Perguntas específicas
DIMENSÃO I – GESTÃO MUNICIPAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA				
I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe.	01	1,8	II.8.2, II.8.2/1, II.8.3, II.8.5, II.8.11
I.3	Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica.	03	5,3	II.9.1, II.9.3, II.9.4; e uma do Gestor
TOTAL DA DIMENSÃO I		04	7,0	-

Continua

^a Esta formatação da tabela não foi inserida no 3º Ciclo de Avaliação do PMAQ-AB.

^b O somatório do Percentual na certificação não está correto em determinadas subdimensões. O erro é do próprio manual do segundo ciclo de avaliação do PMAQ-AB proposto pelo Ministério da Saúde.

Continuação

Ordem	Subdimensão	Relevância na avaliação externa	Percentual na certificação	Perguntas específicas
DIMENSÃO II – ESTRUTURA E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA UBS				
II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	01	0,8	I.8.1.1, I.8.1.2, I.8.1.3, I.8.2.1, I.8.2.2, I.8.2.3, I.8.2.4, I.8.2.5, I.8.2.6 e I.8.2.7
II.2	Características estruturais, Ambiente e Sinalização da UBS.	02	1,5	I.4.1, I.4.2, I.5.1.1, I.5.1.2, I.5.1.3, I.5.1.4, I.7.1.1, I.7.1.2, I.7.1.3, I.7.1.4, I.7.1.5, I.7.1.6, I.7.1.7, I.7.2, I.10.1.35.
II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos para na UBS.	03	2,3	I.10.1.14.2; I.10.1.15.2, I.12.1, I.12.1/1, I.12.2, I.12.2/1, I.12.2.1, I.12.2.1/1, I.12.3, I.12.3/1, I.12.4, I.12.4/1, I.12.5, I.12.5/1, I.12.6, I.12.6/1, I.12.7, I.12.7/1, I.12.8, I.12.8/1, I.12.9, I.12.9/1, I.12.9.1, I.12.9.1/1, I.12.10, I.12.10/1, I.12.11, I.12.11/1, I.12.12, I.12.12/1, I.12.13, I.12.13/1, I.12.14, I.12.14/1, I.12.15, I.12.15/1, I.12.16, I.12.16/1, I.12.17, I.12.17/1, I.12.22, I.12.22/1, I.12.18, I.12.18/1, I.12.19, I.12.19/1, I.12.20, I.12.20/1, I.12.21, I.12.21/1, I.16.1, I.16.1/1, I.16.2 até I.16.23, I.13.1 até I.13.3
II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde.	02	1,5	I.10.1.13, I.10.1.13/1, I.10.1.14.3, I.10.1.15.3, I.10.1.14.4, I.10.1.15.4, I.11.2 até I.11.7
II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica.	03	2,3	Gestor, I.18.3, I.18.3/1, I.18.4, I.18.4/1; Gestor, I.18.13, I.18.13/1, I.8.2/11, I.18.14, I.18.14/1, I.18.15, I.18.15/1; Gestor, I.18.19, I.18.19/1, I.18.20, I.18.20/1, I.18.21, I.18.21/1, I.18.22, I.18.22/1; gestor, I.18.27, I.18.27/1 até I.18.31/1; Gestor, I.19.2, I.19.2/1, I.19.3, I.19.3/1, até I.19.11/1; I.19.20, I.19.20/1 até I.19.23/1; I.20.1, I.20.1/1 até I.20.3/1; Gestor, I.20.22, I.20.22/1 até I.20.24/1; Gestor, I.20.25, I.20.25/1 até I.20.26/1; Gestor, I.21.8, I.21.8/1 até I.21.11/1; Gestor, I.21.22, I.21.22/1 até I.21.23/1; Gestor, I.21.24, I.21.24/1; Gestor, I.21.25, I.21.25/1; Gestor, I.22.2, I.22.2/1, I.22.5/1
II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica de Saúde.	03	1,5	I.14.2 até I.14.14
II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica de Saúde	01	0,8	I.15.1 até I.15.5
TOTAL DA DIMENSÃO II		14	10,5	

Continua

Continuação

Ordem	Subdimensão	Relevância na avaliação externa	Percentual na certificação	Perguntas específicas
DIMENSÃO III – VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR				
III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica.	02	1,9	II.4.2/1 até II.4.2/14, II.4.3/1, II.4.3/2, II.4.3/4, II.4.3/5, II.4.3/7, II.4.3/8, II.4.3/10, II.4.3/11
III.2	Educação Permanente	03	2,9	II.7.1, II.7.2, II.7.3.1 até II.7.3.4, II.7.10, II.7.11
III.3	Gestão de Trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectivas de continuidade do vínculo.	03	2,9	Gestor
III.4	Plano de Carreira e remuneração Variável.	03	2,9	Gestor, II.6.1 até II.6.5
TOTAL DA DIMENSÃO III		11	10,5	
DIMENSÃO IV – ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO				
Gestão do processo de trabalho e acesso				
IV.1	População de referência da Equipe de Atenção Básica	02	1,9	Gestor, II.10.1, II.10.2, II.10.3, II.10.3/1, II.10.4, II.27.1, II.27.1/1
IV.2	Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica	02	1,9	II.8.1, II.8.1.1, II.8.1.2, II.8.1.2/1, II.8.4, II.8.12
IV.3	Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica	02	1,9	II.13.1, II.13.1/1, II.30.2, II.30.2/1, II.13.3, II.13.4 II.13.4/1, II.13.5, II.13.6
IV.4	Organização dos prontuários na unidade básica de saúde	02	1,9	II.11.1, II.11.1/1, II.11.2, II.11.2/1
IV.5	Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade	03	2,9	II.14.1, II.14.2, II.14.2.10/1, II.14.3, II.14.3.9/1, II.14.4, II.14.4.13/1, II.14.6, II.14.6.9/1, II.14.7, II.15.1, II.15.2, II.16.3, II.17.1, I.14.1 , II.17.2,
TOTAL		11	10,5	

Continua

Continuação

Atenção à Saúde				
IV.6	Acolhimento à demanda espontânea	04	3,8	II.12.1, II.12.3, II.12.4, II.12.6, II.12.7, II.12.8, II.12.9, II.12.11 até II.12.16, II.12.18
IV.7	Saúde da mulher e da criança	02	1,9	II.18.2, II.18.2/1, II.18.3, II.18.5, II.18.6, II.18.8, II.19.1, II.19.1/1, II.19.3, II.19.3/1, II.19.4
Ordem	Subdimensão	Relevância na avaliação externa	Percentual na certificação	Perguntas específicas
IV.8	Condições crônicas (obesidade, tuberculose e hanseníase)	04	3,8	II.23.1, II.23.2, II.23.3, II.23.5, II.23.6, II.23.6/1, II.23.7, II.23.7/1, II.23.8, II.23.9, II.23.9/1,
IV.9	Saúde mental	04	3,8	II.20.2, II.21.2, II.21.3, II.21.3/1, II.21.4, II.21.6, II.21.6/1, II.21.7, II.21.7/1, II.21.8, II.21.8/1, II.22.1, II.22.1/1, II.22.3, II.22.3/1, II.22.4, II.22.4/1, II.22.5, II.22.5/1
IV.10	Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	04	3,8	II.28.1, II.28.1/1, II.28.2, II.28.4, II.28.4/1, II.28.5a, II.28.5.3/1, II.28.5b, II.28.5.3/1, II.28.6, II.28.6/1
IV.11	Promoção da Saúde	02	1,9	II.26.2, II.26.2/1, II.26.3
IV.12	Participação do usuário e Controle Social	02	1,9	II.29.3, II.29.3/1, II.29.6, II.29.6/1,
TOTAL		22	21,9	
Áreas Específicas (soma-se à Atenção à Saúde)				
IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	03	0,9	II.31.1, II.31.6
IV.14	Programa Saúde na Escola	03	0,9	Não foi utilizado.
IV.15	Práticas Integrativas e Complementares	06	1,8	Não foi utilizado.
TOTAL		12	3,5	
TOTAL DA DIMENSÃO IV		45	35,5	
DIMENSÃO V – ACESSO, UTILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO				
V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	04	1,3	III.5.2, III.5.7, III.6.1, III.6.2, III.6.3, III.6.4
V.2	Acolhimento à Demanda Espontânea.	04	1,3	III.8.2, III.8.3, III.8.4, III.8.6 até III.8.9, III.9.1 até III.9.11, III.11.1, III.11.2
V.3	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado.	02	0,7	III.7.3, III.7.4,
V.4	Atenção à Saúde da Mulher, Gestante e Criança.	04	1,3	III.12.1, III.12.2, III.12.4, III.12.7, III.12.9, III.13.8, III.13.11 até III.13.19, III.13.22, III.13.24, III.14.4, III.15.2, III.15.5, III.15.7, III.15.8, III.15.9, III.17.1, III.17.5, III.17.8, III.17.13, III.18.2, III.19.4
V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus).	04	1,3	III.20.2, III.20.3, III.21.2, III.21.3, III.21.4

Continua

Continuação

V.6	Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário.	03	1,0	III.22.1, III.22.2, III.23.1 até III.23.6, III.24.1 até III.24.4, III.23.7 até III.23.12
TOTAL DA DIMENSÃO V		21	7,0	
PERCENTUAL RELATIVO À AVALIAÇÃO EXTERNA			70%	

Fonte: BRASIL, 2015a.

Das variáveis mencionadas no Quadro 6, optou-se por trabalhar apenas com as Dimensões I, III e IV, uma vez que o módulo utilizado contemplava apenas essas dimensões frente as perguntas contidas na certificação.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis foram selecionadas de acordo com a proposta da *Nota Metodológica de Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – segundo ciclo de avaliação*, conforme exemplo da figura 4 (Anexo B) (BRASIL, 2015a).

Figura 4 – Exemplo das notas da certificação do segundo ciclo do PMAQ-AB, 2015

DIMENSÃO I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica (10%)													
SUBDIMENSÃO	Nº DE QUESTÕES POR BLOCO	Nº DA QUESTÃO NO INSTRUMENTO DE COLETA	FONTE DE COLETA	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO	CATEGORIA DO PADRÃO	PERGUNTA	RELEVÂNCIA DA PERGUNTA	PERCENTUAL NA SUBDIMENSÃO	PERCENTUAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA	RESPOSTAS	PERCENTUAL EQUIVALENTE DA RESPOSTA	NOTA CATEGORIA	REGRAS PARA O CÁLCULO
Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	5	II.8.2	Instrumento	Estratégico	3	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	3	6,8	0,9	Sim	100,00	0,8523	A equipe recebe 100% apenas se responder "apoiador institucional". Múltipla escolha, porém não cumulativa
		II.8.2M	Instrumento	Estratégico	3	Quem realiza o apoio?	3	6,8	0,7	Apoiador institucional	100,00	0,6818	
										Profissionais da vigilância em saúde	75,00	0,5114	
										Outros profissionais da gestão	75,00	0,5114	
										Profissionais do Nasf	75,00	0,5114	
		Outro(s)	0,00	0,0000									
II.8.3	Instrumento	Geral	1	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	1	2,3	0,4	Sim	100,00	0,3977			
Não	0,00	0,0000											

Fonte: BRASIL, 2015a

Nesse documento, as perguntas específicas para cada dimensão receberam percentuais de até 100% (BRASIL, 2015a). Aqui, nesta pesquisa, essa porcentagem foi transformada em uma medida que variou de 0 (zero) a 1 (um) para que a análise inferencial no método estatístico proposto fosse viável. Ou seja, se a pergunta tinha um peso de 100% na análise, ele

recebeu valor igual a 1 (um); se foi 10%, recebeu 0,10, e assim por diante. Isso foi feito para todas as perguntas.

As perguntas com respostas 999 e 998, as quais se referiam à ausência de informação, receberam zero na porcentagem do MS, assim como aqui nesta pesquisa.

Após realizada essa padronização dos dados, criou-se uma média para cada subdimensão, minimizando o grande número de respostas, e, em seguida, a mesma foi submetida à análise mediante uso das Componentes Principais (Figura 5).

Figura 5 – Exemplo da padronização das informações coletadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, 2018

Dimensao 1		Dimensao 3			Dimensao 4												
SD1	SD2	SD1	SD2	SD4	SD1	SD2	SD3	SD4	SD5	SD6	SD7	SD8	SD9	SD10	SD11	SD12	SD13
0,75	0,83	0,50	0,45	0,00	0,86	0,50	0,18	1,00	0,60	0,42	0,41	0,13	0,27	0,30	0,06	0,01	1,00
0,75	1,00	0,00	0,65	0,00	0,43	0,50	0,33	0,50	0,69	0,24	0,22	0,13	0,55	0,00	0,06	0,00	1,00
1,00	1,00	0,50	0,60	0,00	0,86	0,67	0,33	0,50	0,58	0,42	0,33	0,25	0,27	0,80	0,56	0,50	0,00
1,00	0,92	0,00	0,40	0,00	0,86	0,67	0,50	0,50	0,66	0,42	0,34	0,25	0,27	0,90	0,00	0,00	1,00
0,75	0,92	0,50	0,50	0,00	0,86	0,67	0,50	0,50	0,54	0,35	0,26	0,38	0,27	0,60	0,50	0,00	1,00
0,75	0,58	0,00	0,35	0,00	0,71	0,50	0,17	0,50	0,29	0,32	0,24	0,13	0,55	0,80	0,06	0,00	0,00
1,00	0,58	0,00	0,50	0,00	0,86	0,67	0,33	0,50	0,49	0,34	0,24	0,38	0,09	0,30	0,06	0,00	0,50
0,25	0,00	0,50	0,25	0,00	0,71	0,50	0,17	0,50	0,37	0,34	0,24	0,50	0,45	0,20	0,63	0,00	0,50
0,75	0,92	0,50	0,80	0,00	0,86	0,33	0,17	0,50	0,46	0,42	0,32	0,50	0,64	0,60	0,00	0,00	1,00
1,00	0,92	0,50	0,80	0,00	0,86	0,50	0,50	0,50	0,58	0,43	0,32	0,50	0,36	0,60	0,06	0,00	0,00
0,75	1,00	0,50	0,45	0,00	0,43	0,67	0,50	0,50	0,62	0,43	0,33	0,13	0,27	0,20	0,00	0,00	0,00
1,00	0,92	0,50	0,30	0,00	0,57	0,67	0,50	0,50	0,62	0,42	0,33	0,30	0,27	0,60	0,56	0,00	0,50
1,00	0,92	0,00	0,30	0,00	0,43	0,67	0,33	0,50	0,31	0,39	0,31	0,13	0,27	0,20	0,00	0,00	0,00
0,75	0,00	0,00	0,50	0,80	0,57	0,50	0,33	0,50	0,59	0,22	0,20	0,38	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
0,25	0,92	0,00	0,40	0,00	0,14	0,33	0,33	0,00	0,40	0,33	0,25	0,33	0,18	0,30	0,00	0,00	0,50
0,75	0,58	0,50	0,80	0,00	0,29	0,33	0,33	0,00	0,35	0,28	0,17	0,48	0,18	0,30	0,00	0,00	1,00
0,25	0,58	0,50	0,40	0,00	0,24	0,33	0,33	0,00	0,37	0,22	0,14	0,25	0,18	0,30	0,00	0,00	0,50
0,00	0,00	0,50	0,25	0,00	0,14	0,33	0,17	0,00	0,34	0,19	0,11	0,38	0,27	0,20	0,00	0,00	0,00
0,50	0,33	0,50	0,55	0,00	0,14	0,50	0,17	0,00	0,44	0,20	0,12	0,38	0,27	0,20	0,00	0,00	0,50
0,75	0,92	0,50	0,45	0,00	0,57	0,50	0,33	0,00	0,53	0,23	0,13	0,63	0,36	0,50	0,06	0,00	0,00

Fonte: Construção da própria autora desta pesquisa sobre o banco de dados do PMAQ-AB, 2015.

É interessante informar que nem todas as questões do instrumento original de coleta de dados foram contempladas na análise metodológica proposta pelo Ministério da Saúde.

Sendo assim, das 34 subdimensões iniciais, apenas 18 foram avaliadas mediante o uso da Análise de Componentes Principais.

4.5.1 Análise Estatística dos Dados

Os dados foram analisados mediante a Análise de Componentes Principais, com o objetivo de reduzir a dimensionalidade das informações das 18 subdimensões e facilitar a interpretação dos dados observados.

O software utilizado para realizar as análises foi o Programa R versão 3.5.1 (SOFTWARE R, 2018). Contamos, ainda, com a utilização de planilhas do Excel for Windows versão 10.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da coleta de dados do instrumento de avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB utilizado nesta Tese foi possível realizar análises importantes sobre as características das eSF assim como quais os atributos com maior relevância que pudessem interferir na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Um total de 10.213 (dez mil duzentos e treze) Equipes de Saúde da Família foram avaliadas. A região Sudeste (n=4.770) teve o maior número de equipes e no Centro-Oeste a menor quantidade (n=545). O estado de São Paulo se destacou quanto ao número de equipes avaliadas (n=1.850) e os estados do Acre e Mato Grosso do Sul tiveram o menor quantitativo de avaliações (n=29) (Tabela 1).

As características identificadas na fase de avaliação externa das eSF são apresentadas e discutidas a seguir de acordo com as 18 (dezoito) subdimensões propostas (Dimensão I, III e IV).

Tabela 1 – Número total de equipes de saúde da família avaliadas por região e estado, 2018

REGIÃO	ESTADOS
NORTE Avaliadas 697 equipes	Amazonas = 157; Acre = 29; Amapá = 36 Pará = 273; Rondônia = 99; Roraima = 30 Tocantins = 73.
NORDESTE Avaliadas 2411 equipes	Ceará = 413; Rio Grande do Norte = 70; Piauí = 79; Paraíba = 86; Pernambuco = 514; Sergipe = 130; Alagoas = 143; Bahia = 729; Maranhão = 247.
CENTRO-OESTE Avaliadas 545 equipes	Distrito Federal = 78; Goiás = 280; Mato Grosso do Sul = 29; Mato Grosso = 158
SUDESTE Avaliadas 4770 equipes	Espírito Santo = 175; Minas Gerais = 1755 Rio de Janeiro = 990; São Paulo = 1850
SUL Avaliadas 1790 equipes	Paraná = 628; Santa Catarina = 594; Rio Grande do Sul = 568

5.1.1 Dimensão I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica

A Dimensão I do PMAQ-AB em seu segundo ciclo de avaliação se deteve a avaliar aspectos relacionados à Gestão Municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica. Neste

tema foram abordados aspectos como *Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica* são destacados a seguir.

I – Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe

Foi observado entre as equipes que: existe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho (84,55%), a gestão disponibiliza informações que auxiliam na análise de situação de saúde (88,36%), recebem apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação (79,40%) e recebem da gestão apoio para a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ-AB (74,23%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe recebe apoio para realizar o planejamento e a organização do processo de trabalho?	8.635 (84,55%)	1.578 (15,45%)
A gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	9.024 (88,36%)	1.189 (11,64%)
A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?	8.109 (79,40%)	2.104 (20,60%)
A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	7.581 (74,23%)	2.632 (25,77%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

Entende-se por processo de trabalho em saúde um “conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde” (PAIM, 2008, p. 554).

Na perspectiva desse conceito de processo de trabalho, foi percebido quão expressiva é a participação da gestão municipal junto às eSF do PMAQ-AB. Esta pesquisa evidenciou

haver uma preocupação em proporcionar uma melhoria desde o planejamento até a organização do processo de trabalho com ênfase no apoio, disponibilização de informações e discussão dos dados de monitoramento.

Essa participação da gestão é relevante no processo de Organização do Processo de Trabalho, pois, a forma como é realizado o gerenciamento dos serviços de saúde determina a concretização de um trabalho eficiente, concomitantemente, incide sobre o modelo de atenção vigente e atenda aos anseios da população por ele assistida (FERREIRA, 2012).

Um estudo realizado com dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB corrobora com os achados desta pesquisa, onde o desenvolvimento de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde como determinantes para a qualificação do Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes e assim, fundamentais para a melhoria do Acesso e da Qualidade da AB, ocorreram (CANTO, 2014). Porém, apesar desse achado ter sido positivo, também com os dados do segundo ciclo, é necessário que ocorra o monitoramento e a análise constante desse cenário, associada ao estudo de outras variáveis relacionadas ao tema, já com a intenção de refletir sobre os próximos passos do MS na qualificação dessas equipes e potencialização do programa de acesso e da qualidade da atenção básica.

II – Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica.

Neste item, observou-se que: as equipes recebem apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados (82,22%), avaliam o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas de forma boa (45,27%) e recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos (91,35%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização do Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	8.397 (82,22%)	1.816 (17,78%)
Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?		
Muito Bom	2.783 (27,25%)	
Bom	4.623 (45,27%)	
Regular	906 (8,87%)	
Ruim/ Muito ruim	1.901 (18,61%)	
A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	9.330 (91,35%)	883 (8,65%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

O Apoio Institucional tem como foco a articulação entre trabalhadores e serviço de saúde do processo de trabalho, ou seja, busca-se uma análise crítica permanente a fim de assegurar o cuidado e a ampliação das tecnologias envolvidas na AB (MERHY et al, 2003) e, conseqüentemente, com a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Já o *Apoio Matricial* surge como uma alternativa para a organização do processo de trabalho na AB com “o objetivo de limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p.961).

Esta subdimensão sugere a importância em se ter um “apoiador”, seja ele institucional ou matricial, junto à eSF para o efetivo desenvolvimento do processo de trabalho. No mais, é preciso saber se essa função é incentivada pela gestão ou se há a possibilidade de realização de contratação desses serviços de referência com profissionais que executam esse tipo de atividade entre aquelas equipes que não a possuem.

5.1.2 Dimensão III – Valorização do Trabalhador

A Dimensão III abordou assuntos relevantes a Valorização do Trabalhador na Atenção Básica, entre os assuntos, temos: *Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica, Educação Permanente e Plano de Carreira e Remuneração Variável.*

I – Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica.

Quanto à qualificação dos profissionais, o Enfermeiro é o profissional mais qualificado em comparação aos demais profissionais entrevistados e tem pelo menos uma Pós-Graduação (74,47%), seja ela em andamento ou concluída (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da qualificação profissional conforme critério das Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica.		
Médico	372 (3,64%)	9.841 (96,36%)
Enfermeiro	7.606 (74,47%)	2.607 (25,53%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

II – Educação Permanente

Quanto às ações de educação permanente: as equipes participam de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal (89,92%) e dentre elas o Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão é o de maior prevalência (80,71%) e essas ações contemplam ou contemplam muito as demandas e necessidades da equipe (58,06%). A maioria não utiliza o Telessaúde e, dentre os que usam, sua maior finalidade é para a Teleconsultoria (16,05%). A maioria das unidades não recebem estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão (57,19%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização das Ações de Educação Permanente oferecidas aos Profissionais das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	9.184 (89,92%)	1.029 (10,08%)
Quais dessas ações a equipe participa?		
Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	8.243 (80,71%)	1.970 (19,29%)
Cursos presenciais	7.808 (76,45%)	2.405 (23,55%)
Telessaúde	3.362 (32,92%)	6.851 (67,08%)
RUTE – Rede Universitária de Telemedicina	475 (4,65%)	9.738 (95,35%)
UNASUS	2.108 (20,64%)	8.105 (79,36%)
Curso de educação a distância	3.584 (35,09%)	6.629 (64,91%)
Troca de experiência	5.822 (57,01%)	4.391 (42,99%)
Tutoria/ Preceptoría	2.069 (20,26%)	8.144 (79,74%)
A UBS como espaço de formação de ensino - aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros.	3.683 (36,06%)	6.350 (62,18%)
Outros	932 (9,13%)	9.281 (90,87%)
Não participa de nenhuma ação de educação permanente	577 (5,65%)	9.636 (94,35%)
A equipe utiliza o Telessaúde?	3.196 (31,29%)	7.017 (68,71%)
A equipe utiliza o Telessaúde para qual finalidade?		
Segunda opinião formativa	1.311 (12,84%)	8.902 (87,16%)
Telediagnóstico	1.151 (11,27%)	9.062 (88,73%)
Teleconsultoria	1.639 (16,05%)	8.574 (83,95%)

Continua

Continuação		
Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?		
Sim, contemplam ou contemplam muito	5.930 (58,06%)	
Razoavelmente	2.398 (23,48%)	
Continuação		
Contemplam pouco	621 (6,08%)	
Não contemplam	1.264 (12,38%)	
A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?		
	5.841 (57,19%)	4.372 (42,81%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

O grupo formado por Enfermeiros, nesta pesquisa, se mostrou mais qualificado em relação aos médicos no que diz respeito a realização de cursos de Pós-Graduação concluídos ou em andamento. Além disso, as equipes têm a preocupação em participar de ações promovidas pela gestão municipal e manter uma educação permanente.

Todavia, é consenso entre gestores e trabalhadores do SUS que a formação do profissional influencia na qualidade dos serviços prestados e na satisfação do usuário (OPAS, 2002; COTTA et al, 2004). Um estudo apresentado por Tomasi (2008) demonstrou que a formação de trabalhadores com especialização na área de APS é algo preocupante, haja visto que há a necessidade de qualificação desse profissional e de sua adequação aos novos modelos assistenciais vigentes no país, porém, o mesmo não está ocorrendo.

A especialização e a educação permanente são fatores importantes para o aperfeiçoamento dos profissionais e, conseqüentemente, da melhoria da atenção básica (OLIVEIRA, 2014). Porém, Minayo (2010) menciona que é muito difícil distinguir a contribuição específica de uma pós-graduação para a consolidação do SUS, uma vez que muitos atores estão envolvidos nesse processo.

Portanto, se faz necessário estudos mais específicos que avaliem se ter ou não especialização, e participar de aperfeiçoamentos na área da atenção básica em saúde, por si só, melhoram a assistência à saúde na atenção básica.

III – Plano de Carreira e Remuneração Variável.

Neste item observou-se que: a maioria dos trabalhadores das equipes de saúde não tem plano de carreira (75,94%). Entre os que tem plano, não há progressão por antiguidade (80,95%), não há progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito) (82,79%), não há progressão por titulação e formação profissional (80,37%) e não há incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho (75,85%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização do Plano de Carreira e Remuneração Variável oferecidos aos Profissionais de Saúde das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
O(a) senhor(a) tem plano de carreira?	2.457 (24,06%)	7.756 (75,94%)
No plano, tem progressão por antiguidade?	1.946 (19,05%)	8.267 (80,95%)
No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	1.458 (14,28%)	8.455 (82,79%)
No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	2.005 (19,63%)	8.208 (80,37%)
O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	2.466 (24,15%)	7.447 (75,85%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

Esta subdimensão revelou a falta, em grande parte das equipes, de *Plano de Carreira e Remuneração Variável* entre os profissionais que trabalham na AB.

Entende-se por Plano de Carreira como sendo:

[...] o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoa” (BRASIL, 2006b; p.30).

Visto isso, a consequência dessa realidade age diretamente sobre a fixação dos profissionais na AB e da viabilização dos princípios do SUS, soma-se a isso a falta do reconhecimento social desses profissionais, remuneração não adequada ao trabalho que este profissional desempenha assim como não há garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, entre outros (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012a).

Um estudo realizado por Vieira et al (2017) verificou que nas Secretária Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso, na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Guarulhos e de Recife, e na SES da Bahia existe incentivo para o desenvolvimento salarial da carreira, tanto por promoção quanto por progressão por mérito nesses locais. Na SMS de Recife e SES da Bahia, também se utiliza o tempo de serviço. Nos estados de Alagoas e no Tocantins se utilizam o tempo de serviço e a avaliação de desempenho. E a maioria dos profissionais estão satisfeitos em trabalhar nesses locais, pois, sentem-se valorizados (VIEIRA et al, 2017).

Portanto, os resultados apresentados nesse estudo de Tese sugerem que a valorização do trabalhador seja parte fundamental na melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, pois, reflete no desempenho do profissional junto à atenção básica.

5.1.3 Dimensão IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho

A Dimensão IV é uma das mais importantes da Avaliação Externa pois detêm informações relacionadas diretamente ao Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. Entre suas subdimensões os seguintes temas foram abordados: *População de referência da Equipe de Atenção Básica, Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica, Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica, Organização dos prontuários na unidade básica de saúde, Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, Acolhimento à demanda espontânea, Saúde da mulher e da criança, Condições Crônicas (Saúde Mental), Condições Crônicas (Tuberculose e Hanseníase), Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio, Promoção da Saúde, Participação do usuário e Controle Social e População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas.*

I – População de referência da Equipe de Atenção Básica

As equipes responderam que: a gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe (61,28%), que existe definição da área de abrangência da equipe (97,96%), que há mapas com desenho do território de abrangência (77,75%), que foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe entre um mês até um ano (48,73%) e que há registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família (72,08%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização da População de Referência Assistida pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	6.259 (61,28%)	3.954 (38,72%)
Existe definição da área de abrangência da equipe?	10.005 (97,96%)	208 (2,04%)
A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	7.941 (77,75%)	2.272 (22,25%)
Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?		
A menos de 01 (um) mês	1.311 (12,84%)	
Entre 01 (um) mês e 01 (um) ano	4.977 (48,73%)	
A mais de 01 (um) a 02 (dois) anos	1.436 (14,06%)	
Mais de 02 (dois) anos	1.482 (14,51%)	
Não fez ou não respondeu	1.007 (9,86%)	
A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?	7.362 (72,08%)	2.851 (27,92%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

O resultado deste item demonstrou a preocupação por parte das equipes em definir toda a população a ser atendida em sua área de abrangência de acordo com critérios de risco e vulnerabilidade respeitando a sua área de abrangência, conforme estabelecido pelo MS. A utilização desse requisito para o planejamento das ações frente aos problemas de saúde situacional é uma atitude inteligente adotada pela gestão de saúde dos municípios.

O próprio Ministério da Saúde já direciona algumas intervenções, como preconiza a composição de cada equipe quanto ao número de profissionais e a população a ser assistida. Ou seja, levando em consideração a estimativa de cobertura populacional uma equipe pode atender até 4.000 indivíduos, por exemplo (BRASIL, 2011d).

Apesar disso, os dados reforçam a necessidade em fortalecer esse item junto às equipes que ainda não a realizam, uma vez que a sua ausência sugere um empecilho para o fortalecimento da AB.

II - Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica

As equipes realizam atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente (65,72%), com relação à periodicidade dessa realização a grande maioria não souber responder como aconteciam (83,07%) e há a realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde (88,08%) e fazem reuniões (98,62%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização do Planejamento das Ações realizado pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	6.712 (65,72%)	3.501 (34,28%)
A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?		
Semanal	603 (5,90%)	
Bimestral	146 (1,43%)	
Trimestral	107 (1,05%)	
Semestral	127 (1,24%)	
Anual	395 (3,87%)	
Não realiza planejamento	351 (3,44%)	
Não sabe ou não respondeu	8.484 (83,07%)	
A equipe de Atenção Básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	8.996 (88,08%)	1.217 (11,92%)
A equipe realiza reunião?	10.072 (98,62%)	141 (1,38%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

O desenvolvimento do planejamento é uma necessidade cotidiana e um processo permanente que deve ser aprimorado pelas equipes de saúde a fim de que se possa garantir uma direcionalidade das ações a serem seguidas, corrigir eventuais problemas e buscar sempre o alcance dos objetivos ao qual se almeja (UFSC, 2012).

Ainda há falhas nesse processo de planejamento de ações em 34,28% das equipes avaliadas. É um número expressivo frente à seriedade do tema, sendo essa uma fase crucial de toda e qualquer etapa de decisão, e que precisa ser revista pela gestão de saúde dos municípios que apresentam essa demanda.

III – Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica

Esta subdimensão revelou as seguintes características das eSF: A agenda dos profissionais está organizada, principalmente, para a realização de Visita Domiciliar (84,83%) e Consultas para o Cuidado Continuado (80,74%); As equipes não possuem registro das atividades realizadas na escola (62,90%); A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas (84,87%).

Na maioria das vezes não existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames (54,24%), porém, existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação (69,80%).

A equipe realiza encaminhamento dos usuários que vem à unidade com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta médica (51,06%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização da Organização da Agenda das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?		
Visita domiciliar	8.664 (84,83%)	1.549 (15,17%)
Grupos de educação em saúde	7.263 (71,12%)	2.950 (28,88%)
Atividade comunitária	5.617 (55,00%)	4.596 (45,00%)
Consultas para cuidado continuado	8.246 (80,74%)	1.967 (19,26%)
Acolhimento à demanda espontânea	7.699 (75,28%)	2.514 (24,62%)
A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?		
	3.789 (37,10%)	6.424 (62,90%)
A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?		
	8.668 (84,87%)	1.545 (15,13%)
Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?		
	4.673 (45,76%)	5.540 (54,24%)
Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?		
	7.129 (69,80%)	3.084 (30,20%)
A equipe realiza encaminhamento dos usuários que vem à unidade com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta médica?		
	5.215 (51,06%)	4.998 (48,94%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A manutenção de uma agenda organizada conforme a população atendida visa a ampliação da promoção de saúde mediante o uso de um serviço resolutivo e capacitado para

atender o usuário (BRASIL, 2013b), assim como facilitar o processo de trabalho, o que promoverá melhoria no acesso e na qualidade da atenção básica (MELO et al., 2016).

Quando não há essa organização da agenda costuma-se presenciar nos postos de saúde aumento no tempo de espera por atendimento, o que leva o usuário a buscar outro meio de atendimento a sua necessidade e, conseqüentemente, incremento no absenteísmo de pacientes já agendados, o que influencia diretamente no agravamento do acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

Sendo assim, essa pesquisa evidenciou como a organização da agenda está disposta pelo Brasil. Ainda se encontra falha dentre as equipes avaliadas pelo PMAQ-AB, o que imputa a necessidade de realização de novos estudos para pontuar quais deficiências seriam essas.

IV – Organização dos prontuários na unidade básica de saúde

Na maioria das equipes, os prontuários dos usuários estão organizados por núcleos familiares (63,68%) e existe um modelo-padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais (75,53%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização da Organização dos Prontuários das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Pergunta	Sim (%)	Não (%)
Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares?	6.504 (63,68%)	3.709 (36,32%)
Existe modelo-padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?	7.714 (75,53%)	2.499 (24,47%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

O prontuário é um instrumento imprescindível para manter um acompanhamento adequado da saúde de um paciente de forma contínua e longitudinal. Todas as equipes de saúde da família são obrigadas a tê-lo em suas dependências (BRASIL, 2016a).

Ramos (2008) relata que

“o registro da história clínica e de vida de cada pessoa e/ou família, materializado na forma de prontuários impressos ou eletrônicos, constitui memória valiosa para o profissional de saúde, além de instrumento de apoio

à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado. Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais” (RAMOS, 2008).

Evidenciou-se, nessa pesquisa, que um pouco mais da metade das equipes possuem prontuários organizados por núcleos familiares.

Essa modalidade permite conhecer a organização da família mediante dados demográficos e socioeconômicos, os quais são obtidos no momento em que a família é cadastrada. Algumas equipes da ESF utilizam o Formulário A fornecido pelo Ministério da Saúde para preencher essas informações sociodemográficas, o qual deve ser anexado ao prontuário (BRASIL, 2016a).

Atualmente está sendo implantando no SUS o prontuário eletrônico, de forma obrigatória para todas as equipes, e que pode até acarretar a perda de incentivo financeiro dentre aquelas que não atenderem a esse propósito (BRASIL, 2018b).

Logo, a identificação dessas lacunas e porquês da não identificação de prontuários organizados, como preconizado nas equipes avaliadas, se torna um ponto importante a ser investigado.

V – Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade

Este atributo evidenciou que: quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, preferencialmente, ela é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário (64,91%).

A equipe possui, em sua grande maioria: o registro em seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia (51,46%), das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero (66,89%), das crianças até dois anos (76,87%), das pessoas com hipertensão (81,46%), das pessoas com diabetes (81,42%) e de todas as gestantes (84,64%). Porém, não tem das pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)/Asma (63,39%) e nem das pessoas com obesidade (65,99%).

Há programação da oferta de consultas, principalmente, voltadas ao Transtorno Mental (51,30%), para Crianças de até dois anos (82,30%), para a Diabetes Mellitus (DM) (83,29%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (83,25%) e Pré-natal (85,02%).

Com referência à utilização de protocolos para estratificação de risco: o mesmo é utilizado para o DM (51,49%), a HAS (51,64%) e Tuberculose (TB) (52,33%) seguido do Câncer de mama (53,10%), do acompanhamento de Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento) (53,29%) e para o Câncer do colo do útero (53,79%).

No entanto, a maioria das equipes não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção com os seguintes aspectos: Gestantes (60,98%), mulheres com Citopatológico alterado (61,77%), Hipertensão (63,35%), Mamografia alterada (67,23%), Transtorno mental (68,55%), pessoas com Diabetes (64,11%), Obesidade (73,24%), DPOC/Asma (74,28%).

A equipe realiza busca ativa apenas do Citopatológico atrasado (50,04%), do Câncer colo do útero (51,53%), do calendário vacinal atrasado (54,09%) e do Pré-natal (55,07%).

Com relação à oferta e realização de exames que são solicitados pela a equipe de saúde e realizados pela rede de serviços de saúde, a maioria deles são concretizados, tais como: Ecocardiograma (79,39%), Perfil lipídico (93,93%), Hemoglobina glicosilada (94,11%), Eletrocardiograma (96,21%), Creatinina (96,92%) e Baciloscopia para tuberculose (97,28%).

No que concerne aos exames que são solicitados pela equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal, a maioria das eSF fazem: Teste rápido de sífilis (65,20%), Teste rápido de HIV (68,60%), Teste rápido de gravidez (68,89%), Exame sorológico para toxoplasmose (95,18%), Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) (95,62%), Sorologia para hepatite B (96,40%), Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito (97,06%), Sorologia para HIV (97,40%), Sorologia para sífilis (VDRL) (98,00%) e a Glicemia de jejum (98,41%).

Os encaminhamentos são realizados por meio de uma central de regulação (86,43%).

Quanto aos exames que são realizados/coletados na unidade, a maioria realiza apenas o Exame citopatológico de colo de útero (91,27%).

Por fim, alguns serviços especiais são realizados pela equipe de atenção básica, tais como: Lavagem de ouvido (55,27%), Medicações injetáveis endovenosas (79,33%), Nebulização/inalação (86,82%), Retirada de pontos (95,86%), Curativos (96,10%), Medicações injetáveis intramusculares (96,89%) e (Tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização da Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Quando um usuário é atendido na unidade de saúde 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	3.266 (31,98%)	6.947 (68,02%)
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário.	6.629 (64,91%)	3.584 (35,09%)
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas.	4.120 (40,34%)	6.093 (59,66%)
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe.	4.120 (40,34%)	6.093 (59,66%)
A equipe possui o registro do seu território:		
De todas as gestantes	8.644 (84,64%)	1.569 (15,36%)
Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero	6.831 (66,89%)	3.382 (33,11%)
Das mulheres elegíveis para exame de mamografia	5.256 (51,46%)	4.957 (48,54%)
Das crianças até dois anos	7.851 (76,87%)	2.362 (23,13%)
Das pessoas com hipertensão	8.319 (81,46%)	1.894 (18,54%)
Das pessoas com diabetes	8.315 (81,42%)	1.898 (18,58%)
Das pessoas com DPOC/Asma	3.739 (36,61%)	6.474 (63,39%)
Das pessoas com obesidade	3.473 (34,01%)	6.740 (65,99%)
A equipe programa oferta de consultas para quais Situações?		
Pré-natal	8.683 (85,02%)	1.530 (14,98%)
Hipertensão arterial sistêmica	8.502 (83,25%)	1.711 (16,75%)
Diabetes mellitus	8.506 (83,29%)	1.707 (16,71%)
Obesidade	4.430 (43,38%)	5.783 (56,62%)
DPOC/Asma	4.042 (39,58%)	6.171 (60,42%)
Transtorno mental	5.239 (51,30%)	4.974 (48,70%)
Crianças até dois anos	8.405 (82,30%)	1.808 (17,70%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações?		
Câncer do colo do útero	5.494 (53,79%)	4.719 (46,21%)
Câncer de mama	5.423 (53,10%)	4.970 (48,66%)
Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)	5.442 (53,29%)	4.771 (46,71%)
Hipertensão arterial sistêmica	5.274 (51,64%)	4.939 (48,36%)
Diabetes mellitus	5.259 (51,49%)	4.954 (48,51%)
Tuberculose	5.344 (52,33%)	4.869 (47,67%)
Hanseníase	4.955 (48,52%)	5.258 (51,48%)
Saúde mental	4.176 (40,89%)	6.037 (59,11%)
DPOC/Asma	3.541 (34,67%)	6.672 (65,33%)
Álcool e drogas	2.934 (28,73%)	7.279 (71,27%)
A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?		
Hipertensão	3.743 (36,65%)	6.470 (63,35%)
Diabetes	3.665 (35,89%)	6.548 (64,11%)
DPOC/Asma	2.627 (25,72%)	7.586 (74,28%)
Obesidade	2.733 (26,76%)	7.480 (73,24%)
Gestantes	3.985 (39,02%)	6.228 (60,98%)
Citopatológico alterado	3.904 (38,23%)	6.309 (61,77%)
Transtorno mental	3.212 (31,45%)	7.001 (68,55%)
Mamografia alterada	3.347 (32,77%)	6.866 (67,23%)
A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:		
Câncer do colo do útero	5.263 (51,53%)	4.950 (48,47%)
Citopatológico atrasado	5.111 (50,04%)	5.102 (49,96%)
Câncer de mama	4.623 (45,27%)	5.590 (54,73%)
Pré-natal	5.624 (55,07%)	4.589 (44,93%)
Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)	5.075 (49,69%)	5.138 (50,31%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Prematuras	4.241 (41,53%)	5.972 (58,47%)
Com baixo peso	4.568 (44,73%)	5.645 (55,27%)
Com consulta de puericultura atrasada	4.745 (46,46%)	5.468 (53,54%)
Com calendário vacinal atrasado	5.524 (54,09%)	4.689 (45,91%)
Hipertensão arterial sistêmica	4.947 (48,44%)	5.266 (51,56%)
Diabetes mellitus	4.929 (48,26%)	5.284 (51,74%)
Tuberculose	4.592 (44,96%)	5.621 (55,04%)
Hanseníase	3.820 (34,07%)	6.393 (65,93%)
Saúde mental	3.480 (34,07%)	6.733 (65,93%)
Álcool e drogas	2.364 (23,15%)	7.849 (76,85%)
Quais destes exames são solicitados pela sua equipe e realizados pela rede de serviços de saúde		
Creatinina	9.899 (96,93%)	224 (2,19%)
Perfil lipídico	9.594 (93,94%)	619 (6,06%)
Eletrocardiograma	9.826 (96,21%)	387 (3,79%)
Ecocardiograma	8.109 (79,40%)	2.104 (20,60%)
Hemoglobina glicosilada	9.612 (94,12%)	601 (5,88%)
Baciloscopia para tuberculose	9.936 (97,29%)	277 (2,71%)
Radiografia de tórax (tuberculose)	9.844 (96,39%)	367 (3,59%)
Cultura de Microbactérias	9.140 (89,49%)	1.073 (10,51%)
Teste de Sensibilidade (Antibiograma)	1.103 (10,80%)	9.110 (89,20%)
Baciloscopia para hanseníase	9.338 (91,43%)	875 (8,57%)
Mamografia	9.513 (93,15%)	700 (6,85%)
Sorologia para HIV	9.959 (97,51%)	254 (2,49%)
Sorologia para hepatites B e C	9.873 (96,67%)	340 (3,33%)
Sorologia para sífilis (VDRL)	10.003 (97,94%)	210 (2,06%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Teste rápido HIV	7.516 (73,59%)	2.697 (26,41%)
Teste rápido sífilis	7.012 (68,66%)	3.201 (31,34%)
Quais destes exames são solicitados pela sua equipe e realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?		
Glicemia de jejum	10.051 (98,41%)	162 (1,59%)
Sorologia para sífilis (VDRL)	10.009 (98,00%)	204 (2,00%)
Sorologia para HIV	9.948 (97,41%)	265 (2,59%)
Sorologia para hepatite B	9.846 (96,41%)	367 (3,59%)
Exame sorológico para toxoplasmose	9.721 (95,18%)	492 (4,82%)
Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito	9.913 (97,06%)	300 (2,94%)
Teste rápido de gravidez SIM; NÃO	7.036 (68,89%)	3.177 (31,11%)
Teste rápido de sífilis	6.659 (65,20%)	3.554 (34,80%)
Teste rápido de HIV	7.007 (68,61%)	3.206 (31,39%)
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)	9.766 (95,62%)	447 (4,38%)
Na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado por meio de central de regulação?		
	8.827 (86,43%)	1386 (13,57%)
Quais exames são realizados/coletados na unidade?		
Exames de sangue	5029 (49,24%)	5184 (50,76%)
Urina	4432 (43,40%)	5781 (56,60%)
Fezes	4726 (46,27%)	5937 (58,13%)
Exame citopatológico de colo de útero	9321 (91,27%)	892 (8,73%)
Eletrocardiograma	2263 (22,16%)	7950 (77,84%)
A equipe de atenção básica realiza:		
Drenagem de abscesso	4.950 (48,47%)	5.263 (51,53%)
Sutura de ferimentos	3.598 (35,23%)	6.615 (64,77%)
Retirada de pontos	9.790 (95,86%)	423 (4,14%)
Lavagem de ouvido	5.645 (55,27%)	4.568 (44,73%)
Extração de unha	3.152 (30,86%)	7.061 (69,14%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Nebulização/inalação	8.867 (86,82%)	1.346 (13,18%)
Curativos	9.815 (96,10%)	398 (3,90%)
Medicações injetáveis intramusculares	9.895 (96,89%)	318 (3,11%)
Medicações injetáveis endovenosas	8.102 (79,33%)	2.111 (20,67%)
Inserção de DIU – SIM; NÃO	2.070 (20,27%)	8.143 (79,73%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem a finalidade de organizar todos os serviços de saúde oferecidos pelo SUS, de forma não hierárquica, visando à garantia de oferta de atenção continuada e integral à determinada área de abrangência e sua população assistida com resolutividade (BRASIL, 2010a). Já a Coordenação do Cuidado é compreendida como a articulação entre esses serviços prestados e as ações direcionadas à atenção à saúde que convergem para um objetivo comum (ALMEIDA, 2010).

As ações de saúde com melhor avaliação pelo PMAQ-AB, e apresentadas neste estudo, foram aquelas pertinentes ao Pré-Natal, a HAS, ao DM e à realização de exames clínicos e laboratoriais efetivados pela rede.

Este atributo relacionado à Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade é complexo e engloba áreas prioritárias para o Ministério da Saúde. Assim sendo, esta Tese sugere a possibilidade de haver impedimentos junto a rede de atenção à saúde que impedem o seu adequado funcionamento e com isso não há possibilidade em atender à demanda das eSF no Brasil e, conseqüentemente, acaba prejudicando a coordenação do cuidado.

Kringos et al (2010) reforçam a necessidade de fortalecimento da coordenação do cuidado para garantir a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços e ações na atenção básica. É consenso que com a implantação da ESF houve melhorias na atenção básica e os serviços de saúde estão mais interligados à rede (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). Houve avanços quanto a potencialização da coordenação do cuidado com a expansão da APS e de serviços de especialidades médicas, dos sistemas de regulação e da contratação de serviços após a implantação das redes de atenção à saúde. No entanto, essa RAS não foi suficiente para proporcionar um cuidado integral ao usuário, este por sua vez, acaba não respeitando as pactuações e normatizações estabelecidas nos planejamentos das ações e

serviços de saúde (HUDON, 2015; LAMOTHE; SYLVAIN; SIT, 2015; BOUSQUAT et al, 2017; FAUSTO, 2017) o que prejudica a não consolidação da AB como coordenadora do cuidado em saúde.

VI – Acolhimento à demanda espontânea

Com relação à prática do acolhimento à demanda espontânea, a maioria das equipes a realizam tanto no turno da manhã quanto da tarde (97,61%). O atendimento acontece durante cinco ou mais dias por semana (86,47%) e há a existência de reserva de vagas para consultas de demanda espontânea (86,09%) quando preciso.

A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea no que se refere a: Queixas mais frequentes no idoso (54,26%), relacionados a Problemas respiratórios (54,48%), Queixas mais frequentes no adulto (53,37%), Queixas mais frequentes na criança (58,23%), Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação (56,82%) e Dengue (54,76%).

A maioria das equipes realizam atendimentos relacionados a Dor torácica (86,10%), Crise convulsiva (78,61%), Nefrolitíase (72,77%), Crise de asma (86,78%), Crise hipertensiva (93,37%), Hiperglicemia em diabéticos (91,52) e Casos suspeitos de Dengue (89,59%).

O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia (91,11%) em quase todas as equipes. Quando o atendimento não ocorre no mesmo dia, ele leva em média até 15 dias para agendar a consulta (60,33%). As consultas são agendadas, nas unidades de saúde, em qualquer dia da semana e em qualquer horário (62,24%). E os usuários são agendados com hora marcada (45,00%). Esse agendamento, na maioria das vezes, é presencial (99,53%).

Normalmente, o usuário espera até 30 (trinta) minutos desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento (91,57%). Definida a realização da consulta no acolhimento, o usuário espera até 30 (trinta) minutos para ser atendido (59,32%). E os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários (65,45%) (Tabela 12).

Tabela 12 – Caracterização do Acolhimento à Demanda Espontânea das eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	9.969 (97,61%)	244 (2,39%)
Em quais turnos é realizado o acolhimento		
Manhã	9.969 (97,61%)	244 (2,39%)
Tarde	9.969 (97,61%)	244 (2,39%)
Noite	903 (8,84%)	9.310 (91,16%)
Quantos dias por semana acontece?		
Um dia por semana		241 (2,36%)
Dois dias por semana		297 (2,91%)
Três dias por semana		286 (2,80%)
Quatro dias por semana		314 (3,07%)
Cinco ou mais dias por semana		8.831 (86,47%)
Não há informação		244 (2,39%)
Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	8.792 (86,09%)	1.421 (13,91%)
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?		
Queixas mais frequentes no idoso	5.542 (54,26%)	4.671 (45,74%)
Problemas respiratórios	5.564 (54,48%)	4.649 (45,52%)
Queixas mais frequentes no adulto	5.451 (53,37%)	4.762 (46,63%)
Queixas mais frequentes na criança	5.947 (58,23%)	4.266 (41,77%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	5.031 (49,26%)	5.182 (50,74%)
Traumas e acidentes	3.869 (37,88%)	6.344 (62,12%)
Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	5.803 (56,82%)	4.410 (43,18%)
Dengue	5.593 (54,76%)	4.620 (45,24%)
A equipe realiza atendimento de:		
Dor torácica	8.793 (86,10%)	1.420 (13,90%)
Crise convulsiva	8.028 (78,61%)	2.185 (21,39%)
Nefrolitíase	7.432 (72,77%)	2.781 (27,23%)
Crise de asma	8.863 (86,78%)	1.350 (13,22%)
Crise hipertensiva	9.536 (93,37%)	677 (6,63%)
Hiperglicemia em diabéticos	9.347 (91,52%)	866 (8,48%)
Casos suspeitos de Dengue	9.150 (89,59%)	1.063 (10,41%)
O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?		
	9.305 (91,55%)	908 (8,89%)
Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?		
Até 15 dias		6.161 (60,33%)
16 a 30 dias		1.002 (9,81%)
Acima de 30 dias		318 (3,11%)
Sem resposta		2.732 (26,75%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?		
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	6.357 (62,24%)	
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	1.218 (11,93%)	
Dias específicos fixos, em qualquer horário	756 (7,40%)	
Dias específicos fixos, em horários específicos	1.557 (15,25%)	
Outros	325 (3,18%)	
Como os usuários são agendados?		
Com hora marcada	4.596 (45,00%)	
Marcado por bloco de horas	3.193 (31,26%)	
Fila para pegar senha	2.424 (23,73%)	
O agendamento pode ser feito:		
Presencial	10.165 (99,53%)	48 (0,47%)
Telefone	2.699 (26,43%)	7.514 (73,57%)
Internet	154 (1,51%)	10.059 (98,49%)
Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?		
Até 30 min	9.352 (91,57%)	
De 31 a 60 min	675 (6,61%)	
De 61 a 120 min	146 (1,43%)	
De 121 a 180 min	25 (0,24%)	
De 181 a 240 min	10 (0,10%)	

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Acima de 240 min		05 (0,05%)
Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?		
Até 30 min	6.058 (59,32%)	
De 31 a 60 min	2.938 (28,77%)	
De 61 a 120 min	955 (9,35%)	
De 121 a 180 min	153 (1,50%)	
De 181 a 240 min	51 (0,50%)	
Acima de 240 min	58 (0,57%)	
Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		
	6.684 (65,45%)	3.529 (34,55%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A proposta do acolhimento é resgatar e revalorizar a ética da solidariedade e a empatia entre profissionais e usuários com o objetivo de aumentar a equidade, a resolutividade no primeiro contato e a agilidade no atendimento, desburocratizando assim o serviço de saúde (MITRE et al, 2012; SOUZA et al, 2008; TESSER et al, 2010). O acolhimento visa melhorar também o acesso à demanda espontânea (TESSER, 2018). Porém, muitos profissionais entendem que o acolhimento é mais uma tarefa, entre tantas outras, que culmina com a sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflito nas equipes (TESSER et al, 2010).

Além disso, fatores como o excessivo número de usuários vinculados à equipe, falta de ambiência e de recursos básicos, por exemplo, também influenciam no acolhimento ao usuário (OLIVEIRA; CORIOLANO-MARINUS, 2016; NOBRE et al, 2017).

Apesar da maioria das equipes apresentarem um bom resultado quanto aos questionamentos, a hipótese levantada nesta Tese é que esses e outros possíveis determinantes estejam influenciando as equipes avaliadas pelo PMAQ-AB, logo, tornando o cenário desfavorável a melhoria do acesso e da qualidade da AB.

Esse tema tem grande relevância dentro da configuração do atendimento integral e resolutividade na AB, merecendo estudos mais aprofundados.

VII – Saúde da mulher e da criança

A maioria das equipes de atenção básica utilizam a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes (87,96%). No acompanhamento das gestantes, há registro do Profissional responsável pelo acompanhamento (94,51%), da Consulta odontológica (54,28%), da Vacinação em dia (94,06%) e da Coleta de exame citopatológico (78,43%). A maioria das equipes recebem todos os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias (71,17%)

Nas unidades é realizada a aplicação da penicilina G benzatina (58,79%).

Com relação à garantia da consulta de puerpério até 10 dias após o parto, a ação mais realizada é a Visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para captação da mulher (81,67%).

No que concerne ao atendimento da consulta de puericultura nas crianças de até dois anos, a maioria das eSF a realizam (83,23%). Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade (63,04%). Quanto ao acompanhamento das crianças do território, há registro, principalmente, da Vacinação em dia da criança (95,58%), do Crescimento e desenvolvimento (91,91%), do Estado nutricional (88,82%), do Teste do pezinho (82,31%) e da Violência familiar (50,13%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização da Assistência à Saúde da Mulher e da Criança pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	8.983 (87,96%)	1230 (12,04%)
No acompanhamento das gestantes, há registro sobre:		
Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante	9.652 (94,51%)	561 (5,49%)
Consulta odontológica da gestante	5.544 (54,28%)	4.669 (45,72%)
Vacinação em dia da gestante	9.606 (94,06%)	604 (5,91%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	8.010 (78,43%)	2.203 (21,57%)
A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?		
Sim, todos os exames	7.269 (71,17%)	
Sim, alguns exames	2.572 (25,18%)	
Não	372 (3,64%)	
É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?		
	6.004 (58,79%)	4.209 (41,21%)
Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?		
Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	8.341 (81,67%)	1.872 (18,33%)
Visita domiciliar de outros membros da equipe	7.052 (69,05%)	3.161 (30,95%)
Consulta em horário especial em qualquer dia da semana	4.619 (45,23%)	5.594 (54,77%)
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos		
	8.500 (83,23%)	1.713 (16,77%)
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		
	6438 (63,04%)	3775 (36,96%)
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre		
Vacinação em dia da criança	9.762 (95,08%)	451 (4,42%)
Crescimento e desenvolvimento	9.387 (91,91%)	826 (8,09%)
Estado nutricional	9.071 (88,82%)	1.142 (11,18%)
Teste do pezinho	8.406 (82,31%)	1.807 (17,69%)
Violência familiar	5.120 (50,13%)	5.093 (49,87%)
Acidentes	4.878 (47,76%)	5.335 (52,24%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

Com referência à saúde da mulher, aspectos como Planejamento Familiar e Prevenção dos cânceres de colo de útero e mama e do acompanhamento do Pré-Natal fazem frente as ações de maior relevância. Já para as crianças, as componentes: imunização, suplementação de vitaminas e minerais e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são destaques (BRASIL, 2015b).

Os programas voltados à Saúde da Mulher e da Crianças são peças-chaves e prioritárias do Ministério da Saúde. Os resultados mostram que a maioria das equipes o conduzem bem, apesar de existirem equipes ainda com entraves, os quais devem ser estudados com maior propriedade.

A exemplo dos estudos realizados sobre a temática aqui abordada, temos um realizado a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB evidenciou que, para o atendimento à criança, o acesso ao serviço de saúde foi parcialmente alcançado e que existem falhas relacionadas à existência de desigualdades regionais, o qual impossibilita a qualificação do cuidado em saúde a este usuário (MACIEL, 2014). Um outro na área da saúde da mulher, desenvolvido na cidade de Picos-PI, mostrou, por exemplo, uma evolução favorável dos indicadores relacionados à captação de mulheres para a reação do Pré-Natal na atenção Básica (SILVA et al, 2016) apesar de a realidade apresentada pelo PMAQ-AB no Brasil seja de uma taxa média de apenas 43% (BRASIL, 2011e).

Visto isso, é necessário que os resultados aqui encontrados sejam norteadores e que as equipes, com ajuda da gestão, realizem monitoramento e avaliação dos seus dados para que os empecilhos existentes sejam identificados e corrigidos e, com isso, os objetivos do programa de melhoria e acesso da qualidade da atenção básica sejam alcançados.

VIII – Condições Crônicas (Tuberculose e Hanseníase)

Observou-se que: mais da metade das equipes registram os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros dos usuários em condições crônicas relacionadas à Tuberculose e à Hanseníase (98,19%).

Com relação à Tuberculose, a 1ª amostra de escarro para o diagnóstico é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário (59,52%), porém, não possuem registro do número de usuários com a doença, identificados no último ano (67,56%) mas possuem registro do acompanhamento dos casos (51,52%) e existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade (74,34%). A maioria das equipes não realiza tratamento diretamente observado (TDO) (75,88%) e não fazem busca ativa de faltosos do TDO (78,82%).

Com referência à Hanseníase, grande parte das eABs não possui registro do número de usuários com a doença (71,05%). Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade (79,25%), mas a equipe não realiza o acompanhamento do tratamento do usuário (73,94%) e nem a busca ativa de faltosos do tratamento (79,26%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Caracterização da Assistência às Condições Crônicas de Tuberculose e Hanseníase pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?	10.028 (98,19%)	185 (1,81%)
A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?	6.079 (59,92%)	4.134 (40,48%)
A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?	3.282 (32,14%)	6.931 (67,86%)
A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?	5.262 (51,52%)	4.951 (48,48%)
Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?	7.592 (74,34%)	2.621 (25,66%)
A equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)?		
De todos os usuários diagnosticados		2.213 (21,67%)
Somente dos faltosos ao tratamento/acompanhamento		250 (2,45%)
Não realiza		7.750 (75,88%)
A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?	2.163 (21,18%)	8.050 (78,82%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	2.957 (28,95%)	7.256 (71,05%)
Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?	8.094 (79,25%)	2.119 (20,75%)
A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?	2.661 (26,06%)	7.552 (73,94%)
A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento?	2.118 (20,74%)	8.095 (79,26%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A organização das equipes aqui avaliadas mostra que as mesmas não estão preparadas para atender e acompanhar usuários portadores de Tuberculose e Hanseníase no Brasil. Falhas importantes como a realização de busca ativa para quem já está em tratamento são inadmissíveis nos tempos atuais e para doenças que são consideradas capazes de cura.

O cenário da saúde pública no Brasil tem mudado e melhorado o perfil de morbimortalidade após a criação do SUS por meio da universalização do acesso aos serviços de saúde, das ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis (TEIXEIRA et al, 2018).

O controle da doença da tuberculose e da hanseníase são de responsabilidade do município e da atenção básica (BRASIL, 2004). A identificação de lacunas, tanto na oferta de ações quanto na adesão ao tratamento dessas doenças, pode ajudar os serviços de saúde a modificar e a melhorar o cenário epidemiológico da doença (BERALDO, 2017; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017). No caso da Hanseníase e da Tuberculose, observou-se uma queda nas notificações de casos novos no ano de 2016 e isso se deve as ações desenvolvidas na AB, tais como o desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais. Além disso, com a evidencia do recrudescimento, ou seja, da identificação de doentes reinfectados, investimentos estão sendo feitos para melhorar o esquema terapêutico e com isso garantir um maior número de usuários com adesão ao tratamento (PENA et al., 2017).

IX - Condições crônicas (Saúde Mental)

Com relação ao atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, a maioria das equipes realizam atendimento (88,32%). As consultas para pessoas em sofrimento psíquico são agendadas em qualquer dia da semana, em qualquer horário (65,28%), e, normalmente, o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde acontece ainda no mesmo dia (70,21%). A maioria das equipes não teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico (57,31%). A equipe de atenção básica não possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico (65,97%). Não possuem registros dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (83,11%) e não realizam ações para pessoas com necessidade decorrente do uso das supracitadas substâncias (64,11%). As equipes não possuem registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral (65,62%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Caracterização da Assistência às Condições Crônicas de Saúde Mental pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?	9.020 (88,32%)	1.193 (11,68%)
Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?		
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário		6.667 (65,28%)
Em qualquer dia da semana, em horários específicos		555 (5,43%)
Dias específicos fixos, em qualquer horário		408 (3,99%)
Dias específicos fixos, em horários específicos		955 (9,35%)
Outros		435 (4,26%)
Nenhum		1.193 (11,68%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?		
Atendido no mesmo dia		7.171 (70,21%)
Em até 15 dias		2.704 (26,48%)
Entre 16 e 30 dias		284 (2,78%)
Acima de 30 dias		54 (0,53%)
A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	4.360 (42,69%)	5.853 (57,31%)
A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico?	3.475 (34,03%)	6.738 (65,97%)
A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	1.725 (16,89%)	8.488 (83,11%)
A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	3.665 (35,89%)	6.548 (64,11%)
A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?	3.511 (34,38%)	6.702 (65,62%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A realidade da atenção básica no atendimento a pessoas em sofrimento mental também é precária, como observado nos resultados acima. Apesar de haver afirmação sobre a realização do atendimento, o mesmo não é de qualidade, o que evidencia um possível despreparo e adequação da equipe para efetivar esse cuidado em saúde.

Incentivos foram realizados nas últimas décadas, a fim de promover a inclusão social, cidadania e autonomia de usuários em sofrimento mental na sociedade e, principalmente, mudar o modelo biomédico e hospitalocêntrico do seu atendimento em saúde. O Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS) foi um dos serviços estratégicos criados e utilizados para promover essa mudança, e a ESF tornou-se um item importante para a atenção a pessoas portadoras de transtornos mentais. Porém, ainda há necessidade de avanços nessa área (CORREIA; BARROS; CALVERO, 2011).

O Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de garantir acesso, promover saúde e operacionalizar o atendimento em RAS para essa população (BRASIL, 2011f). No entanto, a mesma ainda está sob processo de ampliação e implementação em algumas regiões do país (BRASIL, 2018c).

Estudo recentemente publicado por Amarante e Nunes (2018), mostrou uma perspectiva sobre a evolução das políticas em saúde mental e da reforma psiquiátrica, e neste documento compartilha-se grandes avanços na área, como a diminuição do número de leitos psiquiátricos após os investimentos realizados após a criação do CAPS em 2014. Ao mesmo tempo que relata um retrocesso, iniciado em 2015, onde a comissão tripartite praticamente resgata o modelo manicomial abolido (AMARANTE; NUNES, 2018).

X – Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio

Constata-se que: as equipes possuem protocolo ou critérios para visita domiciliar (56,98%), as famílias da área de abrangência da eAB são visitadas com periodicidade distinta, de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade (95,23%) e possuem levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados) (59,65%). Porém, no cuidado domiciliar, os profissionais da equipe, em sua maioria, não realizam atendimento clínico (usuário idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio) (63,95%) nem procedimentos de enfermagem (63,79%). Apesar disso, possuem registro do número de acamados/domiciliados do território (72,11%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Caracterização da Visita Domiciliar e do Cuidado realizado no domicílio pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?	5.819 (56,98%)	4.394 (43,02%)
As famílias da área de abrangência da equipe de Atenção Básica são visitadas com periodicidade distinta, de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	9.726 (95,23%)	487 (4,77%)
A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?	6.092 (59,65%)	4.121 (40,35%)
No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam:		
Atendimento clínico (usuário idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio)	3.682 (36,05%)	6.531 (63,95%)
Realização de procedimentos de enfermagem	3.698 (36,21%)	6.515 (63,79%)
A equipe não realiza cuidado no domicílio - 6439		941 (9,21%)
A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?	7.365 (72,11%)	2.848 (27,89%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

O Ministério da Saúde, mediante a Portaria N°825/2016, instituiu o funcionamento do atendimento domiciliar e qualificou equipes, inclusive com incentivo financeiro, para realizar esse cuidado (BRASIL, 2016).

A Atenção Domiciliar (AD) é

[...] uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016b).

Além deste serviço, conta-se ainda com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que consiste em

[...] serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar,

responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016b).

Aqui nesta subdimensão, também são encontradas falhas no que diz respeito ao atendimento domiciliar, seja ele relacionado à visita ou à consulta. Uma vez que é pré-requisito que haja equipes qualificadas para a realização desse atendimento, a pergunta a ser realizada pelo PMAQ-AB deveria englobar se as equipes se enquadravam nessa indicação. Ademais, investigar o que mais poderia estar ocorrendo para a não realização dessas atividades de forma efetiva.

XI – Promoção da Saúde

A maioria das equipes ofertam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para as Mulheres (câncer do colo do útero e de mama) (60,25%), para o Planejamento familiar (57,13%), Gestantes e puérperas (aleitamento materno) (62,95%), Idosos (54,34%), Alimentação saudável (54,71%), Estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva (52,18%), Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas (56,79%) e Grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território (49,99%). A equipe incentiva e desenvolve na UBS e/ou no território apenas Atividade física (65,64%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Caracterização das Ações de Promoção da Saúde realizadas pelas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim	Não
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:		
Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)	6.153 (60,25%)	4.060 (39,75%)
Planejamento familiar	5.835 (57,13%)	4.378 (42,87%)
Gestantes e puérperas (aleitamento materno)	6.429 (62,95%)	3.784 (37,05%)
Homens	4.015 (39,31%)	6.198 (60,69%)

Continua

Continuação

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Idosos	5.550 (54,34%)	4.663 (45,66%)
Alimentação saudável	5.588 (54,71%)	4.625 (45,29%)
Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	5.329 (52,18%)	4.884 (47,82%)
Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território	2.855 (27,95%)	7.358 (72,05%)
Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	5.800 (56,79%)	4.413 (43,21%)
Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território	5.105 (49,99%)	5.108 (50,01%)
O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	2.669 (26,13%)	7.544 (73,87%)
O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos	1.950 (19,09%)	8.263 (80,91%)
A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território:		
Práticas corporais	4.437 (43,44%)	5.776 (56,56%)
Atividade física	6.704 (65,64%)	3.509 (34,36%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A promoção à saúde é um atributo prioritário da ESF, porém este item aqui avaliado mostrou que pouco mais da metade das equipes se comprometem no desempenho dessa atividade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, parte do pressuposto de que, ao se promover saúde, haverá melhora na qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a determinantes e condicionantes – como, por exemplo, a violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, etc. – de uma população (BRASIL, 2010b).

A PNPS foi revisada em 2016 e após sua implementação, as ações advindas foram bastante efetivas e mostraram resultados bastante favoráveis, tais como: declínio no número de doenças relacionadas ao consumo do tabaco, que passou de segundo lugar em 1990 para o quarto em 2015; diminuição do consumo abusivo e nocivo do álcool; melhoria na priorização

da mobilidade humana, segura e sustentável; ações voltadas para a segurança alimentar, a exemplo do incentivo ao aleitamento materno, do programa saúde na escola, da criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional, entre outras (MALTA et al, 2018).

Porém, em 2016, após um golpe político vivenciado no Brasil, foi instituída a Emenda Constitucional nº 95 que institui o congelamento dos gastos públicos por até 20 anos, sendo este um dos grandes entraves para que a promoção da saúde ocorra com qualidade.

Nesta perspectiva, Malta et al (2018) afirma que:

[...] “ A diminuição de recursos federais afetará municípios e estados e resultará em retração significativa da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo-se os previstos na PNPS e que dependem de esforços intersetoriais, indicando enormes dificuldades para a sustentabilidade da PNPS e do próprio SUS” (MALTA et al, 2018, p.1806).

Concomitante a isso, incertezas no cenário político, a crise econômica, desmontagem ou sucateamento das políticas de proteção e inclusão social, precarização do trabalho, entre outras reformas conservadoras contribuem para a não implementação do SUS e da PNAB (MALTA et al., 2018). Países que já vivenciaram crises econômicas e cortes orçamentários na área da saúde apresentaram agravamento da situação de saúde da população (STUCKLER; BASU, 2014).

Visto isso, a ausência de ações de promoção à saúde, confirmada pela avaliação externa do PMAQ-AB nesta pesquisa, implica diretamente no não atendimento do usuário segundo o princípio da integralidade, bem como corrobora para a não consolidação de uma AB de qualidade. Estudos mais aprofundados sobre esses resultados devem ser realizados para entender o que está ocorrendo com as equipes de saúde e para que medidas urgentes sejam tomadas pela gestão dos municípios para detectar quais seriam as deficiências das eSF quanto ao que aqui se presencia.

XII – Participação do usuário e Controle Social

A participação do usuário e o Controle Social existem nas unidades de saúde mediante canais de comunicação, e, entre as equipes entrevistadas, a maioria dispunha apenas do Telefone da Ouvidoria (59,38%) para realizar essa interface. Além disso, não há Conselho

Local de Saúde ou outros espaços de participação popular entre a maioria dos entrevistados (63,85%) (Tabela 18).

Tabela 18 – Caracterização da Participação do Usuário e Controle Social nas eSF segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
Quais os canais de comunicação disponibilizados?		
Telefone da unidade	3.691 (36,14%)	6.522 (63,86%)
Telefone da ouvidoria	6.064 (59,38%)	4.149 (40,62%)
E-mail	1.145 (11,21%)	9.068 (88,79%)
Site disponível ao usuário	1.009 (9,88%)	9.204 (90,12%)
Ficha para preenchimento	3.597 (35,22%)	6.616 (64,78%)
Livro ou caderno	1.323 (12,95%)	8.890 (87,05%)
A equipe possui relatório	594 (5,82%)	9.616 (94,15%)
Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	3.692 (36,15%)	6.521 (63,85%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

A participação do usuário e o controle social são diretrizes do SUS estabelecidas mediante a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Mediante essa lei, o cidadão obteve o direito de monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir e contribuir para a gestão dos serviços de saúde do SUS (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

O resultado desta pesquisa evidenciou pouca participação do usuário enquanto ator desse processo de melhoria do SUS e, conseqüentemente, da consolidação da AB.

Corroborando esse dado, Rolim, Cruz e Sampaio (2013) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre o item acima avaliado, e o que eles observaram foi que a participação do usuário e o controle social não são efetivados em plenitude, e eles atribuem este fato a falta de informação e a inexistência de interesse múltiplo para que a população não saiba que possui esse direito, impossibilitando-os, portanto, de exigí-los, por exemplo.

XIII – População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas

A maioria das equipes não realiza ações junto às comunidades tradicionais/ assentados/ população rural (68,97%) e não realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção (72,01%) (Tabela 19).

Tabela 19 – Caracterização das Ações frente à População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas segundo o 2º ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB, Brasil, 2018

Questionamento	Sim (%)	Não (%)
A equipe realiza ações junto a comunidades tradicionais/assentados/população rural?	3.169 (31,03%)	7.044 (68,97%)
A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção	2.859 (27,99%)	7.354 (72,01%)

Fonte: BRASIL, 2015g.

Em 2011, foi criada a Portaria Nº 2.866/2011 que

[...] instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto, estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras. O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2011).

Esta política se aplica à População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas e ao cuidado prestado pela atenção básica. É um desafio para o sistema de saúde o atendimento a essa população, uma vez que eles possuem peculiaridades e especificidades quanto a sua

saúde – como, por exemplo, as comunidades indígenas que vivem em área de floresta estão mais sujeitas a contrair a malária; os agricultores (população rural) tendem a ter maior contato com agrotóxico (BRASIL, 2011g).

Sendo assim, a interpretação desse dado não pode ser generalizada, e sim discutida de forma particular e de acordo com a localização da eSF. Mesmo assim, o quadro sugere para um despreparo das equipes em atender a essa população em especial.

5.2 ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Após a análise estatística mediante o uso da técnica de ACP, compararam-se as informações entre a matriz de correlação e a matriz de covariância, por meio do Software R, que retornou à variabilidade individual e acumulada das 18 componentes principais referentes às 18 subdimensões, conforme disposto no quadro 7.

Quadro 7 – Componentes Principais utilizando a matriz de correlação e matriz de covariância a partir da avaliação das Subdimensões da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB, 2018

Componentes Principais a partir da Matriz de Correlação (referência = 1)			
CP	Autovalor	% Explicação	% Acumulada
1	5,829	32,38	32,38
2	1,850	10,28	42,66
3	1,383	7,68	50,34
4	1,012	5,62	55,96
5	0,961	5,34	61,30
6	0,874	4,85	66,15
7	0,790	4,38	70,54
8	0,741	4,11	74,67
9	0,681	3,78	78,45
10	0,640	3,55	82,01
11	0,619	3,43	85,44
12	0,562	3,12	88,57
13	0,496	2,75	91,32
14	0,441	2,44	93,77
15	0,426	2,36	96,14
16	0,387	2,15	98,28
17	0,282	1,56	99,85
18	0,027	0,14	100,00
Componentes Principais a partir Matriz de Covariância (referência = 0.1081632)			
CP	Autovalor	% Explicação	% Acumulada
1	0,998	51,33	51,33
2	0,211	10,87	62,21
3	0,140	7,18	69,39
4	0,099	5,09	74,49
5	0,094	4,82	79,32
6	0,063	3,24	82,57
7	0,045	2,32	84,89
8	0,043	2,21	87,11

Continua

Continuação

9	0,040	2,04	89,15
10	0,036	1,83	90,99
11	0,033	1,70	92,70
12	0,031	1,61	94,32
13	0,031	1,57	95,89
14	0,027	1,38	97,27
15	0,023	1,15	98,43
16	0,018	0,93	99,36
17	0,012	0,60	99,97
18	0,001	0,03	100,00

Em seguida, são apresentados os *scree plots* obtidos a partir de cada uma das matrizes (Figuras 6 e 7).

Figura 6 – Gráfico da Matriz de Correlação

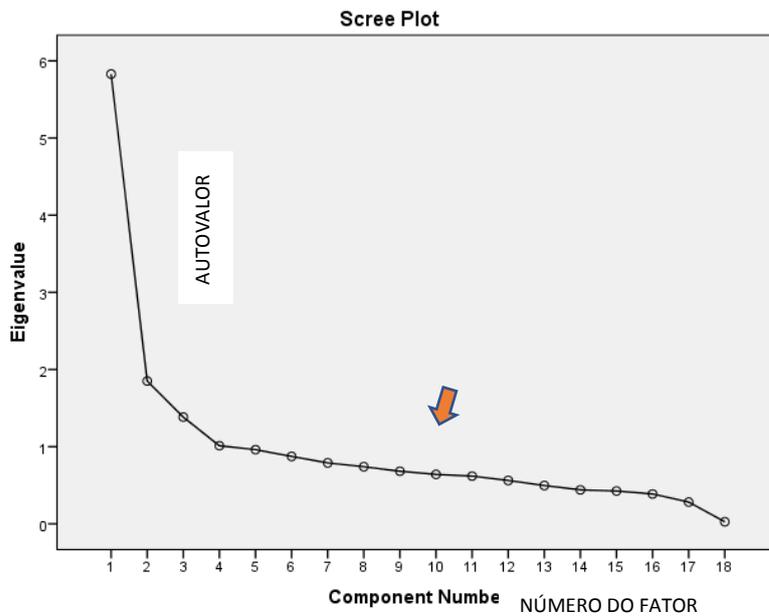
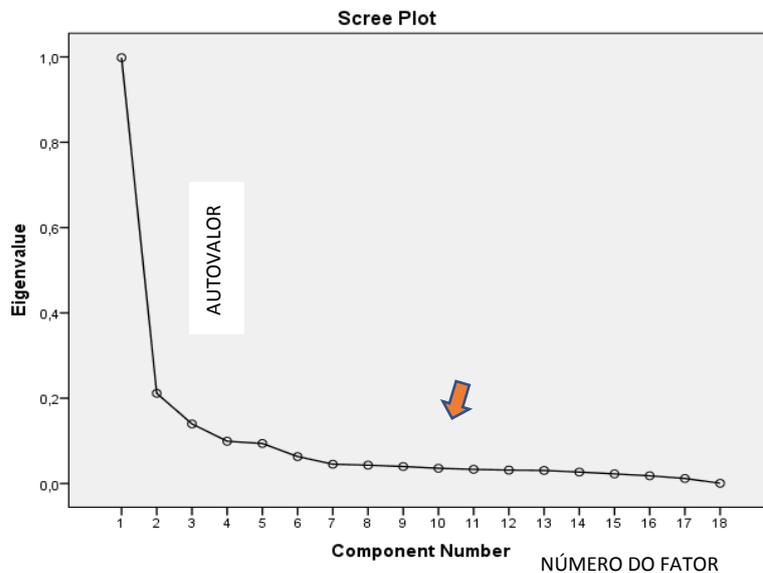


Figura 7 – Gráfico da Matriz de Covariância

A partir dos resultados encontrados pelas duas matrizes (Quadro 7 e Figuras 6 e 7), selecionamos as componentes principais com média superior à média dos autovalores (critério das raízes latentes), e, observando a porcentagem da variância acumulada (critério de porcentagem), optou-se por trabalhar com a Matriz de Covariância, pois, com apenas 05 CP, consegue-se explicar 79,32% da variabilidade acumulada das Dimensões da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB.

Sendo assim, o quadro 8 mostra a correlação entre as variáveis com as cinco componentes principais que apresentaram médias maiores que o valor de referência da matriz de covariância.

Quadro 8 – Correlação entre as Variáveis por Dimensão x Componentes Principais (CP1 a CP5) a partir da Avaliação Externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB, Brasil, 2018^c

GRUPO	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5
DIMENSÃO I					
SD1	-0,10	0,05	0,54	0,24	-0,04
SD2	-0,08	0,08	0,47	0,31	0,00
DIMENSÃO III					
SD1.1	-0,02	-0,02	0,06	-0,06	0,00
SD2.1	-0,08	-0,08	0,26	0,08	-0,06
SD4	-0,04	-0,21	0,22	-0,76	-0,48
DIMENSÃO IV					
SD1.2	-0,14	-0,01	0,12	0,08	-0,19
SD2.2	-0,04	0,01	0,15	0,04	-0,01
SD3	-0,14	0,00	0,04	0,00	0,00
SD4.1	-0,23	0,15	-0,35	0,38	-0,73
SD5	-0,89	0,04	-0,18	-0,16	0,33
SD6	-0,11	0,00	-0,03	0,05	-0,17
SD7	-0,10	0,01	-0,04	0,05	-0,15
SD8	-0,15	-0,01	0,13	0,02	-0,01
SD9	-0,10	-0,08	0,02	0,00	-0,11
SD10	-0,13	-0,05	0,25	-0,03	-0,01
SD11	-0,09	-0,01	0,26	0,04	-0,04
SD12	-0,10	-0,10	0,17	-0,07	-0,11
SD13	0,04	0,95	0,10	-0,27	-0,03

LEGENDA: SD1 = Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe; SD2 = Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica; SD1.1 = Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica; SD2.1 = Educação Permanente; SD4 = Plano de Carreira e remuneração variável; SD1.2 = População de referência da Equipe de Atenção Básica; SD2.2 = Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica; SD3 = Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica; SD4.1 = Organização dos prontuários na unidade básica de saúde; SD5 = Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade; SD6 = Acolhimento à demanda espontânea; SD7 = Saúde da mulher e da criança; SD8 = Condições crônicas (obesidade, tuberculose e hanseníase); SD9 = Saúde mental; SD10 = Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio; SD11 = Promoção da Saúde; SD12 = Participação do usuário e Controle Social; SD13 = População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas. *SD = Subdimensão; *CP = Componente Principal.

**Foi escolhida a correlação mais forte, seja ela positiva ou negativa, entre a variável (subdimensão) avaliada e a Componente Principal.*

Interpretando as informações do Quadro 8, temos que: 03 Subdimensões (SD) apresentaram maior correlação com a Componente Principal 1 (SD3, SD5 e SD8), uma com a Componente Principal 2 (SD13), sete com a Componente Principal 3 (SD1, SD2, SD2.1, SD2.2, SD 10, SD11 e SD12), duas com a Componente Principal 4 (SD1.1 e SD4) e cinco com a Componente Principal 5 (SD1.2, SD4.1, SD6, SD7 e SD9). Com esse resultado, foi

^c A escolha da correlação entre as componentes principais e as subdimensões estudadas, levou em consideração a maior dentre elas por linha. Exemplo, na linha da SD1 ela teve uma correlação de 0,54 com a CP3. Caso levássemos em consideração a menor correlação para SD1, em linha, seria a CP5. Assim foi feita a escolha para todas as subdimensões.

possível organizar e apresentar o peso (W_{jt}) de cada variável e sua componente principal relacionada para o cálculo do indicador sintético (Quadro 9).

Quadro 9 – Agrupamento de variáveis segundo as cinco componentes principais com a representação do peso das componentes, 2018

Componente Principal 1 (CP1): 0,65				
Coordenação e Organização do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde				
Variável (X)	Área abordada na entrevista	W_{jt}	W_{jt}^*	MS (MS*)
SD3	Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica	-0,09	0,12	2 (0,22)
SD5	Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade	-0,58	0,75	3 (0,33)
SD8	Condições crônicas (tuberculose e hanseníase)	-0,10	0,13	4 (0,44)
Componente Principal 2 (CP2): 0,13				
Valorização População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas				
SD13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	0,13	1	3 (1)
Componente Principal 3 (CP3): 0,10				
Rede de Apoio e Resolutividade na Atenção Básica				
SD1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	0,04	0,250	1 (0,06)
SD2	Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica	0,04	0,250	3 (0,18)
SD2.1	Educação Permanente	0,02	0,125	3 (0,18)
SD2.2	Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica	0,01	0,062	2 (0,11)
SD10	Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	0,02	0,125	4 (0,24)
SD11	Promoção da Saúde	0,02	0,125	2 (0,11)
SD12	Participação do usuário e Controle Social	0,01	0,062	2 (0,11)
Componente Principal 4 (CP): 0,06				
Valorização Pessoal e Financeira do Trabalhador				
SD1.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	-0,004	0,08	2 (0,4)
SD4	Plano de Carreira e Remuneração Variável	-0,045	0,92	3 (0,6)

Continua

Continuação

Componente Principal 5 (CP5): 0,06				
Ampliação de Acesso e Qualidade da Atenção Básica				
SD1.2	População de referência da Equipe de Atenção Básica	-0,01	0,125	2 (0,14)
SD4.1	Organização dos prontuários na unidade básica de saúde	-0,04	0,500	2 (0,14)
SD6	Acolhimento à demanda espontânea	-0,01	0,125	4 (0,29)
SD7	Saúde da mulher e da criança	-0,01	0,125	2 (0,14)
SD9	Condições Crônicas (Saúde mental)	-0,01	0,125	4 (0,29)
Legenda: W_{jt} = Coeficiente da Análise de Componente Principal; W_{jt}^* = Coeficiente da ACP reponderado na subdimensão que compõem a sua componente principal; MS = Peso do Ministério da Saúde; MS^* = Peso MS reponderado entre a subdimensão de modo a facilitar a comparação com o W_{jt}^* .				

Após a realização de todo o processo da metodologia, o peso de cada componente principal foi reponderado para que a soma delas (CP1 + CP2 + CP3 + CP4 + CP5) fosse igual a 1,0 e assim facilitar a comparação com o peso atribuído pelo Ministério da Saúde. Assim como os pesos das variáveis pertencentes a cada subdimensão de uma particular CP. Portanto, quanto um maior peso da CP e quanto maior o peso de uma subdimensão, estas apresentam um maior poder de discriminar as eSF, enquanto que um valor mais próximo de zero não se mostra tão importante para distinguir essa comparação entre as equipes.

Realizando a comparação entre os pesos ponderados de cada subdimensão segundo a metodologia proposta (W_{jt}^*) e o do Ministério da Saúde (MS^*) é possível perceber que há uma diferença na priorização das áreas avaliadas na maioria delas. Vejam o exemplo da subdimensão SD5 que corresponde a Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade, ela obteve um coeficiente $W_{jt}^* = 0,75$ enquanto que para o MS esse valor foi de $MS^* = 0,33$.

A subdimensão SD5 mostrou ser um ponto chave para apreciação pelos gestores ao avaliar suas equipes de saúde no Brasil segundo a proposta de avaliação da Tese aqui em estudo, ou seja, ela obteve um poder maior em discriminar as equipes do que a subdimensão relacionada as Condições Crônicas (Tuberculose e Hanseníase) como destacada pelo Ministério da Saúde para essa Componente Principal 1.

É possível perceber que existem muitas variáveis com pesos próximos de zero em ambas as metodologias. Porém, a que está sendo proposta neste estudo se torna uma alternativa mais interessante do ponto de vista científico uma vez que os pesos atribuídos as subdimensões obedeceram a uma regra, a da Análise de Componentes Principais, e não apenas a uma opinião de pessoas que entraram em um consenso – por mais que estes

personagens sejam expertises – sobre quais áreas seriam as mais importantes e que melhor discriminariam as eSF.

Neste sentido, e reforçando a qualidade do estudo proposto, o Sistema GRADE que serve para graduar a qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde menciona em suas diretrizes metodológicas que recomendações oriundas de especialistas são classificadas como nível de evidência de *Baixa Qualidade* (BRASIL, 2014). Sendo assim, a metodologia proposta por esta Tese tem um rigor metodológico mais confiável nessa atribuição de pesos no que diz respeito a avaliação das Equipes de Saúde da Família no Brasil quanto ao seu poder de discriminação.

Ademais, apenas as subdimensões que tratam da *População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas, População de Referência da Equipe de Atenção Básica, Saúde da Mulher e da Criança, Promoção da Saúde e Educação Permanente* estiveram com pesos bem próximos nas duas propostas.

Por fim, foi apresentada a fórmula estatística do Indicador Estatístico Sintético resultante da metodologia proposta:

$$IS_i = \sum_{t=1}^k \sum_{j=1}^{nVCpt} (X_{ijt} W_{jt}) P_{Cpt}$$

Onde:

IS_i = Indicador Estatístico Sintético da i -ésima observação;

X_{ijt} = Valor da i -ésima observação da variável X_j que pertence a componente t ;

W_{jt} = carga de cada variável X_j que pertence a componente t ;

P_{Cpt} = peso da componente t ;

$nVCpt$ = número de variáveis da componente principal t ;

k = número de componentes principais

Nessa perspectiva, foi possível ranquear os dez menores e maiores escores entre as Equipes de Saúde da Família avaliadas no Brasil (Quadro 10).

Quadro 10 – Ranqueamento dos 10 menores e maiores escores obtidos pelo indicador sintético, por ordem decrescente, das eSFs avaliados no 2º ciclo do PMAQ-AB segundo aplicação da metodologia de análise proposta, Brasil, 2018

UF	Município	Indicador Sintético	UF	Município	Indicador Sintético
10 menores escores entre as eSF			10 maiores escores entre as eSF		
AM	IPIXUNA CNES: 2013622	34,43	SP	SÃO PAULO CNES: 2786842	258,25
RR	BOA VISTA CNES: 7013337	33,21	SP	SÃO PAULO CNES: 2787490	257,67
RS	CAXIAS DO SUL CNES: 2239000	31,52	SP	SÃO PAULO CNES: 2787024	257,08
AP	ITAUBAL CNES: 2021293	31,06	CE	SOBRAL CNES: 2424339	256,68
TO	CAMPOS LINDOS CNES 2486938	29,96	SP	SÃO PAULO CNES: 2787008	256,63
TO	BERNARDO SAYÃO CNES: 2487063	29,92	SP	SÃO PAULO CNES: 2787784	256,60
PE	ÁGUAS BELAS CNES: 2704153	29,10	SP	SÃO PAULO CNES: 2788896	256,36
RO	CAMPO NOVO DE RONDÔNIA CNES: 5599989	27,53	SP	SÃO PAULO CNES: 2766019	256,10
RR	SÃO LUIZ CNES: 2320789	25,54	SP	SÃO PAULO CNES: 4049810	256,02
RR	BOA VISTA CNES: 2744511	25,39	SP	SÃO PAULO CNES: 4050045	256,02

O ranqueamento possibilitou perceber que, entre as 10 melhores equipes avaliadas, 09 estão situadas na cidade de São Paulo, e, entre as 10 piores, a maioria, 08, concentra-se na região Norte do país.

A aplicação da técnica da ACP para a fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB no seu 2º ciclo de avaliação, como proposta para a criação de uma metodologia alternativa a do Ministério da Saúde, retornou o comportamento das variáveis analisadas, como podemos observar nas Tabelas e Gráficos gerados mediante uso de um indicador estatístico sintético. Isso torna a metodologia aqui apresentada como um método mais interessante e fidedigno para atribuição de pesos as subdimensões avaliadas uma vez que as informações adquiridas foram estudadas a partir dos dados observados nas Equipes de Saúde da Família e não atribuídos de forma consensual.

A opção pelo estudo da Matriz de Covariância deu-se tanto pelo percentual de explicação (critério da porcentagem) dado pelas Componentes Principais quanto pela apresentação gráfica do *Scree Plot* (critério das raízes latentes). O resultado dessa avaliação mostrou o comportamento das variáveis estudadas e a importância de cada uma delas dentro da Avaliação Externa do PMAQ-AB.

A CP1 obteve maior variabilidade (51,33%) e o maior coeficiente (0,65) quando comparada às demais e à subdimensão da *Coordenação do cuidado na rede de atenção e*

resolutividade, que teve maior correlação com a CPI, tendo sido a de maior importância quando observamos as demais (0,75). Esse achado comprova a relevância da atenção básica como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e como sendo essencial para a melhoria do acesso e da qualidade para a concretização das ações e serviços de saúde da AB.

As variáveis podem, ainda, ser reescritas por ordem decrescente de variabilidade, representando o grau de importância de cada dimensão: Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade (0,58); População Rural, Assentados; Quilombolas e Indígenas (0,12); Condições crônicas (tuberculose e hanseníase) (0,10); Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica (0,09); Plano de Carreira e Remuneração Variável (0,05); Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe (0,04); Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica (0,04); Organização dos prontuários na unidade básica de saúde (0,04); Educação Permanente (0,02); Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio (0,02); Promoção da Saúde (0,02); Participação do usuário e Controle Social (0,01); População de referência da Equipe de Atenção Básica (0,01); Acolhimento à demanda espontânea (0,01); Saúde da mulher e da criança (0,01); Condições Crônicas (Saúde mental) (0,01) e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica (0,00).

Quanto ao ranqueamento realizado e apresentado no quadro 10, os valores elevados representam as melhores equipes avaliadas.

Haja vista ter sido desenvolvido um estudo do tipo ecológico nesta Tese, faz-se necessário entender a existência de vieses, e um viés importante e que deve ser lembrado nesse tipo de estudo é o fato de que é possível que uma determinada associação encontrada na população geral ou na amostra não signifique, obrigatoriamente, que o mesmo pode ser observado em nível de indivíduo (SZKLO; JAVIER NIETO, 2000; MORGENSTERN, 1998).

Quanto às limitações do estudo, as mesmas estiveram condicionadas ao fato de se trabalhar com dados secundários, os quais estão sujeitos a erros. Aqui, por existirem seis bancos de dados distintos, e as avaliações das equipes não serem organizadas em conformidade entre eles, criou-se um trabalho extensivo, minucioso e dispendioso para organizar o mesmo e, assim, promover a execução da avaliação para a proposta de criação de um novo método para estudos da fase de avaliação externa do PMAQ-AB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos relacionados à Atenção Básica são importantes ferramentas de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde prestados à comunidade. Durante os últimos 30 anos, tempo esse correspondente à criação do SUS, é fato que a ESF certamente ampliou o acesso e a qualidade do cuidado em saúde na AB, porém, esse nível de atenção ainda se apresenta precário. As dificuldades que a Atenção Básica vem vivenciando para garantir o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde a população brasileira sofre interferências que atingem diretamente na efetiva concretização da AB como ordenadora do cuidado em saúde – como crise econômica, congelamento da receita destinada ao SUS, subfinanciamento e priorização dos serviços privados, altos índices de corrupção e desvio de verbas destinados à saúde, falta de concursos públicos e salários atrativos, entre outras.

Os resultados alcançados a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, em seu segundo ciclo, permitiram observar a configuração de 10.213 equipes de saúde da família em todos os municípios do Brasil de uma forma mais próxima à realidade vivida por cada uma. Observou-se na Dimensão I, que versa sobre *As Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e Apoio Institucional e Apoio Matricial da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica*, boa representatividade da gestão em relação as equipes avaliadas; na Dimensão III, a *Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica* está concentrada no profissional Enfermeiro e a *Educação Permanente e o Plano de Carreira e Remuneração Variável* ainda possuem entraves para sua efetivação; e na Dimensão IV, a *População de referência da Equipe de Atenção Básica* ainda precisa ter esse item fortalecido entre algumas equipes, o *Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica* possui falhas, a *Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica* necessita ser melhorada, a *Organização dos prontuários na unidade básica de saúde*, essencial ao atendimento contínuo do usuário, ainda não é utilizado por muitas equipes, a *Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade* está prejudicada, o *Acolhimento à demanda espontânea* possui determinantes que impedem sua aceitação como item favorável a melhoria do acesso e da qualidade da AB, a *Atenção à Saúde da mulher e da criança* possuem um cenário favorável entre grande parte das eSF, o *atendimento as Condições Crônicas (Saúde Mental, Tuberculose e Hanseníase)* está deficiente, a *Visita domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio* precisam ser aperfeiçoados, a *Promoção da Saúde* é falha e prejudica diretamente o atendimento integral do usuário, a *Participação do usuário e Controle Social* junto a AB

mostrou-se pequena e o atendimento à *População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas* precisa ser incentivada e melhorada junto as eSF.

A metodologia aqui apresentada, tendo como fruto a criação de um indicador, constitui-se em uma alternativa ao método apresentado pelo Ministério da Saúde para estudos futuros e instiga avaliações na área por gestores, profissionais, estudantes e demais pesquisadores. A mesma tem a característica de discriminar a variabilidade existente entre as equipes de saúde avaliadas e pode ser aplicada ao nível municipal, estadual ou nacional. A base de sua construção foi a Análise de Componentes Principais, que proporcionou a diminuição da dimensionalidade dos dados, e retornou uma variabilidade de quase 80% (79,32%) das variáveis iniciais com a geração de 05 componentes principais. Sua proposição também foi útil no sentido de elucidar quais dimensões e subdimensões do PMAQ-AB necessitam de um olhar mais cuidadoso, assim como tornou possível ranquear cada eSF baseada nos parâmetros avaliados pela ACP.

Logo, na perspectiva da metodologia e seu indicador estatístico foi possível avaliar, no Brasil, as condições do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde prestados à população, mediante a Avaliação Externa (AE) do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e identificar quais variáveis apresentam maior influência sobre as dimensões de saúde propostas pelo PMAQ-AB.

A **Coordenação e Organização do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (CP1)** – composta pelas subdimensões: Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade, Condições crônicas (tuberculose e hanseníase) e Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica – deteve o maior peso quando comparada as demais componentes e evidenciou a deficiência da RAS no sistema de saúde brasileiro. Seguido a ela, temos a componente relacionada a **Valorização da População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas (CP2)** onde observou-se um pequeno número de equipes que efetuam esse cuidado, o que aponta para um despreparo de um grande percentual de eSF quanto ao atendimento a populações específicas.

Sendo assim, avaliar um sistema de saúde é um processo complexo e que exige esforço para sensibilizar gestores, profissionais e usuários. As informações obtidas por meio da Avaliação Externa do PMAQAB no Brasil, ao serem analisadas mediante o uso da ACP, apontaram fragilidades em áreas primordiais para as políticas de saúde, o que pode comprometer a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Portanto, por meio desta investigação, buscou-se colaborar para o maior conhecimento teórico e prático da atenção básica e seus objetivos; motivar a identificação e divulgação de

práticas exitosas capazes de contribuir para a construção de um SUS mais equânime, de melhor qualidade e mais direcionado às necessidades de saúde da população.

Sugerem-se estudos posteriores em todas as dimensões, com o propósito de identificar quais os nós críticos que impedem a consolidação da atenção básica de forma eficaz.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Governo federal quer mudar modelo de atendimento básico de saúde no País**. [Notícia]. 2017a. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/2017/08/11/governo-federal-quer-mudar-modelo-de-atendimento-basico-de-saude-no-pais/>>. Acesso em: 11 ago.2017.
- ABRASCO. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. [Notícia]. 2017b. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em: 11 ago.2017.
- ABRASCO. Contribuição da rede de pesquisa em APS/ABRASCO para a formulação de uma agenda política estratégica para a APS no SUS. **Journal coverage of public health systems in Brazil and Spain: a comparative analysis**. ABRASCO. 2018. p.3. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/04/Abrascao_APS_Final_06.07.pdf>. Acesso em: 11. ago. 2018.
- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.2, p.286-298. 2010.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, v.36, n.94, p.375-391. 2012.
- AMARANTE, P., NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.6, p.2067-2074. 2018.
- ANVISA. **A ANVISA na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco**. Gerência de Produtos Derivados do Tabaco – GPDTA / ANVISA. 2009.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHAN-HAMANN, E. . Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1510. 2016.
- BATISTELLA, C. **O território e o processo saúde-doença. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. FIOCRUZ. 2011.
- BERALDO, A.A. et al. Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc Anna Nery**, v.21, n.4, e2017-0075. 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988.
- BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.
- BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde Nº8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde (MS).** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: MS. 1997.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº29 de 13 de setembro de 2000.** Dispõe sobre a alteração dos artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000.

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Ministério da Saúde, Secretária executiva. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. **Tipos de Estabelecimentos.** DataSus. 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose.** Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. **Portaria Nº 648 GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). IN: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: proposta para discussão e aprovação.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. P.30.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010a.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3.ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Decreto Nº 7 .508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. 2011a.

BRASIL. **Portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011b.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011c. 197p.

BRASIL. **PORTARIA Nº 703, de 21 de outubro de 2011.** Dispõe sobre o estabelecimento das normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2011d.

BRASIL **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo /Anexo.** Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011e.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011f.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). 2011g.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. **Manual Instrutivo. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Primeiro ciclo.** Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2012b.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Segundo ciclo.** Ministério da Saúde. 2013a.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1.ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.: il.

BRASIL. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica.** Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Segundo ciclo. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012.** Equipes de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. v.1, n.3. 730p.

BRASIL. **Portaria Nº 28 de 08 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre a reformulação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). 2015c.

BRASIL. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012. Áreas Específicas.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Áreas específicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. v.4. 134p.

BRASIL. **Retratos do Brasil. Características das Unidades Básicas de Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. v.1.

BRASIL. **Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2015f.

BRASIL. **Saúde mais perto de você – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.** Documentos (banco de dados). Segundo ciclo. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015g.

BRASIL. **Quais as principais informações devem constar no prontuário da família e como implantá-lo?** Núcleo de Telessaúde Sergipe. 2016a. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/quais-as-principais-informacoes-devem-constar-no-prontuario-da-familia-e-como-implanta-lo/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016b.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Áreas específicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 2017a. 59p.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada).** Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Terceiro ciclo. Ministério da Saúde. 2017b.

BRASIL. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).** [Homepage na Internet]. Departamento de Atenção Básica (DAB). Ministério da Saúde. 2017c. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 02 Out. 2017.

BRASIL. **Quais as mudanças na atualização da PNAB?** Departamento de Atenção Básica (DAB), 2017d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2433>. Acesso em: 11-08-2017.

BRASIL. **Como funciona?** Departamento de Atenção Básica (DAB), 2017e. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php>. Acesso em: 10/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília. 2018a. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. **Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de brasileiros.** 2018b. Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1073-prontuario-eletronico-chega-a-57-milhoes-de-brasileiros>>. Acesso em: 10.04.2018.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** 2018c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica.** 2ed. – São Paulo, Santos. 2010.

BOUSQUAT, A et. al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Cien. saude colet**, v.22, n.4, p.:1141-1154. 2017.

CANTO, R.B.B. **Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes: a contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos movimentos de mudança da gestão das equipes**. [Especialização]. 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/114807>>. Acesso em: 01. Jan. 2018.

CAPONI, S.G. Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.4, n.2, p.287-307. 1997.

COHEN, J.E. How many people can the earth support? New York: W.W. Norton & Company. 1995. In: **Indicadores de Saúde**. Epidemiologia / Roberto de Andrade Medronho et al. São Paulo; Editora Atheneu, 2009.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.6, p.1501-1506. 2011.

COTTA, R.M.M. et al. Aprehensión y conocimiento de las directrices del Sistema Único de Salud (SUS): un reto en la consolidación de la política de salud brasileña. **Rev. Agathos – Atención Sociosanitaria y Bienestar**, v.3, n.4, p.16-23. 2004.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, v.20, n.4, p.961-970. 2011.

DECLARATION OF ALMA-ATA (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-ATA, USSR. 1978. Disponível em: <de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 17. jun. 2018.

DEMARZO, M.M.P. **Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde**. Módulo Político Gestor. – São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

DONNANGELO, C. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Editora: Livraria Duas Cidades. 1979.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre ESF e UBS por estrato de exclusão social no Município de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v.11, n.3, p.633-41. 2006.

FAUSTO, M.C.R. et al. Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Apresentação. **Saúde Debate**, v.38, ed. Esp., p.9-12. 2014.

FAUSTO, M.C.R. et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v.17, Supl. 1, p.:S63-S72. 2017.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2012.

FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS/UNIFESP. 12p. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública. Uma visão história da saúde no Brasil. Ministério da Saúde**. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). 2011. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>. Acesso em: 01 out. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.6, p.1763-1776. 2018.

HAIR JUNIOR, J.F. **Multivariate Data Analysis**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman. 2005.

HAIR JUNIOR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. Tradução Adonai Schlup Sant'Anna. 7ª ed. Porto Alegre: Prentice Hall. 2010. 785p.

HONGYU, K.; SANDANIELO, V.L.M.; OLIVEIRA JUNIOR, G.J. Análise de Componentes Principais: resumo teórico, aplicação e interpretação. **Engineering and Science**, v.5, n.1., p.83-90. 2016.

HOTELLING, H. Analysis of a complex of statistical variables into principal components. **The Journal Educational Psychology**, v.24, p.498-520. 1933.

HUDON C. Case management in Primary Care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. **Ann Fam Med**, v.13, n.6, p.523-528. 2015.

JOHNSON R.A.; WICHERN, D.W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 6ed., 1992. 799p.

KRINGOS, D.S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v.10, p.65. 2010.

LAMOTHE, L; SYLVAIN, C; SIT, V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. **Sante Publique**, v.27, Supl. 1, p:129-135. 2015.

LOPES, E.A.A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. [Dissertação]. Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2013.

LUZ, M. Saúde. (verbetes) In: **EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde** (Orgs.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MACHADO, G.A.B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas Equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. TCC (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2013.

MACIEL, A.A. **Atenção à saúde da criança no Brasil: resultados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. [TCC]. 2014. UFRGS.

- MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **N Engl J Med**, v.372, n.23, p.2177-81. 2015.
- MALTA, D.C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.6, p.1799-1809. 2018.
- MANSO, J.R.; SIMÕES, N.M. **Indicador Sintético de Desenvolvimento Econômico e Social ou de Bem-estar dos Municípios do Continente Português**. Observatório para o desenvolvimento econômico e social. Universidade da Beira Interior. 2009. 37p.
- MELO, M.F.G.C. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2017.
- MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.77-92. 2014.
- MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v.27, n.78, p.27-34, 2013.
- MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MINARIE, P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. **Bull World Health Organ**, v.70, n.3, p.373-9. 1992.
- MINAYO, M.C.S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. bras. educ. med.**, v.33, supl.1, p.83-91. 2009.
- MINAYO, M.C.S. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.4. p. 1897-1907. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
- MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.8, p.2071-2085. 2012.
- MORGENSTERN, H. Ecologic studies. In: Rothman KJ, Greenland S. **Modern Epidemiology**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p.459-480.
- MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v.42, n.116, p.5-10. 2018.
- NETO, J.M.M.; MOITA, G.C. Uma introdução à Análise Exploratória de Dados Multivariados. **Química Nova**, v.21, n.4, p.467-469, 1998.
- NOBRE, J.P.S. et al. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica. **Revista Expressão Católica Saúde**, v.1, n.1. 2017.
- OLIVEIRA, M.P.R et al. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. bras. educ. med.** v.40, n.4, p.547-559 2014.

OLIVEIRA, C.V.S.; CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v.2, n.3, p.:211-225. 2016.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) - 1946. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: Opas; 2002.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.547-574.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. / Jairnilson Silva Paim. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J.S. et.al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p.11-19, 2011. (Série Saúde no Brasil 1).

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.23, n.6, p.1723-1728. 2018.

PENNA, GO, et al. Uniform multidrug therapy for leprosy patients in Brazil (U-MDT/CT-BR): Results of an open label randomized and controlled clinical trial, among multibacillary patients. **PLoS Negl Trop Dis**, v.11, n.7, p.:e0005725. 2017.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan S.A., 1995. In: **Indicadores de Saúde**. Epidemiologia / Roberto de Andrade Medronho et al. São Paulo; Editora Atheneu, 2009.

PINTO, H.A.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://www.rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.M. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho processo de implantação. RECIIS: **Rev. Eletron. de Comun. Inf. Inov. Saúde**, v.6, n.2, sup., p.1-19. 2012

RAMOS, V. **A Consulta em 7 Passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 2008, p.126.

ROCHA, R.; SOARES, R.R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health. **Health Econ.**, v.19, n.1, p.126-58. 2010.

ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Epidemiologia & saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v.16, n.12, p.4755-66. 2011.

ROLIM, L.B; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde Debate**, v.37, n.96, p.139-147. 2013.

- SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.23, n.6, p.1729-1736. 2018.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5. p.538-542. 1997.
- SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. in: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 240p.
- SILVA, R.C. **Brechas redutíveis de mortalidade para as principais causas externas nas mesoregiões do Nordeste brasileiro, 1991 e 2000**. Graduação em Estatística: Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Departamento de Estatística, 2009.
- SILVA, P.S. et al. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de atenção básica à saúde. **Rev. Saúde. Com**, v.12, n.1, p.470-476. 2016.
- SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.11, n.4. p.1-7. 2017
- SOFTWARE R. **The R Project for Statistical Computing**. 2018. Disponível em: <<https://cran.r-project.org/src/base/R-3/>>. Acesso em: 05 jan. 2018.
- SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. saúde pública**, v.24, suppl.1, p.100-s110. 2008.
- SOUSA, G.S.; SILVA, R.L.F.; XAVIER, M.B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate**, v.41, n.112, p.230-242. 2017.
- STUCKLER, D; BASU, S. **A Economia Desumana: Porque Mata a Austeridade**. Lisboa. Editorial Bizancio; 2014.
- SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology. In: Szklo M, Javier Nieto F. **Epidemiology: beyond the basics**. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc; 2000. p.3-51.
- TEIXEIRA, M.G et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.23, n.6, p.1819-1828. 2018.
- TESSER, C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev. Saúde Pública**, v.51, n.116, p.1-9. 2017.
- TESSER, C. **Acesso e acolhimento às demandas dos usuários na APS Situação atual do acesso na atenção primária à saúde brasileira: principais problemas e estratégias de superação**. Texto preparatório para o ABRASCÃO 2018. 2018. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Tesser-Acesso-e-acolhimento-%C3%A0s-demandas-dos-usu%C3%A1rios-na-APS-2018-1.pdf>>. Acesso em: 04. abr. 2018.
- TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. saúde pública**, v.24, suppl.1, p.s193-s201. 2008.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda; Lúcio José Botelho; Cláudia Flemming Colussi. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

VARELLA, C.A.A. **Análise Multivariada Aplicada as Ciências Agrárias – Análise de Componentes Principais**. Pós-Graduação em Agronomia, Ciência do Solo: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, IT-Departamento de Engenharia, 2008.

VIEIRA, S.P. et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate**, v.41, n.112, p.110-121. 2017.

World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

Apêndice A – Correlação entre Subdimensões e Componentes Principais da Matriz de Correlação.

	Comp.1	Comp.2	Comp.3	Comp.4	Comp.5	Comp.6	Comp.7	Comp.8	Comp.9	Comp.10	Comp.11	Comp.12
SD1	-0.52464196	0.56794838	0.239791564	0.212513692	-0.09975531	0.083992973	-0.06763502	0.003669443	-0.143169095	-0.0945487608	0.068567824	-0.004646277
SD2	-0.39451499	0.51802577	0.367016088	0.233865333	-0.14934356	0.224091905	-0.11649316	-0.118584340	-0.075332091	-0.3602913260	-0.110094907	-0.143049651
SD1.1	-0.11223622	0.12432142	-0.225864785	-0.581603464	-0.72037973	0.203437084	0.09451963	-0.067086424	-0.074991530	-0.0005592264	0.050839650	0.018327340
SD2.1	-0.505666112	0.33507888	-0.142601258	0.277025233	-0.09884653	0.274320055	-0.03733588	-0.097318373	0.191542165	0.5734174340	-0.239508679	0.070016214
SD4	-0.19742842	0.04725189	-0.545798089	0.267306413	-0.33787697	-0.504346777	-0.42112347	0.108792784	0.064270503	-0.0870469154	-0.090088371	-0.067894903
SD1.2	-0.71096916	-0.02817351	0.067175203	0.114223508	-0.09719276	-0.091655045	0.16960468	0.093055477	0.055603847	-0.1266105021	-0.153130059	0.373758599
SD2.2	-0.46996050	0.47207482	0.114361456	-0.111870584	0.07985692	-0.130719485	-0.05758024	0.441962987	-0.178645564	0.2477579997	0.413873064	0.028936849
SD3	-0.63665574	-0.08618449	-0.006329982	-0.268519094	0.18013743	0.153999894	-0.37353023	0.020875482	0.330455942	-0.0485965839	0.133771774	-0.219694421
SD4.1	-0.59067870	-0.48151612	0.298011831	-0.002887837	-0.09456014	0.007262233	0.05110858	0.111963233	0.003052594	0.0406773823	-0.097976061	0.019152083
SD5	-0.82442035	-0.19409046	0.041506086	-0.108771870	0.04039668	0.032995087	-0.05689866	-0.006185170	0.178232331	-0.0614687791	0.036371208	0.047814631
SD6	-0.76215456	-0.44964297	0.114530158	0.182686418	-0.16688639	-0.036879300	0.08283622	0.015172899	-0.121734349	0.0577292334	0.094443103	-0.128668452
SD7	-0.76476661	-0.47434572	0.162566363	0.170943011	-0.17536822	-0.029520938	0.08298667	0.036907180	-0.088359562	0.0426966196	0.081245562	-0.116691174
SD8	-0.73469936	0.04809837	-0.071184219	-0.189525713	0.16992342	0.078478028	-0.12478481	-0.196352125	0.198234304	-0.0573229508	0.021403911	0.058288289
SD9	-0.50341535	-0.14054655	-0.273466306	-0.223195014	0.27820397	0.186088495	-0.26886869	0.107598423	-0.542122040	0.0023246308	-0.329425685	0.039272233
SD10	-0.64692086	0.24277959	-0.157882976	-0.148435324	0.15443987	-0.206312955	0.18068227	0.012582707	0.100695489	-0.1596153265	-0.002262116	0.338012599
SD11	-0.51097588	0.33810819	-0.079979307	-0.208499276	0.13083509	-0.282900283	0.43405771	0.097168995	0.061192622	0.0201151264	-0.292024585	-0.428959553
SD12	-0.53190200	0.03817831	-0.352654129	0.107909451	0.13570646	-0.122065793	0.13292792	-0.573539094	-0.239388553	0.0517648771	0.283607703	-0.044220417
SD13	0.09692289	0.07051564	0.662099411	-0.300945572	-0.05881588	-0.463360824	-0.25700095	-0.304446671	-0.077859090	0.2069125742	-0.139966049	0.068332077

	Comp.13	Comp.14	Comp.15	Comp.16	Comp.17	Comp.18
SD1	-0.003460575	-0.018088982	0.238337989	0.431992905	0.002664368	0.0005861282
SD2	0.039123030	0.052735675	-0.219796416	-0.256435798	0.002807004	-0.0012906048
SD1.1	-0.005081091	-0.012044531	-0.007444005	0.008590070	-0.007539707	0.0001642579
SD2.1	0.070070914	-0.018151917	-0.073532283	-0.025301412	0.003597315	0.0013246515
SD4	-0.025590628	0.078349325	-0.021038242	0.007112172	-0.003533266	0.0009866216
SD1.2	-0.370715998	-0.278310621	0.094523593	-0.118039157	-0.029505735	-0.0023311830
SD2.2	-0.090188342	0.073628658	-0.064254201	-0.159553518	0.003106922	0.0004811241
SD3	-0.057458276	-0.323841091	-0.116980297	0.086772138	-0.108910218	0.0001783464
SD4.1	-0.209312858	0.306139032	-0.307687921	0.214428502	-0.128115875	-0.0071497641
SD5	0.006178292	0.100549463	-0.001554646	0.020426452	0.461840346	-0.0095301445
SD6	0.214142547	-0.090748458	0.117951796	-0.080109169	-0.060082451	-0.1117480360
SD7	0.179656393	-0.069470141	0.092606016	-0.066140556	-0.022939400	0.1190678161
SD8	-0.045495186	0.346000603	0.331584347	-0.149971534	-0.164581272	0.0026008707
SD9	0.026590295	-0.035143984	0.010205852	-0.003872905	0.017078289	0.0027163653
SD10	0.420047523	-0.014381005	-0.190961963	0.078585739	-0.084861537	0.0023660585
SD11	-0.067057976	-0.008334776	0.038507512	0.006728832	0.013833373	0.0001859362
SD12	-0.181721008	-0.032748147	-0.150125968	0.023060330	0.011301464	0.0035413983
SD13	0.038505422	-0.064226328	0.014655426	-0.024184648	0.015737133	-0.0004017689

Apêndice B – Correlação entre Subdimensões e Componentes Principais da Matriz de Covariância.

	Comp. 1	Comp. 2	Comp. 3	Comp. 4	Comp. 5	Comp. 6	Comp. 7	Comp. 8	Comp. 9	Comp. 10	Comp. 11	Comp. 12
SD1	-0.10280464	0.0467400419	0.53518598	0.241736880	-0.0375234893	0.214584172	0.05529283	0.031923195	-0.01835633	-2.004889e-01	0.554761168	-0.218705908
SD2	-0.07560600	0.0840584431	0.46776145	0.314516369	-0.0018402119	0.417914467	0.12162248	-0.113994415	-0.02349829	4.973252e-01	-0.380697174	0.076554021
SD1.1	-0.01831633	-0.0241189284	0.05573726	-0.058929790	0.0037115555	-0.055538039	-0.35546248	-0.623377478	0.66566582	1.077872e-01	0.131016301	0.023991034
SD2.1	-0.08336101	-0.0766158751	0.26006625	0.075445596	-0.0646588283	-0.005445898	0.10547001	-0.021625139	0.20717810	-7.635876e-01	-0.326114668	0.046978889
SD4	-0.04426924	-0.2120936873	0.21881798	-0.755197601	-0.4827036627	0.290513450	-0.02353626	-0.020021026	-0.09319778	4.139215e-02	-0.040693037	-0.024758954
SD1.2	-0.13682828	-0.0089845268	0.11860740	0.083942804	-0.1892265402	-0.059523705	-0.11469806	0.123412068	-0.01161215	-4.599990e-02	0.197728410	0.208868695
SD2.2	-0.04402957	0.0139665326	0.14748345	0.035950767	-0.0076273242	-0.040839485	-0.06476303	-0.032157354	-0.07303091	-6.577646e-02	0.072121380	-0.015231783
SD3	-0.13834011	-0.0005777883	0.03787765	0.001895254	-0.0008753586	-0.123287003	0.17242938	-0.326814655	-0.18754900	-9.112114e-02	-0.356231958	0.274731615
SD4.1	-0.23478725	0.1500753362	-0.34583792	0.382968540	-0.7327019420	0.051504086	-0.10103877	-0.004709558	0.03273521	1.137867e-02	-0.038075209	0.001320783
SD5	-0.88634977	0.0363366876	-0.17535086	-0.156690114	0.3286732641	0.164611694	-0.02648685	0.051824268	0.02282804	1.138645e-02	0.029008006	-0.095602368
SD6	-0.10863320	-0.0017726038	-0.02972775	0.047859163	-0.1717536605	-0.032826476	0.07520593	0.049935947	0.04828760	-2.309289e-03	0.049835458	0.012341935
SD7	-0.10047263	0.0083719535	-0.04279289	0.051715172	-0.1516417275	-0.005030873	0.04810063	0.044672808	0.03818602	-8.663877e-05	0.039774762	0.009275088
SD8	-0.15332954	-0.0147676056	0.13083084	0.015627241	-0.0065233050	-0.215011319	0.12509928	-0.118845675	-0.01140101	-4.433580e-02	-0.166801388	0.206783670
SD9	-0.10006550	-0.0781846301	0.02264208	0.0011119421	-0.1112051628	-0.362894225	0.39506071	-0.527051954	-0.36200931	7.949432e-02	0.227894654	-0.288571195
SD10	-0.13490239	-0.0452827921	0.24772540	-0.027099806	-0.0124829594	-0.349288304	-0.28334749	0.111719010	-0.18452380	1.222859e-01	0.220505318	0.636078806
SD11	-0.09148456	-0.0138397913	0.25792268	0.037787553	-0.0447418890	-0.384546105	-0.56685801	0.110236372	-0.18245132	5.552029e-02	-0.337317006	-0.521039299
SD12	-0.10316138	-0.1040088270	0.17241064	-0.069042252	-0.1122848955	-0.427083686	0.44865036	0.386801125	0.50915093	2.698878e-01	-0.049003015	-0.109925283
SD13	0.03608000	0.9464306424	0.10288554	-0.267312302	-0.0312750012	-0.101612797	0.05944490	-0.009602475	0.02475533	-4.362995e-02	-0.004048571	-0.001233034
	Comp. 13	Comp. 14	Comp. 15	Comp. 16	Comp. 17	Comp. 18						
SD1	0.387970589	-0.10933172	-0.002228795	0.001703618	0.179567272	1.790307e-03						
SD2	-0.259792316	-0.00220631	-0.017217037	0.015855119	-0.017795812	-4.147334e-03						
SD11	0.008106372	0.02369067	-0.031392035	0.018376991	0.005611180	7.765618e-04						

SD2.1 -0.375862120 -0.12098102 -0.080114060 -0.014282744 0.030771445 5.284662e-03
SD4 0.029269141 -0.03888373 0.033734850 -0.017453841 0.003019865 2.757206e-03
SD1.2 -0.195071636 0.82192633 0.047870155 -0.301667929 0.018910780 -1.025782e-02
SD2.2 0.080977687 -0.04217461 -0.060798112 -0.076233411 -0.966911391 3.591453e-03
SD3 0.596932890 0.17247797 -0.423763007 -0.096480007 0.082860409 4.835185e-05
SD4.1 0.063415746 -0.25103079 0.042982987 -0.185608985 0.006894611 -1.764737e-02
SD5 -0.060923798 -0.04383980 -0.016973324 -0.051081616 0.001859642 -9.327753e-03
SD6 -0.016792223 0.17954235 -0.139647149 0.692547732 -0.059183708 -6.373212e-01
SD7 -0.013804156 0.15956105 -0.120297755 0.565564842 -0.045546880 7.699438e-01
SD8 0.234882285 0.01958088 0.854778216 0.152248360 -0.026707755 9.741998e-03
SD9 -0.358376336 -0.02182730 -0.024335864 -0.045971289 0.033805760 1.033224e-02
SD10 -0.180396351 -0.36630208 -0.149648944 0.056226869 0.090303944 8.403603e-03
SD11 0.061998196 0.05805878 -0.020427346 0.055459892 0.088234712 8.286931e-04
SD12 0.087949407 -0.05519767 -0.123650156 -0.157093783 -0.025822281 1.270952e-02
SD13 -0.054055889 0.01239511 -0.012075215 0.004613290 0.014798676 -8.364359e-04

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

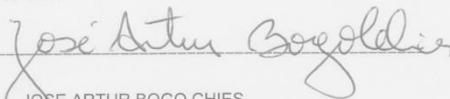
ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
Mayna Yaçanã Borges de ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012


JOSE ARTUR BOGO CHIES

Anexo 2 – Notas e porcentagens atribuídas as questões de cada Dimensão avaliada no PMAQ-AB do segundo ciclo de avaliação externa utilizadas nesta Tese

DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica (10%)

SUBDIMENSÃO	Nº DE QUESTÕES POR BLOCO	Nº DA QUESTÃO NO INSTRUMENTO DE COLETA	FONTE DE COLETA	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO	CATEGORIA DO PADRÃO	PERGUNTA	RELEVÂNCIA DA PERGUNTA	PERCENTUAL NA SUBDIMENSÃO	PERCENTUAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA	RESPOSTAS	PERCENTUAL EQUIVALENTE DA RESPOSTA	NOTA CATEGORIA	REGRAS PARA O CÁLCULO
Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	5	II.8.2	Instrumento	Estratégico	3	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	3	6,8	0,9	Sim	100,00	0,8523	A equipe recebe 100% apenas se responder "apoiador institucional". Múltipla escolha, porém não cumulativa
										Não	0,00	0,0000	
		II.8.2/1	Instrumento	Estratégico	3	Quem realiza o apoio?	3	6,8	0,7	Apoiador institucional	100,00	0,6818	
										Profissionais da vigilância em saúde	75,00	0,5114	
										Outros profissionais da gestão	75,00	0,5114	
										Profissionais do Naf	75,00	0,5114	
	II.8.3	Instrumento	Geral	1	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	1	2,3	0,4	Sim	100,00	0,3977		
									Não	0,00	0,0000		
	II.8.5	Instrumento	Estratégico	3	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?	3	6,8	0,9	Sim	100,00	0,8523		
									Não	0,00	0,0000		
	II.8.11	Instrumento	Geral	1	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	1	2,3	0,4	Sim	100,00	0,3977		
									Não	0,00	0,0000		
							11	25,0	2,5				
Apoio	4	II.9.1	Instrumento	Estratégico	3	Sua equipe recebe	3	37,5	3,8	Sim	100	3,75	Somente ganhará

Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	DS_QUESTAO_1_2_2	Módulo eletrônico	Geral	1	Em média, por quantas equipes de atenção Básica o apoiador é responsável?	1	12,5	1,25	Não	0	100% se na questão DS_QUESTAO_1_2_1 for ≥ 1	
									Não sabe/não respondeu	0		
									Muito bom	100		1,25
									Bom	50		0,625
									Regular	25		0,3125
									Ruim	0		
									Muito ruim	0		
									Não sabe/não respondeu	0		
									Sim	100		1,25
									Não	0		
									Não sabe/não respondeu	0		

DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador (15%)

SUBDIMENSÃO	Nº DE QUESTÕES POR BLOCO	Nº DA QUESTÃO NO INSTRUMENTO DE COLETA	FONTE DE COLETA	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO	PERGUNTA	RELEVÂNCIA DA PERGUNTA	PERCENTUAL NA SUBDIMENSÃO	PERCENTUAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA	RESPOSTAS	PERCENTUAL EQUIVALENTE DA RESPOSTA	NOTA CATEGORIA	OBSERVAÇÕES PARA O CÁLCULO
Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	11	II.4.2/1	Instrumento	Estratégico	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional médico)	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000	Se marcar qualquer uma das opções, pontua 100%. Respostas não cumulativas
									Concluída	100	0,1435	
									Em curso	100	0,1435	
									Não possui	0	0,0000	
									Concluída	100	0,1435	
									Em curso	100	0,1435	
		II.4.2/2	Estratégico	Especialização em Saúde da Família	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000		
								Concluída	100	0,1435		
								Em curso	100	0,1435		
								Não possui	0	0,0000		
								Concluída	100	0,1435		
								Em curso	100	0,1435		
II.4.2/3	Estratégico	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000				
						Concluída	100	0,1435				
						Em curso	100	0,1435				
						Não possui	0	0,0000				
						Concluída	100	0,1435				
						Em curso	100	0,1435				
II.4.2/5	Estratégico	Residência em Medicina de Família e Comunidade	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000				
						Concluída	100	0,1435				
						Em curso	100	0,1435				
						Não possui	0	0,0000				
						Concluída	100	0,1435				
						Em curso	100	0,1435				
II.4.2/6	Estratégico	Residência em Saúde da Família	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000				
						Concluída	100	0,1435				

8	II.4.2/7	Estratégico	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Em curso	100	0,1435	Se marcar qualquer uma das opções, pontua 100%. Respostas não cumulativas
							Não possui	0	0,0000	
							Concluída	100	0,1435	
							Em curso	100	0,1435	
							Não possui	0	0,0000	
							Concluído	100	0,1435	
							Em curso	100	0,1435	
	II.4.2/9	Estratégico	Mestrado em Medicina de Família e Comunidade	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000	
	Concluído	100	0,1435							
	Em curso	100	0,1435							
	II.4.2/10	Estratégico	Mestrado em Saúde da Família	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000	
	Concluído	100	0,1435							
	Em curso	100	0,1435							
	II.4.2/11	Estratégico	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000	
	Concluído	100	0,1435							
	Em curso	100	0,1435							
	II.4.2/13	Estratégico	Doutorado em Saúde da Família	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000	
	Concluído	100	0,1435							
	Em curso	100	0,1435							
	II.4.2/14	Estratégico	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000	
	Concluído	100	0,1435							
Em curso	100	0,1435								
II.4.3/1	Estratégico	Especialização em Saúde da Família	3	1,0	0,1	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro)				
						Não possui	0	0,0000		
						Concluída	100	0,1435		
						Em curso	100	0,1435		
						Não possui	0	0,0000		
						Concluída	100	0,1435		
						Em curso	100	0,1435		
II.4.3/2	Estratégico	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000		
Concluída	100	0,1435								
Em curso	100	0,1435								
II.4.3/4	Estratégico	Residência em Saúde da Família	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000		
Concluída	100	0,1435								
Em curso	100	0,1435								
II.4.3/5	Estratégico	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000		
Concluída	100	0,1435								
Em curso	100	0,1435								
II.4.3/7	Estratégico	Mestrado em Saúde da	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000		

II.4.3/8	Estratégico	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Concluído	100	0,1435
						Em curso	100	0,1435
						Não possui	0	0,0000
						Concluído	100	0,1435
						Em curso	100	0,1435
						Não possui	0	0,0000
						Concluído	100	0,1435
						Em curso	100	0,1435
						Não possui	0	0,0000
						Concluído	100	0,1435
						Em curso	100	0,1435
						II.4.3/10	Estratégico	Doutorado em Saúde da Família
Concluído	100	0,1435						
Em curso	100	0,1435						
II.4.3/11	Estratégico	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	3	1,0	0,1	Não possui	0	0,0000
Concluído	100	0,1435						
Em curso	100	0,1435						

						57	18,2	2,7		
--	--	--	--	--	--	----	------	-----	--	--

Educação Permanente	II.7.1	Instrumento	Essencial	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	2	5,5	0,8	Sim	100	0,8182
								Não	-100	-0,8182
								Não sabe/não respondeu	-100	-0,8182
								Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	Se marcar 4 ou + opções de resposta, pontua 100%. Se marcar 3 opções de resposta, pontua 75%. Se marcar 2 opções de resposta, pontua 50%. Se marcar 1 opção de resposta, pontua 25%	0,4091
								Cursos presenciais		
								Tele-saúde		
	RUTE - Rede Universitária de Telemedicina									
	UNASUS									
	Curso de educação a distância									
	Troca de experiência	Se marcar 2 opções de resposta, pontua 50%. Se marcar 1 opção de resposta, pontua 25%	0,2045							
	Tutorial/preceptorial									
	A UBS como espaço de formação de ensino-aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros									
Outros	0	0,1023								
Não participa de nenhuma ação de	0									

												temporário por prestação de serviço, pontua 25% do padrão; se autônomo, não pontua
						6	27,3	4,1				
Plano de Carreira e Remuneração Variável	10	5.1	Módulo eletrônico	Essencial	Há no município plano de carreira para os profissionais da Atenção Básica?	2	3,4	0,5	Sim	100	0,5114	
									Não	-100	-0,5114	
		II.6.1	Instrumento	Essencial	O(a) senhor(a) tem plano de carreira?	2	3,4	0,5	Sim	100	0,5114	Só receberá 100 no padrão se, na questão 5.1, a resposta também for sim
									Não	-100	-0,5114	
									Não sabe/não respondeu	-100	-0,5114	
		5.3	Módulo eletrônico	Geral	No plano, tem progresso por antiguidade?	1	1,7	0,3	Sim	100	0,2557	
									Não	0	0,0000	
		II.6.2	Instrumento	Geral	No plano, tem progresso por antiguidade?	1	1,7	0,3	Sim	100	0,2557	Só receberá 100 no padrão se, na questão 5.3, a resposta também for sim
									Não	0	0,0000	
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000	
		5.5	Módulo eletrônico	Estratégico	No plano, tem progresso segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	3	5,1	0,8	Sim	100	0,7670	
									Não	0	0,0000	
		II.6.3	Instrumento	Estratégico	No plano, tem progresso segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	3	5,1	0,8	Sim	100	0,7670	Só receberá 100 no padrão se, na questão 5.5, a resposta também for sim
									Não	0	0,0000	
							Não sabe/não respondeu	0	0,0000			
5.7	Módulo eletrônico	Geral	No plano, tem progresso por titulação e formação profissional?	1	1,7	0,3	Sim	100	0,2557			
							Não	0	0,0000			

		II.6.4	Instrumento	Geral	No plano, tem progresso por titulação e formação profissional?	1	1,7	0,3	Sim	100	0,2557	Só receberá 100 no padrão se, na questão 5.7, a resposta também for sim	
									Não	0	0,0000		
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000		
		5.9	Módulo eletrônico	Geral	Existe avaliação de desempenho vinculada a incentivo, gratificação, prêmio financeiro para os profissionais de atenção Básica?	1	1,7	0,3	Sim	100	0,2557		
									Não	0	0,0000		
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000		
		II.6.5	Instrumento	Geral	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	1	1,7	0,3	Sim	100	0,2557	Só receberá 100 no padrão se, na questão 5.9, a resposta também for sim	
									Não	0	0,0000		
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000		
						16	27,3	4,1					

DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (50%)

SUBDIMENSÃO	Nº DE QUESTÕES POR BLOCO	Nº DA QUESTÃO NO INSTRUMENTO DE COLETA	FONTE DE COLETA	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO	PERGUNTA	RELEVÂNCIA DA PERGUNTA	PERCENTUAL NA SUBMENÇÃO	PERCENTUAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA	RESPOSTAS	PERCENTUAL EQUIVALENTE DA RESPOSTA	NOTA CATEGORIA	OBSERVAÇÕES PARA O CÁLCULO
População de Referência da Equipe de Atenção Básica	7		Sistema ou Siab	Estratégico	Qual o número de pessoas cadastradas?	3	5,5	0,8		100	0,8182	Parâmetro: 4.000 pessoas eS Parametrizadas: ver regra do manual abaixo 1 eSF= até 7.000 2 eSF= até 10.000 3 eSF= até 15.000
		1.1	Módulo eletrônico	Geral	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	1	1,8	0,3	Sim	100	0,2727	Só pontua se SIM nas duas questões
									Não	0	0,0000	
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000	
		II.10.1	Instrumento	Geral	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	1	1,8	0,3	Sim	100	0,2727	
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000	
		II.10.2	Instrumento	Essencial	Existe definição da área de abrangência da equipe?	2	3,6	0,5	Sim	100	0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
									Não	0	0,0000	
									Não sabe/não respondeu	0	0,0000	
		II.10.3	Instrumento	Geral	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	1	1,8	0,3	Sim	100	0,2727	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
II.10.3/1	Instrumento	Existe documento que comprove?					Sim	100	0,0000			
							Não	0	0,0000	Se marcar qualquer uma, ganha 100, ou até um ano, ganha 100, a partir disso, ganha 70		
II.10.4	Instrumento	Geral	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?	1	1,8	0,3	Menos de 1 mês	100	0,2727			
							De 1 mês a 1 ano	100	0,2727			
							Mais de um 1 a dois anos	70	0,1909	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação		
							Mais de 2 anos	70	0,1909			
II.27.1	Instrumento	Geral	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?	1	1,8	0,3	Sim	100	0,2727	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação		
								Não	0		0,0000	
II.27.1/1	Instrumento		Existe documento que comprove?					Sim	100		0,0000	
								Não	0	0,0000		
						10	19,2	2,7				
Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	4	II.8.1	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	3	6,1	0,9	Sim	100	0,9091	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
										Não	0	
		II.8.1.1	Instrumento	Existe documento que comprove?					Sim	100	0,0000	Questões
								Não	0	0,0000		
II.8.1.2	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza atividade de	3	6,1	0,9	Semanal	100	0,9091			

									Bimestral				
					planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?								conjugadas. Se marcar qualquer uma na II.8.1.2 e marcar SIM na II.8.1.2/1, ganha a pontuação 100
		II.8.1.2/1	Instrumento		Existe documento que comprove?								
		II.8.4	Instrumento	Essencial	A equipe de Atenção Básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	2	4,0	0,6					
		II.8.12	Instrumento	Geral	A equipe realiza reunião?	1	2,0	0,3					
						9	18,2	2,7					
Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	6	II.13.1	Instrumento	Essencial	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?	2	2,4	0,4	Vista domiciliar	20	0,0727	Questões conjugadas. Só se marcar SIM na II.13.1/1, ganha a pontuação referente ao que marcar na II.13.1	
									Grupos de educação em saúde	20	0,0727		
									Atividades comunitárias	20	0,0727		
									Consultas para cuidado continuado	20	0,0727		
									Acolhimento à demanda espontânea	20	0,0727		
									Atividades anteriores	0	0		
			Sim										
			Não										
		II.13.1.6/1	Instrumento		Existe documentação que comprove?								
		II.30.2	Instrumento	Geral	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?	1	1,2	0,2			100	0,1818	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação.
II.30.2/1	Instrumento	Existe documento que comprove?							0	0,0000	Pontuação só equipes que não estão no PSE; equipes no PSE não contam esta questão		
II.13.3	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	3	3,6	0,5			100	0,5455			
II.13.4	Instrumento	Estratégico	Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional	3	3,6	0,5			100	0,5455	Questões conjugadas. Só se		

		II.13.4/1	Instrumento		para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?								marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
					Existe documentação que comprove?								
		II.13.5	Instrumento	Estratégico	Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	3	3,6	0,5					
		II.13.6	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza encaminhamento dos usuários que vem à unidade com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta médica?	3	3,6	0,5					
						16	18,2	2,7					
Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde	2	II.11.1	Instrumento	Essencial	Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares?	2	9,1	1,4					Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
		II.11.1/1	Instrumento		Existe documentação que comprove?						100	1,3636	
		II.11.2	Instrumento	Essencial	Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha de rosto dos prontuários individuais?	2	9,1	1,4					Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
		II.11.2/1	Instrumento		Existe documentação que comprove?						100	1,3636	
						4	18,2	2,7					
Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	17	II.14.1	Instrumento	Geral	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	1	1,1	0,2					Estas questões serão vistas como separadas: se marcou, ganha 100; se não marcou, ganha 0
		II.14.1	Instrumento	Geral	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	1	1,1	0,2					Se marcou, ganha 100; se não marcou, ganha 0
		II.14.1	Instrumento	Geral	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	1	1,1	0,2					Se marcou, ganha 80; se não marcou, ganha 0
		II.14.1	Instrumento	Geral	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	1	1,1	0,2					Se marcou, ganha 80; se não marcou, ganha 0

								Outro(s)	0	0,0000		
								Não realiza nenhum dos procedimentos acima	0	0,0000		
					24	27,3	4,1					
Acolhimento à Demanda Espontânea	16	II.12.1	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	3	1,8	0,5	Sim	100	0,5279	
									Não	0	0,0000	
		II.12.3	Instrumento	Geral	Em quais turnos é realizado o acolhimento?	1	0,6	0,2	Manhã	50	0,0890	
									Tarde	50	0,0890	
									Nenhuma das anteriores	0	0,0000	
		II.12.3	Instrumento	Estratégico	Em quais turnos é realizado o acolhimento?	3	1,8	0,5	Noite	100	0,5279	Se marcar manhã e tarde (todos os itens), poderá pontuar essa questão 100
		II.12.4	Instrumento	Geral	Quantos dias por semana acontece?	1	0,6	0,2	Um dia por semana	20	0,0352	
									Dois dias por semana	40	0,0704	
									Três dias por semana	60	0,1056	
									Quatro dias por semana	80	0,1408	
Cinco dias por semana	100								0,1760			
II.12.4	Instrumento	Estratégico	Quantos dias por semana acontece?	3	1,8	0,5	Mais de cinco dias por semana	100	0,7038	Se marcar de segunda a sexta-feira (todos os itens), poderá pontuar esta questão da seguinte forma: se marcar sábado ou domingo, pontua 100		
II.12.6	Instrumento	Estratégico	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	3	1,8	0,5	Sim	100	0,5279			
							Não	0	0,0000			
II.12.7	Instrumento	Estratégico	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?	3	1,8	0,5	Queixas mais frequentes no idoso	100,0	0,5279	Tem que marcar 3 opções para ganhar 100% (das quais duas têm ser dengue e captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação) Se não liver dengue e captação precoce de		
							Problemas respiratórios					

											gestantes e intercorrências na gestação, só ganha até 80%
								Queixas mais frequentes no adulto	80,0	0,4223	
							Queixas mais frequentes na criança				
							Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico				
							Traumas e acidentes				
							Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação				
							Dengue	0,0			
							Outros				
							Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea	0			
II.12.8	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza atendimento do:	3	1,8	0,5	Dor torácica	14,3	0,0754		
							Crise convulsiva	14,3	0,0754		
							Nefrolitíase	14,3	0,0754		
							Crise de asma	14,3	0,0754		
							Crise hipertensiva	14,3	0,0754		
							Hiperglicemia em diabéticos	14,3	0,0754		
							Casos suspeitos de dengue	14,3	0,0754		
							Outros	0	0,0000		
							Não realiza atendimento a urgências e a emergências	0	0,0000		
							Sim	100	0,3519		
II.12.9	Instrumento	Essencial	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso de atender no mesmo dia?	2	1,2	0,4	Não	-100	-0,3519		
II.12.11	Instrumento	Geral	Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia, quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?	1	0,6	0,2	Dias	Parâmetro: até 15 dias (100%); de 16 dias até 30 dias (70%); mais de	0,1760	0,1232	
									0,0528		

								30 dias (30%)											
								II.12.12	Instrumento	Geral	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	1	0,6	0,2	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	100	0,1760		
															Em qualquer dia da semana, em horários específicos	80	0,1408		
															Dias específicos fixos, em qualquer horário	60	0,1056		
															Dias específicos fixos, em horários específicos	40	0,0704		
																Outro(s)	20	0,0352	
								II.12.13	Instrumento	Geral	Como os usuários são agendados?	1	0,6	0,2	Com hora marcada	100	0,1760		
															Marcado por bloco de horas	50	0,0880		
															Fila para pegar senha	0	0,0000		
								II.12.14	Instrumento	Estratégico	O agendamento pode ser feito:	3	1,8	0,5	Presencial	100	0,5279		
															Por telefone	100	0,5279	Se marcar qualquer uma, ganha 100	
															Pela internet	100	0,5279		
								II.12.15	Instrumento	Geral	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?	1	0,6	0,2	10 minutos	Parâmetro:	0,1760		
															20 minutos	Até 30 minutos (100%)	0,1408		
															30 minutos	De 31 minutos a 60 minutos (80%)	0,1056		
40 minutos	De 61 minutos a 120 minutos (60%)	0,0704																	
50 minutos	De 121 minutos a 180 minutos (40%)	0,0352																	
60 minutos	De 181 minutos a 240 minutos (20%)																		
70 minutos	Mais de 240 (0%)																		
80 minutos																			
90 minutos																			
100 minutos																			
110 minutos																			
120 minutos																			
130 minutos																			
140 minutos																			
150 minutos																			
160 minutos																			
170 minutos																			
180 minutos																			
								190 minutos											
								200 minutos											
								210 minutos											
								220 minutos											
								230 minutos											
								240 minutos											
								Mais de 240 minutos											
								II.12.16	Instrumento	Geral	Definida a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?	1	0,6	0,2	10 minutos	Parâmetro:	0,1760		
															20 minutos	Até 30 minutos (100%)	0,1408		
															30 minutos	De 31 minutos a 60 minutos (80%)	0,1056		
															40 minutos	De 61 minutos a 120 minutos (60%)	0,0704		
															50 minutos	De 121 minutos a 180 minutos (40%)	0,0352		
															60 minutos	De 181 minutos a 240 minutos (20%)			
															70 minutos	Mais de 240 (0%)			
															80 minutos				
90 minutos																			
100 minutos																			
110 minutos																			
120 minutos																			
130 minutos																			
140 minutos																			
150 minutos																			
160 minutos																			
170 minutos																			
180 minutos																			
190 minutos																			
200 minutos																			
210 minutos																			
220 minutos																			
230 minutos																			
240 minutos																			
Mais de 240 minutos																			
II.12.18	Instrumento	Geral	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	1	0,6	0,2	Sim	100	0,1760										
							Não	0	0										
							Não sabe/inho respondeu	0	0										
Saúde da Mulher	8	II.18.2	Instrumento	Geral	A equipe de Atenção Básica utiliza a	1	1,0	0,3	Sim	0,3030	Questões								

e da Criança	II.18.2/I	Instrumento	Geral	caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes? Existe documento que comprove?	1	1,0	0,3	Não		0,0758	conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
								Sim	100		
								Não	0		
	II.18.3	Instrumento	Geral	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre:	1	1,0	0,3	Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante	25	0,0758	
								Consulta otorinolaringológica da gestante	25	0,0758	
								Vacinação em dia da gestante	25	0,0758	
								Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	25	0,0758	
								Nenhuma das anteriores	0	0,0000	
	II.18.5	Instrumento	Geral	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	1	1,0	0,3	Sim, todos os exames	100	0,3030	
								Sim, alguns exames	50	0,1515	
								Não	0	0,0000	
	II.18.6	Instrumento	Geral	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	1	1,0	0,3	Sim	100	0,3030	
								Não	0	0,0000	
	II.18.8	Instrumento	Geral	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	1	1,0	0,3	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	33,3	0,1010	
								Visita domiciliar de outros membros da equipe	33,3	0,1010	
								Consulta em horário especial, em qualquer dia da semana	33,3	0,1010	
								Outra(s)	0	0,0000	
								Nenhuma das anteriores	0	0,0000	
	II.19.1	Instrumento	Essencial	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	2	2,0	0,6	Sim		0,6061	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
	II.19.1/I	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não	100	0,0000	
								Sim	0		
	II.19.3	Instrumento	Geral	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	1	1,0	0,3	Sim			Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
	II.19.3/I	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não	100	0,3030	
								Sim			

	II.19.4	Instrumento	Geral	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	1	1,0	0,3	Não	0	0,0000	
								Vacinação em dia da criança	16,7	0,0505	
								Crescimento e desenvolvimento	16,7	0,0505	
								Estado nutricional	16,7	0,0505	
								Teste do pezinho	16,7	0,0505	
								Violência familiar	16,7	0,0505	
								Acidentes	16,7	0,0505	
								Outro(s)	0,0	0,0000	
	II.23.1	Instrumento	Estratégico	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?	3	3,4	1,0	Sim	100	1,0227	
								Não	0	0,0000	
	II.23.2	Instrumento	Geral	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	1	1,1	0,3	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	100	0,3409	
								Em qualquer dia da semana, em horários específicos	80	0,2727	
								Dias específicos fixos, em qualquer horário	60	0,2045	
								Dias específicos fixos, em horários específicos	40	0,1364	
								Outro(s)	20	0,0682	
	II.23.3	Instrumento	Geral	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	1	1,1	0,3	Dias	Parâmetro: até 15 dias (80%); de 16 dias até 30 dias (60%); mais de 30 dias (30%)	0,2727 0,2045	
								Atendido no mesmo dia	100	0,3409	
	II.23.5	Instrumento	Geral	A equipe leva preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	1	1,1	0,3	Sim	100	0,3409	
								Não	0	0,0000	
	II.23.6	Instrumento	Estratégico	A equipe de Atenção Básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico?	3	3,4	1,0	Sim			Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
	II.23.6/I	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não	100	1,0227	
								Sim	0	0,0000	
	II.23.7	Instrumento	Estratégico	A equipe de Atenção Básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	3	3,4	1,0	Sim			Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
	II.23.7/I	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não	100	1,0227	
								Sim	0	0,0000	
	II.23.8	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza ações para pessoas	3	3,4	1,0	Sim	100	1,0227	

					com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?				Não	0	0,0000		
		II.23.9	Instrumento	Geral	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como de ansiolíticos de modo geral?	1	1,1	0,3	Sim			Questões conjugadas. Só se marcar Sim nas duas, ganha a pontuação	
		II.23.9/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não		0,3409		
									Sim	100	0,0000		
									Não	0			
						10	18,2	5,5					
Saúde Mental	11	II.20.2	Instrumento	Geral	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?	1	1,8	0,5	Sim	100	0,2727		
		II.21.2	Instrumento	Geral	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?				Não	0	0,0000		
		II.21.3	Instrumento	Geral	A equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?	1	1,8	0,5	Sim		0,5455	Não perde e não ganha	
		II.21.3/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não há usuário com tuberculose no território		0		
		II.21.4	Instrumento	Geral	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?	1	1,8	0,5	Sim	100	0,5455		
		II.21.6	Instrumento	Geral	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?	1	1,8	0,5	Não		0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação	
		II.21.6/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Sim	100	0,0000		
		II.21.7	Instrumento	Geral	A equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)?	1	1,8	0,5	Sim	100	0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM na II.21.7/1, ganha a pontuação referente ao que marcar na II.21.7	
		II.21.7/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				De todos os usuários diagnosticados				
		II.21.8	Instrumento	Geral	A equipe realiza busca ativa de falhosos do tratamento diretamente observado (TDO)?	1	1,8	0,5	Sim	50	0,2727		
		II.21.8/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Somente dos falhosos ao tratamento/acompanhamento				
									Não realiza TDO	0	0,0000		
									Sim				
							Não						
							Sim						
							Não			0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação		
							Sim	100	0,0000				
							Não	0					

Saúde Mental	11	II.22.1	Instrumento	Geral	A equipe de Atenção Básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	1	1,8	0,5	Sim		0,5455	Não perde e não ganha	
		II.22.1/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não há usuário com hanseníase no território		0		
		II.22.3	Instrumento	Geral	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?	1	1,8	0,5	Sim	100		Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação	
		II.22.3/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não	0	0,0000		
		II.22.4	Instrumento	Geral	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?	1	1,8	0,5	Sim		0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação	
		II.22.4/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Sim	100	0,0000		
		II.22.5	Instrumento	Geral	A equipe realiza busca ativa de falhosos do tratamento?	1	1,8	0,5	Sim		0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação	
		II.22.5/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Não	0	0,0000		
		Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	6	II.28.1	Instrumento	Estratégico	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?	3	5,5	1,6	Sim		1,6364
II.28.1/1	Instrumento				Existe documento que comprove?				Sim	100	0,0000		
II.28.2	Instrumento			Geral	As famílias da área de abrangência da equipe de Atenção Básica são visitadas com periodicidade distinta, de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	1	1,8	0,5	Sim	100	0,5455		
II.28.4	Instrumento			Geral	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?	1	1,8	0,5	Sim		0,5455	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação	
II.28.4/1	Instrumento				Existe documento que comprove?				Não	0	0,0000		
II.28.5a	Instrumento	Geral	No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam:	1	1,8	0,5	Sim	50,0	0,2727	Questões conjugadas. Só se marcar SIM na II.28.5.3/1, ganha a pontuação referente ao que marcar na II.28.5			
								Atendimento clínico (usuário do sexo e/ou que necessita de cuidado no domicílio)					
								Realização de procedimentos de	50,0	0,2727			

									enfermagem					
									A equipe não realiza cuidado no domicílio	0	0,0000			
									Sim					
									Não					
		II.28.5.3/1	Instrumento		Existe documento que comprove?									
		II.28.5b	Instrumento		No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam:				Outro(s)	100	1,6364		Questões conjugadas. Só se marcar SIM na II.28.5.3/1, ganha a pontuação referente ao que marcar na II.28.5	
									Sim		0,0000			
		II.28.5.3/1	Instrumento	Estratégico	Existe documento que comprove?	3	5,5	1,6	Não					
		II.28.6	Instrumento		A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?				Sim				Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação	
									Não		0,5455			
		II.28.6/1	Instrumento	Geral	Existe documento que comprove?	1	1,8	0,5	Sim	100	0,0000			
									Não		0			
						10	16,2	5,5						
Promoção da Saúde	2	II.26.2	Instrumento	Geral	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	1	4,5	1,4	Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)		1,3636		Questões conjugadas. Só se marcar SIM na II.26.2/1, ganha a pontuação referente ao que marcar na II.26.1	
									Planejamento familiar		0,6818			
									Gestantes e puérperas (aleitamento materno)		0,0000			
									Homens					
									Idosos					
									Alimentação saudável					
									Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva	Parâmetro: não faz nenhum = 0%; de 1 ou 2 = 50%; 3 ou mais = 100%				
									Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território					
									Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas					
									Realiza grupos					
									com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território					
									O uso, abuso e dependência decorrentes do uso do crack, álcool e outros drogas					
									O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos					
									Outros	0				
									Não realiza atividades de promoção à saúde	0				
		II.26.2/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Sim					
									Não					
		II.26.3	Instrumento	Geral	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde elou no território:	1	4,5	1,4	Práticas corporais	50	0,6818			
									Atividade física	50	0,6818			
									Outro(s)	0	0,0000			
									Nenhuma das anteriores	0	0,0000			
						2	9,1	2,7						
Participação do Usuário e Controle Social	2	II.29.3	Instrumento	Geral	Quais os canais de comunicação disponibilizados?	1	2,3	0,7	Telefone da unidade	14,3	0,0974		Questões conjugadas. Só se marcar SIM na II.29.3/1, ganha a pontuação referente ao que marcar na II.29.3	
									Telefone da ouvidoria	14,3	0,0974			
									E-mail	14,3	0,0974			
									Site disponível ao usuário	14,3	0,0974			
									Ficha para preenchimento	14,3	0,0974			
									Livro ou caderno	14,3	0,0974			
									A equipe possui relatório	0	0,0000			
		II.29.3/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Outros		0,0000			
									Sim	100				
									Não	0				
		II.29.6	Instrumento	Estratégico	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?	3	6,8	2,0	Sim				Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a	
									Não		2,0455			
		II.29.6/1	Instrumento		Existe documento que comprove?				Sim	100	0,0000			
									Não		0		pontuação	
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	2	II.31.1	Instrumento	Geral	A equipe realiza ações junto a comunidades tradicionais/assentados/população rural?	1	6,3	0,3	Sim	100	0,3125			
									Não	0	0			
									Não há nenhuma destas no território de abrangência de equipe					
		II.31.6	Instrumento	Estratégico	A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atenção em outros pontos de atenção?	3	18,8	0,9	Sim	100	0,9375			
									Não	0	0			
						4	25	1,25						