



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA
AMAZÔNIA

MÁRCIA MILENE JACOB CASTELO BRANCO

**TECOBÉ NO MARAJÓ: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E DE
ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DO PROGRAMA DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA- PMAQ DE 2012
2014**

BELÉM
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA
AMAZÔNIA

MÁRCIA MILENE JACOB CASTELO BRANCO

**TECOBÉ NO MARAJÓ: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E DE
ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DO PROGRAMA DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA- PMAQ DE
2012-2014**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia,
Universidade Federal do Pará, como requisito para
obtenção do título de Mestre sob orientação da Prof^ª.
Dra. Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira
Bastos.

Linha: Sócio-Antropologia, Política,
Planejamento e Gestão em Saúde na Amazônia.

BELÉM
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Castelo Branco, Márcia Milene Jacob.

Tecobé no Marajó: avaliação da estrutura física e de acolhimento na atenção primária a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica entre 2012 e 2014 / Márcia Milene Jacob Castelo Branco. — 2017.

Orientadora: Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciência da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Sociedade na Amazônia, Belém, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. I. Título.

CDD: 22. Ed .362.10981

MÁRCIA MILENE JACOB CASTELO BRANCO

Tecobé no Marajó: avaliação da estrutura física e de acolhimento na atenção primária a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ de 2012-2014

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria do Socorro Castelo Branco Bastos
Orientadora - Instituto de Ciências da Saúde- UFPA

Profa. Dra. Regina de Fátima Feio Barroso

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos por Deus, pela oportunidade da realização do Mestrado.

A meus pais, Sandra Jacob e meu pai Olney Castelo Branco (in memoriam), meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram na minha capacidade, e isso me fortaleceu e me fez buscar dar o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional.

Ao meu irmão Marcelo Jacob e minha cunhada Karla Mori, por sempre torcerem por mim. Obrigada pela força.

À Profa. Dra. Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos, por me acolher como sua orientanda e pela confiança no meu trabalho.

À Profa Dra Regina de Fátima Feio Barroso e ao Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira pela contribuição enriquecedora para a minha Dissertação de Mestrado.

Às minhas amigas Nazaré Barbosa e Vânia Carneiro, pelo carinho e amizade que me presenteiam. Obrigada por tudo.

Aos meus amigos do Mestrado, por todos os momentos divididos juntos. Foi muito bom contar com vocês.

Ao corpo docente do Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia por abrirem as portas para que eu pudesse realizar esse sonho da minha qualificação profissional. Proporcionaram-me mais que a busca de um conhecimento técnico e científico, mais uma lição de vida.

RESUMO

O estudo objetivou avaliar a estrutura física e a implantação do acolhimento nas unidades de saúde da atenção primária nos municípios da região de saúde do Marajó, utilizando os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica- PMAQ. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada com base em dados secundários pertencentes ao componente da avaliação externa disponíveis no banco de dados do PMAQ-PA. Para esse estudo foram utilizados os dados do Primeiro (2012-2013) e Segundo Ciclo (2014) do PMAQ, referente às avaliações realizadas neste período. Para avaliar a estrutura física das unidades foram utilizados os dados do módulo I do primeiro e segundo ciclo do PMAQ com itens que correspondam a “Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Saúde”, “Infraestrutura da Unidade” e para avaliar a estrutura de acolhimento nas unidades de saúde foram utilizados os dados do módulo II do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, com itens que correspondam a “Acolhimento à demanda espontânea” no período de 2012 a 2014. Nos achados evidenciaram-se melhorias em relação aos componentes da estrutura física e que mais da metade dos ambientes recomendados pelo Manual de estrutura física do Ministério da Saúde aumentou; houve evolução no número de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas; e a implantação do Acolhimento foi realizada na quase totalidade das unidades de saúde. Os resultados assinalam que o PMAQ no período analisado contribuiu para a melhoria da atenção primária à saúde em relação as dimensões selecionadas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária. Unidade de Saúde. Acolhimento.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate a physical structure and a host implantation in primary health care units in the municipalities of the Marajó health region, using data from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care - PMAQ. It is a research available based on secondary data belonging to the external evaluation component available without PMAQ-PA database. For this study, use the data from the first (2012-2013) and Second Cycle (2014) of the PMAQ, referring to the revisions made in the period. To evaluate the physical structure of the units and the data of the module, I do the first and second cycle of the PMAQ with items that correspond to the "Identification of Health Personnel Professionals and Modality", "Unit Infrastructure" and to evaluate a host structure in the health units and data applications of module II of the first and second cycle of the PMAQ, with items that correspond to "Welcoming to spontaneous demand" in the period from 2012 to 2014. In the findings, improvements were observed in relation to the components of the physical structure and with more than half of the environments recommended by the Ministry of Health Manual of physical structure increased; there was an increase in the number of doctors, nurses and dental surgeons; and an implementation of the Reception was carried out in almost all health units. The results indicate that the PMAQ in the analyzed period contributed to an improvement in primary health care in relation to selected dimensions.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Health unit. Reception.

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

AMAQ Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

APS Atenção Primária à Saúde

DAB Departamento de Atenção Básica

ESF Estratégia de Saúde da Família

EPS Educação Permanente em Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMMB Programa Mais Médicos para o Brasil

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF Programa de Saúde da Família

RDC Resolução da Diretoria Colegiada

SGDAB Sistema de Gestão do Departamento de Atenção Básica

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Atenção Primária à Saúde.....	11
1.2	Acolhimento para o Acesso na Atenção Primária.....	16
1.3	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	22
1.4	Pesquisa Avaliativa em Saúde.....	28
1.5	Região de Saúde do Marajó.....	33
2	OBJETIVOS.....	35
2.1	Objetivo Geral.....	35
2.2	Objetivos Específicos.....	35
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	Desenho do Estudo.....	36
3.2	Período do Estudo.....	37
3.3	População do Estudo.....	37
3.4	Definição de variáveis.....	37
3.5	Análise de dados.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38
4	ARTIGO.....	44
4.1	Tecobé no Marajó: avaliação da estrutura física e de acolhimento na Atenção Primária à partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de 2012 a 2014.....	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS), expressa o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui em muitos países, como no Brasil, atividades de saúde pública.

Starfield (2002) reconhece a importância da estrutura para que os serviços de saúde sejam realizados, e afirma que a capacidade dos sistemas de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços, o que inclui pessoal e instalações, e equipamentos como prédios e os componentes físicos das instalações, incluindo elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento. Assim como salienta a importância da estrutura como um dos componentes para análise dos sistemas de serviços de saúde, enfatizando a influência do comportamento individual e pelo ambiente físico, político, econômico e social.

Ao longo dos anos de sua implementação, a Estratégia de Saúde da Família contribuiu com a redução das iniquidades, sobretudo pela ampliação do acesso aos serviços primários de saúde e da vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades na complexa tarefa de cuidar da vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Embora fosse visto como palco privilegiado para experimentação e desenvolvimento de práticas preventivas e assistenciais, afinadas ao princípio da integralidade da atenção, desde sua implantação o SUS sempre enfrentou insuficiência de recursos (VIANA; DAL POZ, 2005).

A adoção da Estratégia de Saúde da Família como eixo balizador da atenção primária contribuiu para a sua expansão, muito embora não tenha conseguido evitar a discrepância entre a concepção da Atenção Primária no desenho da política nacional e sua expressão na realidade local. No início de 2011, a atenção primária foi alçada à condição de prioridade de governo, com identificação dos principais desafios que condicionavam seu desenvolvimento para a proposição da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Foram priorizadas estratégias de expansão e qualificação da APS, como propostas governamentais para enfrentar o problema, especialmente em área de maior necessidade (BRASIL, 2015a).

1.1 Atenção Primária à Saúde

A Organização Mundial da Saúde realizou em 12 de setembro de 1978 a I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde em Alma Ata, propondo um acordo e uma meta entre os países a fim de atingir o maior nível possível de saúde até o ano 2000, por meio da atenção primária à saúde. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. A partir desse momento, a atenção primária à saúde, assumiu um espaço como ordenadora do sistema de saúde com a seguinte definição:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade quanto o país possam arcar em cada estágio do seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, apud STARFIELD, 2002, p. 30).

A Conferência de Alma Ata enfatizou que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920 é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de atenção primária à saúde em uma perspectiva de organização sistêmica e hierarquizada dos serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011). No Brasil, a utilização do termo Atenção Básica refere-se à Atenção Primária em Saúde em seu sentido mais amplo e integral, proposto pelo Movimento Sanitário e diferenciando-se da Atenção Primária Seletiva com seu pacote de serviços de saúde restritos a algumas doenças e voltados à população mais carente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Neste estudo, não serão consideradas as divergências conceituais acerca da terminologia para este primeiro nível de atenção, sendo Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde termos equivalentes.

Com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, a atenção primária à saúde incorporou os princípios da reforma sanitária, no sentido de enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime de atenção à saúde. Nesse período o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo por base a atenção primária, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorram de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais à emergência das mudanças do mundo moderno, e conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

A adoção e a evolução, no início da década de 90 da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como principal estratégia da atenção primária à saúde, agregando importantes atores políticos e técnicos, demonstrou seu potencial transformador, tornando-se uma proposta para a organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS (STARFIELD, 2002). Segundo a última orientação do Ministério da Saúde, de 2012, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) cada equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde, responsável por um grupo de até 750 famílias. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas. A organização da oferta de serviços ocorre de acordo com o perfil de saúde específico da população coberta (BRASIL, 2012a).

Para o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família é considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, e com o Pacto pela vida em 2006, configurou-se como, modelo de atenção primária e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (MENDONÇA, 2009).

Com o objetivo de revitalização da atenção primária à saúde no Brasil construiu-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, que se fundamentou nos eixos transversais de universalidade, integralidade e equidade, redefinindo os princípios gerais da atenção primária, introduzindo elementos ligados ao papel desejado como uma atenção primária acolhedora e resolutiva, que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário, assim como no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as

diferentes populações e realidades do Brasil, conceituando “atenção básica” ou “atenção primária” como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2006a).

De acordo com Política Nacional de Atenção Básica, no Brasil a Atenção Primária deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve representar o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Segundo Starfield (2002), o ponto de entrada da Atenção Primária deve ser de fácil acesso, o qual é inerente a organização de serviços de saúde por nível de atenção. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível, faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais, comprometendo os recursos financeiros destinados as ações de atenção primária à saúde, ainda por intermédio dessa relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer os profissionais como uma “parceria sustentada”, na qual “o paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração”. Para que o acesso aconteça de fato é necessário que seja universal e contínuo promovendo uma relação de vínculo e co-responsabilização pela atenção as necessidades de saúde do usuário, sendo importante garantir a continuidade das ações de saúde (BRASIL, 2012a).

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde apresenta em sua essência uma relevância de extrema importância, e existem

evidências que em países cujo sistema de saúde se organiza a partir dos princípios da atenção primária, alcança-se melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social como o Brasil. O compromisso com a melhoria da qualidade da atenção à saúde deve ser permanentemente reforçado com o aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos desafios das distintas realidades, e se houver evidências que os princípios e diretrizes da atenção primária à saúde estão associados com menor número de adoecimentos e maior promoção à saúde, ocasionará a satisfação dos usuários desses serviços, atendendo suas expectativas em relação à eficiência e qualidade do SUS (MENDONÇA,2009).

A atenção primária à saúde como porta de entrada de um serviço de saúde depende da acessibilidade estrutural como, por exemplo, a localização geográfica das unidades de saúde, os horários e dias disponíveis para atendimento, assim como da utilização de fato dos serviços de saúde. Embora fossem realizados investimentos na atenção primária e a evolução da ESF demonstrasse sua superioridade em relação às atividades de unidades tradicionais, o acesso sempre figurava como nó crítico do sistema, com dificuldades de estrutura física e equipes, fragilidades da gestão e organização da rede de serviços(STARFIELD,2002).

Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família, mais ações de saúde foram ofertadas à população, o que teve como consequência maior procura pelos serviços nas unidades de atenção primária à saúde, porém as estruturas apresentadas por essas unidades em sua maioria eram inadequadas para a atuação das equipes de atenção primária, com estabelecimentos improvisados em casas não adaptadas que não atendem às necessidades das equipes e dos usuários (SIQUEIRA et al, 2009).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde elaborou um Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de orientar profissionais e gestores municipais de saúde acerca do planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção e na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos de saúde para funcionar como UBS, e enfatiza que estes espaços devem ser adequados à realidade local da população a ser atendida, considerando os fluxos existentes, o número de profissionais e as atividades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2006b).

Com o objetivo de financiar a construção de UBSs com estrutura adequada ao trabalho das equipes, foi publicada em setembro de 2009, a Portaria 2226, que instituiu o Plano Nacional de Implantação das Unidades Básicas de Saúde, estabelecendo o porte das estruturas de acordo com o que preconiza o Manual de Estrutura Física (BRASIL, 2011a).

Considerando a necessidade de aprimorar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu em 2011, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de prover infraestrutura adequada às equipes de atenção primária. Esse programa seria uma estratégia para a estruturação e fortalecimento da atenção primária, propondo unidades de saúde acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade, que facilite a mudança das práticas das equipes de saúde (BRASIL, 2011a). Para conhecer a realidade das infraestruturas das unidades de atenção primária no Brasil, realizou-se no ano de 2012 o Censo Nacional das UBSs, com a finalidade de fornecer subsídios para o aprimoramento das estratégias de requalificação das UBSs contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas de saúde e dos investimentos das esferas de governo (BRASIL, 2011b).

Para que todo o desenvolvimento das ações de saúde na atenção primária seja realizado torna-se necessário que existam estruturas adequadas para tal. Segundo a PNAB as Unidades Básicas de Saúde devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, e dotadas da infraestrutura necessária a este atendimento. O objetivo seria a construção de novas e a ampliação das unidades básicas de saúde, com o objetivo de proporcionar melhores condições de atendimento e trabalho (BRASIL, 2012a).

As Unidades Básicas de Saúde devem estar construídas de acordo com as normas sanitárias e documentos oficiais que determinam os critérios para os estabelecimentos de saúde como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 e o manual de infraestrutura das unidades primárias de saúde, que orienta que disponibilize os seguintes ambientes em uma unidade de saúde: Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção primária. Em continuidade aos ambientes devem constar área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros. Além da manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos, com estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento, incluindo dispensação de medicamentos, acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população (BRASIL, 2012a).

Em relação as equipes multiprofissionais devem ser compostas conforme modalidade das equipes por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico

em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. E ainda como critério para uma boa infraestrutura garantir os fluxos na Rede de Atenção à Saúde para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

Estudos como de Moura et al (2010) já apontavam para a importância da estrutura adequada nas UBS, ficando evidenciado deficiências em relação a ambiente físico, recursos materiais e pessoal, os quais influenciaram e comprometeram o desenvolvimento das intervenções necessárias à mudança do modelo assistencial na perspectiva de vigilância à saúde. Pedrosa et al (2011), referia que a estrutura física inadequada impossibilita a efetivação do princípio do SUS e da atenção primária dificultando a obtenção de bons resultados nas ações de saúde, e interfere na continuidade do cuidado, reforçando a forte relação existente entre disponibilidade/indisponibilidade, benefícios/prejuízos e a efetivação/não efetivação da assistência à saúde como um todo.

A implantação das Estratégias de Saúde da Família, tem favorecido a expansão das UBSs no país, porém é necessário o reconhecimento das condições de trabalho nas unidades, observando os limites, os avanços, e o que pode ainda ser alcançado, visto que a relação estabelecida entre as inadequações da estrutura física e a prática dos profissionais pode impulsionar ou dificultar o desenvolvimento das ações de saúde. Portanto é fundamental o investimento na modernização e na qualificação das estruturas físicas das unidades de atenção primária à saúde, contribuindo para melhores resultados em saúde e com o fortalecimento da atenção primária (BRASIL, 2012a).

1.2 Acolhimento para o Acesso na Atenção Primária

Para Starfield (2002), os termos acesso e acessibilidade são usados de forma ambígua, o acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde”. Para oferecer a atenção primária o local deve ser acessível e disponível para que facilite a chegada ao atendimento e o seu uso de maneira satisfatória. A atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (característica estrutural ou capacidade da atenção) e a utilização de fato desses serviços quando surge uma necessidade (característica do processo ou desempenho da atenção). Para se obter uma porta de entrada

eficiente é necessário que exista a facilidade na acessibilidade de chegar aos serviços de saúde, assim como, a disposição dos serviços e a sua utilização de fato.

Donabedian (1973) em seu estudo, identificou dois tipos de acesso que poderiam interferir na acessibilidade aos serviços de saúde: o acesso sócio-organizacional relacionado a recursos de saúde, que podem facilitar ou atrapalhar a chegada ao atendimento e o acesso geográfico, que envolve características referentes à distância para chegar ao atendimento de saúde, assim como o tempo que se gasta para chegar até o local. Aday e Andersen(1974), citam três condições relacionadas às características da população que utiliza os serviços de saúde: componentes predisponentes, os capacitantes e a necessidade, onde estes estão associados a percepção dos indivíduos sobre a sua condição e suas necessidades para buscar um serviço de saúde e a disponibilidade dos serviços de saúde e a capacidade para acessá-los. Ou seja, a utilização dos serviços de saúde está diretamente relacionado à percepção da necessidade.

Penchansky e Thomas (1981) citado por Starfield (2002) dividiram a acessibilidade em cinco tipos: disponibilidade, acessibilidade, comodidade, custos acessíveis e aceitabilidade. A autora interpreta que a disponibilidade refere-se a oferta disponível de serviços de saúde para a utilização dos usuários; a acessibilidade está associada a questão geográfica, ou seja, refere-se a proximidade ou não dos serviços de saúde da localização dos usuários; a comodidade está associada a forma como usuário está sendo acolhido e como os serviços se encontram organizados para garantir sua acomodação; os custos acessíveis referem-se as possibilidades de co-pagamento nos serviços por parte dos usuários e aceitabilidade caracteriza-se pelo grau de satisfação dos usuários para os serviços de saúde que estão sendo ofertados. Dentro desta lógica, o tipo de acesso que será objeto deste estudo refere-se a comodidade/acolhimento nos serviços de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (1999) afirmam que o acolhimento como diretriz operacional consiste em inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde partindo dos princípios que atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde garantindo acessibilidade universal, acolhendo, escutando, dando uma resposta positiva para as necessidades de saúde do usuário; reorganizar o processo de trabalho para que desloque o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento) que se encarrega da escuta do usuário; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2012a), 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 a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Esses encontros que se dão entre dois indivíduos, são produzidos em um espaço intercessor, no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (MERHY; ONOCKO,1997). Dentro desse processo intercessor, tem-se o acolhimento, momento este, onde trabalhador e usuário poderão iniciar uma relação de confiança e vínculo, operando-se os processos do trabalho vivo em ato, onde o usuário poderá relatar com mais segurança quais os sofrimentos que lhe afligem, e o trabalhador em saúde exporá quais as ações que poderão atender suas necessidades de saúde.

O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações e que tenham como produto final o cuidado, para isso precisa estar explícito que estejam ocorrendo nos serviços: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas e a integralidade (FERRI et al, 2007), o que não é possível ver analisando apenas a estrutura.

Há evidências de que a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação ao corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos e trabalhados na tentativa de compreender a situação, além disso tem levado que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida, nesse sentido a dimensão cuidadora, de contínuos avanços científicos tem perdido a eficácia. É preciso superar essa conformação, redefinindo espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, ampliando os modos de produzir saúde, novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Como tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades

sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes do Programa Saúde da Família de forma a resolver suas reais exigências de saúde (COELHO; JORGE, 2009). Para Teixeira (2005), o acolhimento deveria ser dialogado, como uma técnica passível de ser operada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento.

Nessa busca de reconstrução da prática de saúde, tendo a produção do cuidado como a finalidade do processo em saúde, já se encontra explícita a necessidade de incorporar outros instrumentos na produção dos serviços de saúde, e nesse sentido, as tecnologias leves também precisam se constituir em instrumentos do cotidiano da produção dos serviços de saúde (FERRI et al, 2007). Os recursos tecnológicos são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos, onde esta produção deve ser enfatizada como um direito inalienável tanto dos usuários quanto dos trabalhadores (COELHO; JORGE, 2009).

No documento Acolhimento à demanda espontânea do Ministério da Saúde pontua que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas, significa então uma prática constitutiva das relações de cuidado, que precisa ser analisada de que forma está se dando nas práticas de saúde. Enfatiza que existem várias razões para acolher a demanda espontânea na atenção primária, a primeira razão parte do pressuposto que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde, pois o usuário também define com formas e graus o que é necessidade de saúde para ele (BRASIL, 2011c).

A segunda razão se deve ao fato que a maioria das demandas podem ser acolhidas e satisfeitas na atenção primária, sendo fundamental que as unidades de atenção primária à saúde devam estar abertas e preparadas para acolher o que não for programado como as eventualidades e os imprevistos; a outra razão equivale dizer que os momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e o fortalecimento de vínculos, pois nesse momento se encontram fragilizados, recorrendo muitas vezes às unidades básicas de saúde quer pela proximidade física ou com os vínculos que possuem com os profissionais de saúde (BRASIL, 2011c).

Assis e Jesus(2012) reiteram que acolhimento é um ato de receber e ouvir a população em suas demandas, dando resposta adequada desde a recepção, atendimento individual e coletivo, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta, pois o acolhimento não se restringe a só um etapa ou somente a um lugar, mas a um processo como um todo.

Para Alves et al (2014), o acolhimento é uma proposta de reorganização do processo de trabalho, com garantia de direito ao acesso aos serviços de saúde e humanização das relações estabelecidas. Nesse caso, essa reorganização refere-se à mudança de um atendimento meramente burocrático para outro no qual a equipe de saúde apresente uma postura capaz de acolher, escutar, oferecendo respostas mais adequadas para os usuários com resolutividade e responsabilização.

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (tecnologia de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo), e duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde (MERHY, 2014).

A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. O trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais como acolhimento e vínculo, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau significativo na escolha do modo de fazer essa produção de saúde (MERHY,2014).

Nesse sentido, o acolhimento é uma diretriz relevante do modelo tecnoassistencial em construção, no que se propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização mútua, compromisso com a resolutividade e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). É produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante escuta, interesse, construção de vínculos, de confiança, é o que possibilita captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico médico (MERHY; FEUERWERKER,2009)

Essa prática baseia-se no compartilhamento de saberes de cuidar com postura ética, proporcionado melhoria ao acesso dos serviços de saúde aos usuários, e o seu desenvolvimento como tecnologia leve fundamental considera-se como ponto chave para

promover a ampliação efetiva do acesso universal à atenção primária e aos demais níveis do sistema (BREHMER; VERDI,2010).

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Nesse processo de construção do SUS é importante que sejam potencializadas propostas referentes ao acolhimento como diretriz operacional dos serviços de saúde (SOUSA et al, 2008).

Na proposta da diretriz operacional pelo Ministério da Saúde, propõe-se um repensar da organização dos serviços de saúde, promovendo a implantação ou a reestruturação das práticas de acolhimento da demanda espontânea, onde este vai apresentar diferentes dimensões constitutivas. A primeira dimensão prevê o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, no que se propõe como uma forma de inclusão dos usuários, devendo contemplar a todos que buscam pela atenção primária, tanto em relação a agenda programada quanto à demanda espontânea; a segunda dimensão refere-se ao acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado, onde nesta dimensão é considerado tecnologia leve, encarnadas nas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos modos de escuta e filtros, construção de vínculos e posicionamentos éticos situacionais durante o atendimento; e a última dimensão como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, o qual provoca mudanças nos modos de organização das equipes, proporcionando a reflexão sobre o conjunto de ofertas que estão à disposição dos usuários, a definição dos profissionais que participarão do acolhimento, sendo fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe reconhecendo riscos e vulnerabilidades, realizando as intervenções (BRASIL, 2011c).

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas, nem discursivas, e apesar de sua importância nas unidades de saúde, não basta ter uma “sala de acolhimento”, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção, pois acolhimento não se reduz a apenas a algum lugar, e nem a um espaço local e sim uma postura ética se diferenciando de triagem e não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde como um dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção da saúde. Desta forma, tem-se acolhimento como diretriz a um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção primária. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2011c).

Porém, segundo Garuzi et al,2014, a efetivação do acolhimento depara-se com entraves cotidianos no que se refere ao despreparo dos profissionais, à dinâmica de trabalho centrada no modelo tradicional e a deficiência de estrutura física das unidades de saúde, e esses profissionais apesar de compreenderem os conceitos que o permeiam, a operacionalização de fato encontra-se muito aquém, observada no processo de triagem, encaminhamento, agendamento de consulta, regras de acesso, ações reduzidas e focais como sinônimo de acolhimento.

Deste modo, torna-se imprescindível o investimento permanente da gestão e dos trabalhadores de saúde em perceber quais as necessidades concretas dos usuários, onde a educação permanente configura-se como um instrumento de avaliação e acompanhamento das equipes de ESF, aparelhando-os adequadamente com vistas a acolher as necessidades reais de saúde dos usuários. Essa dimensão é considerada como atributo fundamental para uma atenção primária qualificada, porém o acesso e o acolhimento ainda são desafios na construção do cuidado integral e são considerados de extrema importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde (BRASIL,2011c).

Diante disso, entende-se que o caráter resolutivo da atenção primária perpassa na ampliação da escuta e análise das demandas associadas à oferta de condutas capazes de lidar com as complexas necessidades advindas dos usuários, ou seja, o efetivo atendimento à demanda espontânea. Assim as diferentes concepções de acesso, acolhimento e vínculo no processo de construção da saúde para os trabalhadores e usuários proporcionam o estabelecimento de estratégias com vistas a aprimorar as ações de saúde na atenção primária.

1.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de atenção primária, o Ministério da Saúde (MS) sempre buscou coordenar ações voltadas para o aprimoramento da atenção primária, de forma a incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde para melhoria do padrão da qualidade oferecida aos usuários do SUS, assim como o desempenho das equipes de Atenção Primária à Saúde. Nesse processo procurou criar uma cultura de monitoramento, avaliação de processos e resultados mensuráveis nos serviços de saúde especificamente na atenção primária, e instituiu-se pela portaria de Nº 1654 GM/MS, publicada em 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), sendo este um produto de avanço de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2013a).

Esse programa caracteriza-se como uma ferramenta para induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção primária à saúde. Para o Ministério da Saúde, o PMAQ é considerada a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), apostando em uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para atenção primária e as potencialidades locais. O investimento na mobilização de atores locais, caminha em direção aos objetivos estratégicos do programa traduzidos nos padrões de acesso e qualidade, sempre ressignificados em função da realidade concreta, do contexto, das prioridades, dos interesses e da negociação dos atores locais (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

As sete diretrizes que norteiam a organização e o desenvolvimento do PMAQ em toda sua amplitude são: construir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção primária; prever um processo contínuo e progressivo de melhoramento de padrões e indicadores de acesso e da qualidade que envolva gestão, processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção primária; transparência em todas as suas etapas, permitindo o constante acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção primária; desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; estimular efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; caráter voluntário para adesão tanto das equipes de atenção primária quanto dos gestores municipais. Para viabilizar esta estratégia, a qual visa estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos serviços ofertados à sociedade brasileira, e as diretrizes do PMAQ, este se organizou em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária (BRASIL, 2013a).

A primeira fase do PMAQ é descrita como a etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção primária à saúde e os gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde, num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social. O

caráter voluntário da adesão está associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em ambientes participativos dialógicos, nos quais trabalhadores e gestores, sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Cada equipe de atenção primária para aderir teve que assinar um Termo de Compromisso, no qual se comprometeram em: a) seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho; b) observar regras de funcionamento do programa; c) implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores; d) ser monitorada por seis meses a partir de quarenta e sete indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e) passar por um processo de avaliação e o que inclui autoavaliação e o desempenho e avaliação realizada por avaliadores externos que visitariam cada equipe que aderiu o programa (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Em relação à segunda fase do PMAQ, é compreendida como a etapa na qual ocorre o desenvolvimento de ações, realizadas pelas equipes de atenção primária e gestão municipal, mas com apoio das gestões estaduais e Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária. Essa fase se encontra organizada em quatro estratégias: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2013a).

No âmbito do programa, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada a partir da ferramenta composta de declarações acerca da qualidade esperada quanto a estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção primária, configurando-se como uma ferramenta de caráter pedagógico, reflexivo e problematizador, que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde ofertou a ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), que se propõe a abordar múltiplas dimensões e que provoca a identificação de muito mais problemas que as equipes de saúde poderia tomar como prática de ação, por essas razões somadas ao fato do programa ter criado modos de registrar e verificar sua realização, faz da autoavaliação um bom indicador de ações que as equipes de atenção primária fizeram provocadas pelo PMAQ, e em função dele (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014).

O monitoramento é reconhecido por muitos autores como avaliação em processo. O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige ações monitoradas. O Ministério da Saúde, enfatiza que o acompanhamento

sistemático que tem sido produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores contratualizados, assim como permitir a identificação dos desafios, a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção, sendo uma prática com caráter pedagógico, formativo e reorientador de práticas. Diante disso, investiu no Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB promovendo mudanças no sistema fomentando a possibilidade de uma cultura de institucionalização de uma prática permanente de monitoramento e avaliação tanto pelas equipes quanto pela gestão municipal (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para que os objetivos e metas pactuadas possam ser atendidas é necessário superar um histórico de atendimento apenas aos processos de educação continuada dos trabalhadores do Ministério da Saúde com base nas demandas individuais de capacitação, em detrimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). A aposta do governo se encontra no fortalecimento da Educação Permanente como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, ofertando ações coletivas de desenvolvimento dos trabalhadores, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde se encontra inserida como estrutura da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, com instrumentos de gestão que propõem articular aprendizagem e trabalho, desenvolvimento profissional e desenvolvimento institucional do trabalho, educação para o conhecimento e educação para o trabalho, construção do saber e invenção de práticas no trabalho, colocando o cotidiano da saúde como parte relevante do ensino aprendizagem da mesma. No desenvolvimento individual e institucional é necessário que o cotidiano se expresse em sua complexidade, desarranjando conhecimentos já sintetizados e fomentando novos arranjos de saberes para fortalecer as práticas (PINTO et al, 2014).

O PMAQ tem na Educação Permanente em Saúde, um aspecto de investigação e é uma de suas principais apostas, tanto para a produção de movimentos locais quanto na singularização, suporte, qualificação e reinvenção desse movimento de mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Nesse sentido, destaca-se que o PMAQ propõe que a Educação Permanente seja vista como uma importante estratégia de gestão com grande potencial provocador de mudanças na micropolítica do cotidiano dos serviços, pressupondo um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam

ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho), e que considerem elementos que façam sentido para os autores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2013a).

Mesmo com os avanços, o PMAQ, em sua dimensão de avaliação de padrões de qualidade e da implantação de diversos programas caros à PNAB, prioriza na Avaliação Externa, no que diz respeito a Educação Permanente, apenas algumas ofertas, mais estruturadas e passíveis de verificação, que o próprio Ministério da Saúde faz aos municípios e equipes, deixando claro o limite do PMAQ em acompanhar e verificar o quanto o saber e os diversos fazeres da Educação Permanente estão encarnados nas práticas cotidianas das equipes. Porém, nota-se que apesar da incipiência nessa questão, a Educação Permanente é uma prática desenvolvida nos territórios para alimentar processos de mobilização para mudança, os quais o programa buscou o tempo todo provocar. E que a EPS seja um modo de agir do apoio para fortalecer as equipes no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, na superação de padrões que as equipes, no contexto do programa, elencaram como objeto de problematização (PINTO et al, 2014).

A terceira fase se caracteriza pela realização da Avaliação Externa, na qual ocorrerá um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e qualidade da totalidade de municípios e equipes de atenção primária participantes do programa. Essa fase ocorre em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa do país que ficam responsáveis, tanto pela seleção e capacitação do grupo de avaliadores, quanto por realizar as visitas à equipe e aplicar o instrumento de Avaliação Externa, que está organizado em quatro módulos: Módulo I- Observação na Unidade Básica de Saúde; Módulo II – Entrevista com o Profissional da Equipe de atenção primária e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; Módulo III- Entrevista com usuário na Unidade Básica de Saúde e o Módulo online que informado pela gestão municipal e pelas equipes de atenção primária no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), complementa os demais módulos (BRASIL, 2013b).

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação das equipes de atenção primária. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2013a). Essa é fase de conexão, de reprocessamento, reinício, recontratualização, exigindo um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO,2012).

Para as equipes participantes do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, ocorrerá o processo de reconstrução. A partir dos resultados das equipes, será possível identificar tendências que nortearão o planejamento dos gestores e trabalhadores, com novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas (BRASIL, 2015b).

Atualmente com o lançamento da Portaria 1.645 de 2 de outubro de 2015, configurou-se um novo desenho para o programa, com três fases (Adesão e Contratualização; Certificação e reconstrução) e um Eixo Transversal de Desenvolvimento. As duas primeiras fases permanecem com a mesma dinâmica de desenvolvimento, a terceira fase busca fortalecer as ações do programa (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2016) e equivale a fase de desenvolvimento com todas as suas etapas, as quais são: realização da autoavaliação, monitoramento de indicadores, ações de Educação Permanente, apoio institucional e de cooperação horizontal (BRASIL, 2015b).

Importante enfatizar que no primeiro ciclo o programa compreendeu somente as equipes de estratégia de saúde da família e as equipes de saúde bucal, já no segundo ciclo ocorreu uma mudança significativa, pois além desta equipe permitiu-se a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visando a ampliação da melhoria e da qualidade das ofertas de ações, visto que essas modalidades se articulam para promover ampliação de oferta na rede de serviços da atenção primária (BRASIL, 2013a).

Para Pinto e colaboradores (2014), o PMAQ é o programa que sintetiza melhor a PNAB, por ser um programa que articula com as diversas iniciativas, sendo considerada uma inovação, integrando diferentes processos em uma mesma estratégia, tanto processo novos, como os que já existiam, apostando no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão que contribuam para a mudança.

A cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população. Assim o PMAQ é considerado uma política nacional que contribui para a institucionalização da avaliação no Brasil e estimula os atores a implantar dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, gestão do cuidado, remuneração por desempenho, etc., além de fomentar uma reflexão crítica sobre o instituído e provocar o coletivo a agir pela mudança, induzindo a inovação, a criação e

experimentação de processos novos conforme suas realidades (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

1.4 Pesquisa Avaliativa em Saúde

Durante os anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs e com o crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde, tornou-se indispensável o controle dos custos do sistema de saúde para verificar a qualidade da acessibilidade, o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997). Os processos avaliativos que visem a melhoria da qualidade de vem ser contínuos, realizados pelos profissionais em seus locais de trabalho e devem ser baseados em fatos, não em opiniões.

No campo das ações políticas e no caso específico das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando centralidade nas organizações devido a fatores como as mudanças nos procedimentos legais e administrativos do SUS, como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades requerendo novas tecnologias, a exigência cada vez maior de gastos em saúde e a cobrança dos organismos financeiros externos. Os objetivos de uma avaliação são: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Nesse contexto, para avaliar intervenções existem dois estudos avaliativos: Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa. A primeira consiste em emitir um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos empenhados e sua organização(estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos na intervenção; e a segunda visa analisar mediante métodos científicos os componentes de uma intervenção como a pertinência, lógica, produtividade, efeitos e a eficiência e as relações existentes entre a intervenção e o contexto (BROUSSELLE et al, 2011).

Para fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção é necessário alguns tipos de análise como a análise da pertinência (análise estratégica), a qual refere-se à adequação estratégica entre a intervenção e o problema que a originou; fundamentos teóricos(análise lógica) que avaliam se existe adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los; a produtividade(análise da produção) que verifica a relação entre os recursos empregados e os serviços produzidos; o efeito que estuda a influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza analisando sua eficácia; a eficiência que relaciona a utilização dos recursos e os efeitos alcançados e a análise de implantação que avalia a influência do grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e o contexto onde está inserida (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Para Silva (2014), a análise estratégica implica em responder a questão referente a que medida a intervenção escolhida e os objetivos delimitados são adequados para resolução do problema, e nesse sentido esta análise pode se remeter a tratar questões referente a alçada do planejamento se a intervenção não tiver se apoiado em um processo anterior explicitado em seleção de prioridades. Em relação ao modelo de análise lógica esta autora o define como identificação da teoria do programa com atenção especial para relações entre o problema, seus determinantes, as ações e atividades que compõem o programa e os resultados esperados (SILVA, 2014).

Segundo Silva (2014, p. 15):

As múltiplas concepções sobre a avaliação e seu amplo espectro no que diz respeito aos objetos e métodos podem ser sintetizadas em uma definição abrangente segundo a qual a avaliação pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais.

Sendo estas compreendidas em práticas cotidianas e do trabalho que correspondem as intervenções formalizadas ou não em planos e programas de saúde, direcionadas para uma modificação de determinada realidade. A avaliação sendo também um componente do processo de gestão, corrobora para o processo de tomada de decisões para resolução de problemas. Nesse caso, pode-se falar em um “espectro de avaliação”, no qual o julgamento sobre determinada intervenção pode ser feito com base em percepções do mundo social ou com informações oriundas de uma pesquisa avaliativa (SILVA, 2005).

Diante das múltiplas possibilidades de avaliação de uma política, programa ou tecnologia de saúde, a seleção de prioridades e a delimitação do foco de avaliação são necessárias para aumentar o uso dos resultados da avaliação. Tendo em vista que o processo de organização do SUS tem sido acompanhado mediante elaboração de documentos voltados para políticas nacionais específicas, além dos planos municipais e estaduais, a análise desses textos pode ser considerado um ponto de partida para a seleção de prioridades de avaliação, passando a focalizar o programa com sua história e evolução (SILVA, 2014).

Para se realizar uma avaliação tem que delimitar o objeto e o foco. Diante da complexidade da rede de serviços do SUS e privados com grandes interconexões que tanto desenvolvem políticas e programas como atendem à demanda espontânea, apresentam-se múltiplas possibilidades de realização de uma avaliação. Silva (2014) aponta uma classificação de seleção das principais características de políticas, programas ou práticas a serem avaliadas: relacionadas com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade, equidade); efeito das ações (eficácia, efetividade, impacto); custos e produtividade (eficiência); adequações das ações ao conhecimento técnico científico vigente (qualidade técnico-científica); processo de implantação (análise de implantação), características relacionais entre os agentes das ações (usuário versus profissional).

Para delimitar o foco, é necessário escolher um abordagem, e para o modelo de avaliação dos serviços de saúde o desenvolvido por Donabedian (1997), existe uma multiplicidade de possibilidades na conhecida tríade o qual afirma que para medir a qualidade dos cuidados precisa avaliar por meio de critérios e padrões de estrutura, processos e resultados a partir de um referencial sistêmico. A estrutura refere-se a todos os atributos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro) e organizacionais (número e qualificação de pessoal). Se o sistema de saúde não dispuser de recursos humanos qualificados e de condições materiais para a realização do trabalho, a qualidade da atenção à saúde será comprometida.

Para Donabedian (1980), além dos aspectos ditos essenciais, refere-se também as amenidades como componente importante para a qualidade da atenção. Essas amenidades seriam aspectos considerados supérfluos, mas colaboram para o aumento do bem estar dos profissionais e usuários, influenciando na qualidade. São considerados amenidades as decorações dos ambientes de trabalho, a climatização e o conforto das instalações.

Os processos denotam as atividades em busca do cuidado ao paciente, referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionadas a tudo que faz intermediação entre o profissional e o usuário. E os resultados por sua vez referem-se as mudanças verificadas no estado de saúde dos indivíduos em decorrência de assistência

médica, e no caso da vigilância, na diminuição dos riscos e na promoção da saúde, assim como a satisfação dos usuários dos serviços (DONABEDIAN, 1997).

Ainda segundo este autor a avaliação da qualidade só é possível porque “uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo que aumenta a possibilidade de um bom resultado”, alegando a importância do conhecimento da relação entre esses três itens para que uma avaliação de qualidade seja realizada. Esse autor alertava contudo que essa tríade só faria sentido se houvesse relação de causalidade entre a estrutura, o processo e os resultados de determinada realidade. O processo seria a forma mais direta de avaliar a qualidade do cuidado e os resultados, embora muito importantes não podem ser considerados como medida direta de qualidade, pois podem ser consequência da intervenção realizada. Na medida do possível recomenda-se a articulação de processos com a de resultados, por possibilita um maior poder explicativo ao desenho da avaliação (DONABEDIAN, 1997).

Para Silva (2014), a avaliação da qualidade em saúde, requer uma explicitação do conceito de qualidade, e concorda com Donabedian quando este também considera que a qualidade é produto de dois fatores: a tecnologia do cuidado médico, derivado da ciência, e o outro a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, ou “a arte do cuidado”, influenciada pelas relações interpessoais. Pode se ter então como objeto de avaliação e análise a incorporação do conhecimento científico e tecnológico; relações interpessoais; incorporações de saberes práticos e relação benefícios versus riscos versus custos, ou seja, uma avaliação é de qualidade se incorpora o conhecimento científico e a experiência prática, que envolve relações interpessoais positivas, gerando benefícios ao um custo suportável com o mínimo de riscos.

Dentro desses quesitos tem-se o primeiro a ser avaliado que é a avaliação da cobertura dos serviços de saúde, a qual mede a proporção da população alvo beneficiada pelas ações do programa. Essa cobertura pode ser considerada como potencial quando o que se mede são os recursos materiais ou humanos disponíveis, responsável pela oferta de serviço e a cobertura real que corresponde à proporção da população que efetivamente usou os serviços. Diante de determinada situação de organização de serviços de saúde pode-se ter maior ou menor facilidade na sua utilização que vai depender de vários fatores como econômicos, culturais, sociais e quanto melhor posicionados no espaço social, mais possibilidade têm de superar as barreiras dos serviços e melhor fazer uso das inovações propostas pelos gestores na melhoria do acesso (SILVA, 2014).

Avaliar ao acesso diz respeito à obtenção do cuidado pelo indivíduo que necessita, contudo essa utilização pode ser fácil ou difícil a depender da relação entre as barreiras

resultantes das características organizacionais dos serviços de saúde e os recursos dos usuários para superar esse obstáculo (DONABEDIAN, 1980).

Outro ponto a ser avaliado diz respeito à indagação se os efeitos das ações estão acontecendo de maneira satisfatória. Para isso é necessário avaliar a efetividade, eficiência e o impacto de políticas, programas, projetos e ações de saúde na atenção primária à saúde. A avaliação da eficácia refere-se a avaliar o efeito potencial da intervenção em situações experimentais, avaliação da eficiência tem sido usada tanto como medida da produtividade do sistema como da sua relação com os custos, e avaliação da efetividade, para ter a sua consistência requer tomara por objeto uma tecnologia testada como eficaz (SILVA, 2014).

Nesse sentido Silva e Formigly (1994) entendem que a incorporação da avaliação como prática sistemática nos serviços de saúde, propicia aos gestores informações necessárias para estratégias de intervenção, pois muitas vezes essas informações não são utilizadas para análise de saúde e nem para reorientação de práticas, o que seria bastante enriquecedor para construir um processo de avaliação desejável no sistema de cuidados à saúde, e como afirma Brousselle et al (2011) utilizando os resultados como fonte de mudança, na verdade a avaliação em si é considerada uma fonte de mudança que deve ser analisada conforme os contextos, assentando-se em uma tríplice legitimidade :científica, política e social.

O desenvolvimento de ações de avaliação no Brasil, ainda é incipiente, pouco incorporada às práticas de saúde, muitas vezes se apresentando mais com caráter punitivo do que transformador, sendo pouco utilizado para orientar o planejamento e a gestão. Segundo Felisberto, 2006, as iniciativas voltadas para avaliação em saúde vem aumentando no Brasil nas últimas décadas, vão desde as pesquisas acadêmicas até pesquisas avaliativas promovidas pelo Ministério da Saúde, direcionadas a programas e políticas e à divulgação dos resultados, porém o autor considera que tem sido avaliações pontuais com foco em estudos de casos, orientadas para as necessidades da gestão (CAVALCANTI; NETO; SOUSA, 2016).

Diante dessa cultura avaliativa em saúde que vem sendo induzida, destacaram-se algumas iniciativas de repercussão nacional, as quais focaram o Sistema de Informação da Atenção Básica; o Pacto de Indicadores de Atenção Básica; a definição de indicadores do Componente I do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF); instrumento de autoavaliação da Estratégia de Saúde da Família; e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ, no que este se diferencia por uma abordagem de caráter mais universal, e não mais pontual, do processo evolutivo de institucionalização da avaliação em saúde no país (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013).

Nesse contexto, evidencia-se que as propostas de instrumentos e de programas de avaliação devem proporcionar melhores planejamentos por parte da gestão, com o objetivo de desacomodar equipes e gestores, para que sejam protagonistas no processo de mudança de cultura, ressignificando processos de trabalho, reconhecendo a avaliação como um processo pedagógico, e não apenas um juízo de valor, constituindo-se como um dispositivo potencial para a educação permanente e novos aprendizados no trabalho em saúde. Tem-se investido na avaliação em saúde na atenção primária no país, porém é necessário maiores avanços na construção de políticas que visem o desenvolvimento da atenção à saúde com o esforço das três esferas de governo para que essas ações de mudança sejam realmente efetivadas.

1.5 Região de Saúde do Marajó

Complexidade e diversidade são as características fundamentais da região amazônica. Na Amazônia, encontra-se a maior biodiversidade da terra, com uma grande sociodiversidade da humanidade e as principais reservas estratégicas de água doce e reservas de minerais estratégicos (SILVA, 2006).

Nessa área insere-se o Marajó das águas e florestas, que é formado por inúmeras Ilhas, separadas por igarapés, furos, canais e estreitos por onde passam o rio Amazonas. Embora, com imensas belezas naturais, a mesorregião do Marajó congrega os municípios com sofríveis Índices de Desenvolvimento Humano (IDH's), ampliando ainda mais a necessidade e o compromisso institucional com ações de políticas públicas na área da saúde, segurança, assistência social e educação (MACHADO; MORAES; KIRSCH, 2015).

A Região de saúde Marajó tem população estimada de 533 mil habitantes, distribuída em 16 municípios: Afuá, Anajás, Bagre, Breves, Cachoeira do Arari, Chaves, Currálinho, Gurupá, Melgaço, Muaná, Ponta de Pedras, Portel, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista, Soure. O mais populoso é o município de Breves com 98 mil habitantes e o menos populoso, o município de Santa Cruz do Arari com cerca de 9 mil habitantes (IBGE, 2013).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, havia predomínio da população rural (56,59%), dos dezesseis municípios apenas três (Breves, Soure e Salvaterra) possuíam população urbana superior à rural (IBGE, 2010). Nesta região, 06 municípios apresentavam IDH (índice de desenvolvimento Humano) muito baixo (Afuá, Portel, Bagre, Chaves e Melgaço). A região apresenta profundos contrastes, com índices de desenvolvimento humano

municipal muito baixos (BRASIL, 2011d), com grandes dificuldades de acesso geográfico e um alto índice de vulnerabilidade social, com isso deve-se ampliar ainda mais a necessidade e o compromisso institucional com ações de políticas públicas nesta região (MACHADO; MORAES; KIRSCH, 2015).

Em relação à rede de acesso de abastecimento há deficiência de infraestrutura em relação ao abastecimento de água, e a ausência da rede de esgoto nas residências acaba comprometendo a saúde das comunidades locais, expondo os moradores a doenças transmissíveis. As moradias predominantes são palafitas próximas aos igarapés, cuja água fica comprometida pelo despejo in natura do esgoto doméstico, sendo assim a probabilidade de contaminação é alta (LIMA et al, 2012).

Em relação à assistência à saúde, estudos apontam que a atenção primária se encontra deficiente, com alta rotatividade dos profissionais de saúde dificultando os processos de trabalho das Estratégias de Saúde da Família em todos os municípios. Indicam ainda, um número de profissionais muito limitado, deficiência em relação ao número de leitos, aos serviços ambulatoriais em hospitais e clínicas especializadas e qualidade de equipamentos (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a partir da importância que se dá a uma atenção primária de qualidade, e de como a unidade básica de saúde e os processos de trabalho como o acolhimento têm papel fundamental para alcançar esse resultado, a presente dissertação buscou avaliar por meio dos dados da avaliação externa do PMAQ as seguintes questões: como se encontram as estruturas físicas das unidades de saúde dos municípios do Marajó? Houve evolução do primeiro para o segundo ciclo do PMAQ no padrão de qualidade dessas estruturas? O acolhimento foi implantado nos processos de trabalho das equipes das ESF no período do primeiro e segundo ciclo do PMAQ?

Dentro desse cenário de precariedade em vários tipos de serviços, inclusive nos de saúde e a dificuldade no acesso a estes serviços, torna-se fundamental que haja mais investimento de políticas públicas nesta região de forma a promover maior equidade, visto que esta é uma característica que a atenção primária à saúde preconiza, para amenizar os impactos negativos das adversidades instaladas na região (LIMA et al, 2012).

Conforme exposto, torna-se primordial observar a contribuição do PMAQ como instrumento de avaliação do funcionamento e da eficácia dos serviços de saúde, visto que esta região carece de avaliações que permitam analisar como tem evoluído a melhoria da qualidade das ações de saúde das estratégias de saúde da família da região de saúde do Marajó.

1 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Este estudo é parte do Projeto de Pesquisa intitulado “Tecobé no Marajó- Impacto do Programa Mais Médicos para o Brasil (BRASIL,2013c) no Arquipélago do Marajó, nos anos de 2013 a 2017”. O estudo visa contribuir para o processo de avaliação e monitoramento do sistema de serviços de saúde da Atenção Primária nesta região.

Adotaremos como conceito básico para pesquisa avaliativa o referencial de Donabedian, o qual aponta que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, o que favorece a possibilidade de bons resultados. O estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada com base em dados secundários pertencentes ao componente da avaliação externa disponíveis no banco de dados do PMAQ-PA. Para esse estudo foram utilizados os dados do primeiro (2012-2013) e segundo Ciclo (2014) do PMAQ, referentes às avaliações realizadas na região de saúde do Marajó, os quais contribuíram para verificar o desempenho dos sistemas de saúde e para tomada de decisões e replanejamento de ações.

No primeiro ciclo houve um Censo de todas as unidades de saúde dos 16 municípios da região do Marajó e foram avaliadas 133 unidades de atenção primária constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. No segundo ciclo foram avaliadas 30 unidades de atenção primária à saúde que tinham equipes participantes do PMAQ.

Porém neste estudo analisou-se os dados referentes a 20 unidades de atenção primária à saúde distribuídas em 9 municípios da região do Marajó, que foram avaliadas em ambos os ciclos do programa, visando a comparação nos parâmetros da evolução da qualidade nestas unidades.

3.2 Período do estudo

A análise das variáveis foi realizada no período de 2012 a 2014. O primeiro ciclo do PMAQ corresponde ao período de 2012 a 2013 e o segundo ciclo a 2014.

3.3 População do estudo

A Região de saúde Marajó, com seus 16 municípios: Afuá, Anajás, Bagre, Breves, Cachoeira do Arari, Chaves, Curralinho, Gurupá, Melgaço, Muaná, Ponta de Pedras, Portel,

Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista, Soure e suas unidades de atenção primária à saúde em relação ao primeiro e segundo ciclo do PMAQ.

3.4 Definição de variáveis

As estratégias de saúde da família para desenvolver com qualidade suas práticas de saúde, precisam dispor de profissionais, de estrutura física adequada nas unidades de saúde e uma ambiência acolhedora, assim como processos de trabalho que tenham introduzido acolhimento à demanda espontânea, com um novo olhar de realizar o cuidado.

Sendo assim, para avaliar a estrutura física das unidades foram utilizados os dados do módulo I do primeiro e segundo ciclo do PMAQ com itens que correspondam a “Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica” – (Anexos A e D), “Infraestrutura da Unidade de Saúde” – (Anexos B e E), no período de 2012-2013 e 2014.

Para avaliar a estrutura de acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde foram utilizados os dados do módulo II do primeiro e segundo ciclo do PMAQ com itens que correspondam a “Acolhimento à Demanda Espontânea” - (Anexos C e F), no período de 2012-2013 e 2014.

3.5 Análise do dados

A análise em relação aos ciclos relativo ao período de 2012 a 2014 das variáveis selecionadas foi realizada utilizando software SPSS 22.0. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas destinado a comprovar a independência de duas amostras de tamanho pequeno classificadas sob dois critérios mutuamente exclusivos, estabeleceu-se o nível de significância em 5% para aceitar a diferença entre as proporções, e o Teste do Qui-Quadrado (teste de tendência) com dois ou mais períodos com o objetivo de determinar o aumento ou diminuição do evento nas amostras, ou seja, se houve alguma tendência crescente ou decrescente ou ainda se inexistiu qualquer associação dos eventos com o período investigado. Foi estabelecido o nível de significância de 5% para se considerar a existência de comportamento crescente ou decrescente das variáveis. Os modelos de resultados dos municípios analisados do Marajó foram apresentados em tabelas utilizando o software Excel 2013.

3.6 Implicações éticas

O estudo respeitou os preceitos recomendados quando aos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi obtida a partir de banco de dados secundários do PMAQ-PA, portanto não envolvendo a participação de profissionais da saúde e usuários/pacientes. Porém, como parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Tecobé no Marajó - Impacto do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no Arquipélago do Marajó-PA-Brasil, nos anos de 2013 a 2017”, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Pará, parecer no. 096404/2015.

REFERÊNCIAS

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, New York, v.9, n.3, p.2008-220, 1974.

ALVES, M. G. M. et al. Fatores Condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial. p. 34-51, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0103-11042014000600034>> Acesso em: 15 /04/2016.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 02 abr. 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde**. 2006b. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006: v.9).

BRASIL. Ministério do Turismo. **Resumo Executivo do Polo Marajó-PA**. Paratur. Belém: Empresa Expansão Gestão em Educação, 2010. Disponível em: <http://www.setur.pa.gov.br/sites/default/files/pdf/resumo_executivo_do_polo_marajo.pdf> Acesso em 16/05/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.206 de 14 de setembro de 2011. **Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/2525/portarias>> Acesso em: 10 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento síntese para avaliação externa do Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, n.28, v. 1, Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2011d. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org/2013>. Acesso em: 12 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis\(gm\)2011/prt1654_19_07_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)> Acesso em 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, DF, 2012a. 110 p, (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica**. (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF (versão preliminar). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013a. 38 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Descrição das Variáveis. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013c (PMMB).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, DF, 2015b.

BREHMER, L.C; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.

3,pp.3569-3578. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>>. Acesso em: 15/05/2017.

BROUSSELLE, A et al.**Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 292p.

CAVALCANTI, P. C.S.; NETO, A.V.O.; SOUSA, M.F. **Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, p.17, 2016.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1), p. 1523-1531,2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A.P et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, Editora.b Fiocruz,1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acessoem: 12 maio2016.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press,1973.

DONABEDIAN, A.**Basic approaches to assessment:structure, process and outcome**. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v.1, p.77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Adiministrations Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, nov. 1997; 121, 11; ProQuest Nursing Journals p..1145. Disponível em: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf>. Acesso em: 17 maio 2016.

FAUSTO, M.C.R; MENDONÇA, M.H.M;GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S. (Org). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013, p.291-311.

FERRI, S.M.N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n.23, p.515-29, set./dez. 2007. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1414-32832007000300009>. Acesso em 05/05/2017.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: Samico, I et al. (Org).**Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 345-353, abr./jun,1999. Disponível em:<www.scielosp.org/pdf/csp/V15n2/0319>. Acesso em 03 abr. 2017.

GARUZI, M et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.35, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em 15 maio 2017.

GIOVANELLA, L; MENDONCA, M.H.M. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLAL. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2008. p. 575-625.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010 Pará. População residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios-2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=15 &dados=0>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica demográfica. **Projeção 2013 da População por Sexo e Idade para o período 2000-2030**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/projeção_da_população/projeção_da_população_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em 12 maio 2017.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde Sociedade São Paulo**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 12 jun.2017.

LIMA, V.M; COSTA,S.M.F; MENDES, J.A; MONTÓIA, G.R.M. O Desafio da Saúde Pública em pequenas cidades da Amazônia: um estudo de Ponta de Pedras, ilha do Marajó-Pará. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v.18, n.31, jun.2012.ISSN 2237-1753. Disponível em:<<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/download/32/39>> Acesso em: 20 abr. 2016.

MACHADO, A.F.; MORAES, E.; KIRSCH, R. **Relatório da Agenda do Obtéia-Melgaço-PA**. Brasília, DF: UNB,2015. Disponível em:<http://www.saudecampofloresta.unb/wp-content/uploads/2015/07/melgaco_to_relatorio_parcial.pdf> Acesso em 21 abr. 2016.

MENDONÇA, C.S. Saúde da família, agora mais do que nunca. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v .14 supl. 1. Rio de Janeiro set./out.2009. Disponível em;<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-81232009000800022&Ing=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em 20 abr. 2016.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec,1997.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. – São Paulo: Hucitec, 2014. (Saúde em Debate;145).

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde:uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leitura de novas tecnologias e saúde**. São Cristovão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; FONSECA, A.C.F.; AQUINO, R.; MEDINA, M.D; VILASBÔAS, A.L.Q; XAVIER, A.L.; COSTA, A.F. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev.Bras.SaúdeMatern. Infant.*, 10(Supl. 1):569-581 nov., 2010. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1519-38292010000500007>. Acesso em 21 abr. 2016.

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, A.C.F.; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de Centros de Saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saúde**. 10, n. 1 p. 58-65, jan./mar., 2011. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13288/pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*, v.6, n.2 (2012). Disponível em:<<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>> Acesso em: 14 jan. 2016.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.B.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Revista Divulgação em Saúde para debate**, Atenção Básica construindo a base para legalidade, Rio de Janeiro, n.51, out. 2014. Disponível em:<<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgação-51.pdf>> Acesso em: 10 maio 2016.

PINTO, H.A.; FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; FLORÊNCIO, A.R.; MATOS, I.B.; BARBOSA, M.G.; STÉDILE, N.L.R.; ZORTEA, A.P. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51out. 2014.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am, Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 16/04/2016.

SILVA, H.P. A saúde humana na Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**. v.9, n.1, p. 77-94, jun. 2006. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewfile/58/130>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A; SILVA, L. M. Vieira da. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2005. p. 15-39.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora:Fiocruz,2014. 110p. il.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1. p. 80-91, jan./mar,1994. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000100009&script=sci...ting...>>. Acesso em: 20/04/2016.

SIQUEIRA, F.C.V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da E estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1, p. 39-44,2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>. Acesso em: 06 maio 2017.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup.1, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2016.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.726 p. Disponível em:<<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>>. Acesso em: 20/01/2016.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. *CienSaudeColet* 2005; 10(3):585-597. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2017.

VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.15,n.1,p.225-264,2005.

4 ARTIGO

4.1 Tecobé no Marajó: avaliação da estrutura física e de acolhimento na atenção primária a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica- PMAQ.

Tecobé no Marajó: evaluation of the physical and welfare structure in primary attention from the program of improving access and quality of basic attention – PMAQ.

Márcia Milene Jacob Castelo Branco, Universidade Federal do Pará,
marciamilene08@yahoo.com.br

Maria do Socorro Castelo Branco Bastos, Universidade Federal do Pará,
mscbastos@ufpa.br

Paulo de Tarso Ribeiro Oliveira, Universidade Federal do Pará,
pttarso@gmail.com

Regina de Fátima Feio Barroso, Universidade Federal do Pará,
reginafeio26@gmail.com

Resumo: O estudo objetivou avaliar a estrutura física e a implantação do acolhimento nas unidades de saúde da atenção primária nos municípios da região de saúde do Marajó, utilizando os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica- PMAQ. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada com base em dados secundários pertencentes ao componente da avaliação externa disponíveis no banco de dados do PMAQ-PA. Para esse estudo foram utilizados os dados do Primeiro (2012-2013) e Segundo Ciclo (2014) do PMAQ, referente às avaliações realizadas neste período. Para avaliar a estrutura física das unidades foram utilizados os dados do módulo I do primeiro e segundo ciclo do PMAQ com itens que correspondam a “Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Saúde”, “Infraestrutura da Unidade” e para avaliar a estrutura de acolhimento nas unidades de saúde foram utilizados os dados do módulo II do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, com itens que correspondam a “Acolhimento à demanda espontânea” no período de 2012 a 2014. Nos achados evidenciaram-se melhorias em relação aos componentes da estrutura física e que mais da metade dos ambientes recomendados pelo Manual de estrutura física do Ministério da Saúde aumentou; houve evolução no número de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas; e a implantação do Acolhimento na quase totalidade das unidades de saúde. Os resultados assinalam que o PMAQ no período analisado contribuiu para a melhoria da atenção primária à saúde em relação as dimensões selecionadas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Unidade de Saúde. Acolhimento.

Abstract: The study aimed to evaluate a physical structure and a host implantation in primary health care units in the municipalities of the Marajó health region, using data from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care - PMAQ. It is a research available based on secondary data belonging to the external evaluation component available without PMAQ-PA database. For this study, use the data from the first (2012-2013) and Second Cycle (2014) of the PMAQ, referring to the revisions made in the period. To evaluate the physical structure of the units and the data of the module, I do the first and second cycle of the PMAQ with items that correspond to the "Identification of Health Personnel Professionals and Modality", "Unit Infrastructure" Etc.) and to evaluate a host structure in the health units and data applications of module II of the first and second cycle of the PMAQ, with items that correspond to "Welcoming to spontaneous demand (if implemented; Risk assessment and vulnerability assessment, if the professionals are qualified to assess the risks and vulnerabilities of the user) in the period from 2012 to 2014. In the findings, improvements were observed in relation to the components of the physical structure and with more than half of the environments recommended by the Ministry of Health Manual of physical structure increased; there was an increase in the number of doctors, nurses and dental surgeons; and an implementation of the Reception was carried out in almost all health units. The results indicate that the PMAQ in the analyzed period contributed to an improvement in primary health care in relation to selected dimensions.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Health Unit. Reception.

INTRODUÇÃO

Complexidade e diversidade são as características fundamentais da região amazônica. Na Amazônia, encontra-se a maior biodiversidade da terra, com uma grande sociodiversidade da humanidade e as principais reservas estratégicas de água doce e reservas de minerais estratégicos¹. Nessa área insere-se o Marajó das águas e florestas, que é formado por inúmeras Ilhas, separadas por igarapés, furos, canais e estreitos por onde passam o rio Amazonas. Embora, com imensas belezas naturais, a mesorregião do Marajó congrega os municípios com sofríveis Índices de Desenvolvimento Humano (IDH's), ampliando ainda mais a necessidade

e o compromisso institucional com ações de políticas públicas na área da saúde, segurança, assistência social e educação².

As cidades da região Amazônica, por suas características geográficas e populacionais, além de vários aspectos relacionados à elaboração de políticas públicas, mostram-se frágeis aos problemas ambientais, que se refletem na qualidade de vida da saúde da população. Devido a especificidade geográfica da região, o acesso fica prejudicado, o que dificulta seriamente o acesso aos serviços de saúde, pois as pessoas moram longe dos atendimentos de saúde³.

Com todas as adversidades que a população da região do Marajó vivencia em seu cotidiano, estas vem impactando negativamente na saúde desses indivíduos, o que vem ser necessário intervenções para atender às necessidades de saúde desta população. Para alcançar esses resultados é importante potencializar a atenção primária à saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de atenção continuada a saúde⁴.

Para que a atenção primária à saúde atenda efetivamente as necessidades de saúde da população é necessário avaliar o funcionamento dos serviços de saúde, eficácia, e o impacto dessas ações do sistema de saúde público. A avaliação em saúde, é um quesito muito importante em um processo de planejamento das ações de saúde, porém observa-se que quando realizada pouco se tem divulgado os resultados que contribuiriam muito para tomada de decisões proporcionando mudanças e transformações nas práticas de saúde⁵.

Diante disto, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de atenção primária, o Ministério da Saúde (MS) buscou criar uma cultura de monitoramento, avaliação de processos e resultados mensuráveis nos serviços de saúde especificamente na atenção primária, instituindo em 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)⁶.

Dentro desse contexto, por meio do componente de avaliação externa do PMAQ, realizou-se levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade da atenção primária à saúde. Foram verificadas a estrutura e as condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando à acessibilidade e a ambiência, e a organização do processo de trabalho, com vistas ao acesso e a qualidade das ações, sendo esta última abordada sob a perspectiva do profissional, considerando a implantação de alguns dispositivos como o acolhimento, dentre outros, e a unidade de análise são as equipes de atenção primária e seu local de trabalho, as unidades de atenção primária à saúde⁷.

Para Donabedian⁸, boas condições de estrutura são pré-condições favoráveis para um bom processo, que aumenta a probabilidade da ocorrência de desfechos positivos, e refere ainda que o termo “estrutura” faz menção a todos os atributos materiais e organizacionais, que são relativamente estáveis no setor que proporciona a assistência.

Nesse sentido, a estrutura das Unidades Básicas de Saúde deve estar de acordo com as atividades desenvolvidas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilitando acolher a demanda espontânea e responder as necessidades de saúde da população da área de abrangência⁹.

O acolhimento para Alves et al⁷, é uma proposta de reorganização do processo de trabalho, com garantia de direito ao acesso aos serviços de saúde e humanização das relações estabelecidas. Nesse caso, essa reorganização refere-se à mudança de um atendimento meramente burocrático para outro no qual a equipe de saúde apresente uma postura capaz de acolher, escutar, oferecendo respostas mais adequadas para os usuários com resolutividade e responsabilização.

Segundo Merhy¹⁰ o acolhimento se insere na categoria de tecnologia leve em saúde, que também se encontra relacionado a produção de vínculos com os usuários, autonomização, gestão como uma forma de gerir os processos de trabalho, operando como tecnologia de relações, de encontros de subjetividades para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Estudos realizados na região de saúde do Marajó apontam uma assistência na atenção primária deficiente, com alta rotatividade dos profissionais de saúde, estruturas físicas das unidades inadequadas, falta de qualificação das equipes para atendimento à demanda espontânea, dificultando a implantação das Estratégias de Saúde da Família em todos os municípios, e indicam ainda, a deficiência em relação ao número de leitos, aos serviços ambulatoriais em hospitais e clínicas especializadas e qualidade de equipamentos⁶.

Dentro desse cenário de muitos contrastes e índice de desenvolvimento humano municipal muito baixo¹¹ nos municípios do Marajó, torna-se fundamental que haja mais investimento de políticas públicas de saúde e um processo de avaliação contínua das políticas nesta região de forma a promover maior equidade e qualidade nos serviços de saúde.

O objetivo desse estudo foi avaliar a estrutura física e a implantação do acolhimento nas unidades de atenção primária à saúde nos municípios da região de saúde do Marajó, utilizando os dados referentes a avaliação externa do primeiro e segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica-PMAQ de 2012-2014.

METODOLOGIA

Este estudo é parte do Projeto de Pesquisa intitulado “Tecobé no Marajó- Impacto do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹² no Arquipélago do Marajó, nos anos de 2013 a 2017”. O estudo visa contribuir para o processo de avaliação e monitoramento do sistema de serviços de saúde da Atenção Primária nesta região.

Adotou-se como conceito básico para pesquisa avaliativa o referencial de Donabedian, o qual aponta que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo que favorece a possibilidade de bons resultados. O estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada com base em dados secundários pertencentes ao componente da avaliação externa disponíveis no banco de dados do PMAQ-PA. Foram utilizados os dados do primeiro (2012-2013) e segundo Ciclo (2014) do PMAQ, referentes às avaliações realizadas na região de saúde do Marajó, os quais contribuíram para verificar o desempenho dos sistemas de saúde e para tomada de decisões e replanejamento de ações.

No primeiro ciclo houve um Censo de todas as unidades de saúde dos 16 municípios da região do Marajó e foram avaliadas 133 unidades de atenção primária constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. No segundo ciclo foram avaliadas 30 unidades de atenção primária à saúde que tinham equipes participantes do PMAQ.

Porém neste estudo analisou-se os dados referentes a 20 unidades de atenção primária à saúde distribuídas em 9 municípios da região do Marajó, que foram avaliadas em ambos os ciclos do programa, visando a comparação nos parâmetros da evolução da qualidade nestas unidades.

Para avaliar a estrutura física das unidades foram utilizados os dados do módulo I do primeiro e segundo ciclo do PMAQ com itens que correspondam a “Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Saúde”, “Infraestrutura da Unidade”, no período de 2012-2013 e 2014.

Para avaliar a estrutura de acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde foram utilizados os dados do módulo II do primeiro e segundo ciclo do PMAQ com itens que correspondam a “Acolhimento à demanda espontânea” no período de 2012- 2013 e 2014.

A análise em relação aos ciclos relativo ao período de 2012 a 2014 das variáveis selecionadas foi realizada utilizando software SPSS 22.0. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas destinado a comprovar a independência de duas amostras de tamanho pequeno classificadas sob dois critérios mutuamente exclusivos, estabeleceu-se o nível de significância em 5% para aceitar a diferença entre as proporções., e o Teste do Qui-

Quadrado (teste de tendência) com dois ou mais períodos com o objetivo de determinar o aumento ou diminuição do evento nas amostras, ou seja, se houve alguma tendência crescente ou decrescente ou ainda se inexistiu qualquer associação dos eventos com o período investigado. Foi estabelecido o nível de significância de 5% para se considerar a existência de comportamento crescente ou decrescente das variáveis. Os modelos de resultados dos municípios analisados do Marajó foram apresentados em tabelas utilizando o software Excel 2013.

RESULTADOS

No primeiro ciclo do PMAQ realizou-se o censo das unidades de saúde do Marajó, foram avaliadas 133 unidades de atenção primária constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e distribuídas nos 16 municípios da região do Marajó (tabela 1). O resultado do censo realizado pelo PMAQ em 2012/2013 revelou que 51 unidades não apresentavam qualquer modalidade de equipe de saúde, 09 não se informou a modalidade e 73 (54,9%) apresentavam equipe de saúde da família sem saúde bucal (49,3%), com saúde bucal (46,6%), equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal (12,3%) e com saúde bucal (6,8%). Nesse período apenas 55 médicos (as), 60 enfermeiros (as) e 28 cirurgiões dentistas faziam a cobertura de parte da população marajoara.

No entanto, para este trabalho foi realizada análise referente a 20 unidades de atenção primária distribuídas nos municípios de Afuá, Breves, Cachoeira do Arari, Currealinho, Melgaço, Muaná, Ponta de Pedras, Portel e Soure, cujos gestores aderiram ao Programa e participaram do segundo ciclo do PMAQ.

Todas as 20 unidades tinham equipe no segundo ciclo, incluindo duas que foram constituídas após o primeiro ciclo, e 65% eram equipes de saúde da família com saúde bucal.

Tabela 1- Estrutura das unidades de atenção primária segundo os 10 municípios da Região de Saúde do Marajó avaliadas no PMAQ –Módulo 1 - Ciclo 1(2012-2013)– Ciclo 2 (2014)

Espaços da unidade	Ciclo 1 n=20		Ciclo 2 n=20		P valor*
	N	%	N	%	
sala de recepção	15	75,0	18	90,0	0,40
sala de esterilização	0	0,0	8	40,0	<0,01
sala de descontaminação	2	10,0	6	30,0	0,23
depósito de lixo	2	10,0	1	5,0	1,0
sala de procedimentos	6	30,0	14	70,0	<0,05
sala de vacina	19	95,0	18	90,0	1,0
sala de observação	2	10,0	8	40,0	0,06
sala de reunião	3	15,0	6	30,0	0,45
sanitário usuários	9	45,0	20	100,0	<0,01
sanitário para deficiente	1	5,0	4	20,0	0,34
consultório odontológico	17	85,0	7	85,0	<0,01
consultório clínico	19	95,0	20	100,0	1,0
0 a 1 consultório clínico	9	45,0	18	90,0	<0,01
2 a 3 consultórios clínicos	11	55,0	2	5,0	<0,01
Reforma	6	30,0	4	20,0	0,49

Nota:*Teste Exato de Fisher

Fonte: PMAQ-AB (2017, adaptado).

Em relação à estrutura das unidades, as mudanças estatisticamente significantes entre o primeiro e segundo ciclos foram o aumento da sala de esterilização, sala de procedimentos, sanitários para usuários e consultório clínico em quantidade de 0 a 1 (tabela 1). Porém embora não tenha ocorrido significância estatística, houve aumento da sala de recepção, descontaminação, observação, reunião, sanitário para portador de deficiência. O aparente aumento das salas de estoque de medicamentos, sala de descontaminação, sala de procedimentos, sala de observação e sanitários para deficientes. Embora a proporção de unidades com consultórios clínicos para médicos (as) e enfermeiros (as) não tenha sofrido grandes modificações, pois, a maioria das unidades já os possuía no primeiro ciclo, houve um aumento no número de consultórios, atingindo a totalidade de unidades no segundo ciclo (tabela 1).

Tabela 2- Número de unidades de atenção primária avaliadas no PMAQ segundo tipo de profissional - Região do Marajó (10 municípios) –Módulo 1 - Ciclo 1(2012-2013) e Ciclo 2 (2014)

Profissionais	Ciclo 1 n=20		Ciclo 2 n=20		p* valor
	N	%	N	%	
médico (a)	18	90,0	20	100,0	0,48
enfermeiro (a)	20	100,0	20	100,0	1,0
cirurgião dentista	12	60,0	15	75,0	0,5

Nota: *Teste Exato de Fisher

Fonte: PMAQ-AB (2017, adaptado).

No que se refere aos profissionais das equipes de saúde, médico, enfermeiro e cirurgião dentista, não houve alteração estatisticamente significativa no número de unidades com os respectivos profissionais (tabela 2), no entanto ocorreu um aumento de unidades de saúde (100 %) entre o primeiro e segundo ciclo com médicos em suas equipes, assim como o aumento de unidades (75%) com cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde bucal.

Para avaliar a existência de acolhimento nas unidades, foram excluídas as que não participaram do módulo 2 nos dois ciclos. Assim, foram incluídas na análise as 20 unidades de atenção primária à saúde participantes em ambos os ciclos, distribuídas em 9 municípios.

Tabela 3- Acolhimento à demanda espontânea nas unidades de atenção primária avaliadas no PMAQ - Região do Marajó (10 municípios) – Módulo 2 - Ciclo 1(2012-2013) e Ciclo 2 (2014)

Acolhimento	Ciclo 1 n=20		Ciclo 2 n=20		p* valor
	N	%	N	%	
Implantação do acolhimento					<0,01
sim	10	50,0	19	95,0	
não	10	50,0	1	5,0	
protocolo de diretrizes terapêuticas					<0,01
sim	4	20,0	7	35,0	
não	6	30,0	12	60,0	
desconhece	10	50,0	1	5,0	
Classificação de risco					0,013
sim	10	50,0	18	90,0	
não	10	50,0	2	10,0	
Capacitação das equipes					0,014
sim	6	30,0	11	55,0	
não	4	20,0	7	35,0	

desconhece	10	50,0	2	10,0
------------	----	------	---	------

Nota:*Qui-Quadrado (teste de tendência)
Fonte: PMAQ-AB (2017, adaptado).

De acordo com as respostas dos profissionais de saúde (tabela 3), o acolhimento encontrava-se implantado no primeiro ciclo na metade das unidades (50%), evoluindo para o segundo ciclo com 95%, o que significa a quase totalidade das unidades, havendo um aumento estatisticamente significativo para essa variável.

No primeiro ciclo 20% das equipes de atenção primária declarou possuir protocolos de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea, e no segundo ciclo evoluiu para 35% das equipes, evidenciando um aumento estatisticamente significativo, no entanto a maioria ainda continuava sem protocolo no segundo ciclo, com redução do desconhecimento de existência de protocolo.

No item avaliação de riscos e vulnerabilidade constatou-se uma evidente melhora do primeiro para o segundo ciclo, alcançando a maioria das unidades (90%).

Na capacitação dos profissionais observou-se que mais da metade das equipes (55%) haviam sido capacitadas no segundo ciclo, no entanto 35% das equipes ainda permaneceram não capacitadas no segundo ciclo.

DISCUSSÃO

A região de saúde do Marajó com suas dificuldades de acesso geográfico, à utilização dos serviços públicos de saúde e à vulnerabilidade das famílias, demanda estratégias por parte da gestão e das equipes de saúde que possam vir a atender de fato às necessidades concretas de saúde deste grupo populacional. Nesse sentido, o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no período entre o primeiro e segundo ciclo do PMAQ, se mostrou como um fator desencadeador de melhorias nas estruturas físicas das unidades de atenção primária à saúde e no que se refere ao acolhimento a demanda espontânea, atendendo ao que demanda o objetivo do programa que é a indução do

melhoramento ao acesso e da qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados por essa equipes⁶.

Sabe-se que a boa estrutura física influencia positivamente o processo de trabalho dos profissionais de saúde como afirma Donabedian⁸, contribuindo para uma mudança do modelo de atenção à saúde no país e fortalecendo a estratégia de saúde da família¹³, além de que uma estrutura apropriada no que diz respeito ao conforto promove condições mais humanizadas de trabalho para a equipe, favorecendo melhor assistência ao usuário.

Nesse sentido, o que este estudo evidenciou foram melhorias em relação aos componentes da estrutura física e que mais da metade dos ambientes recomendados no Manual de Estrutura Física das UBSs⁹ aumentou como as salas de recepção, esterilização, descontaminação, procedimentos, observação, reunião, sanitários para usuários, sanitários para portadores de deficiências, consultórios clínicos, o que contribui para a estruturação das práticas de trabalho e a qualidade da assistência à saúde ao usuário¹⁴.

O aumento da sala de reunião em grande parte das unidades dos municípios colabora para a realização de atividades coletivas com a comunidade em relação à promoção à saúde e prevenção de doenças, no desenvolvimento da educação em saúde, e contribui com a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade. Tais ações propõe a mudança do modelo de atenção conforme aponta o Ministério da Saúde⁹ no qual referencia que a estrutura física das unidades de saúde não deve ser fator que dificulte as mudanças das práticas de saúde.

A estrutura de cuidados para resíduos nos municípios do Marajó, apresentou aumento nos espaços específicos para o desenvolvimento desses cuidados. A importância de ter locais apropriados para o cuidados com resíduos nas unidades de atenção primária à saúde, favorece a manutenção da biossegurança, visto que a ausência de salas específicas pode comprometer a saúde dos usuários e das equipes de trabalho, contrariando as normas de biossegurança e aos princípios que a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº50¹⁵ preconiza.

A estrutura de locais para depósito de lixo hospitalar ainda se encontrou ausente em quase todas as unidades de saúde avaliadas neste trabalho, o que pode representar risco à saúde. O Ministério da Saúde⁹, dispõe que deve haver gerenciamento adequado desse resíduo, contribuindo com a redução da possibilidade de contaminação do lixo comum, diminuindo os riscos de acidentes com profissionais da saúde, assim como com a redução do impacto causado no meio ambiente e na saúde pública, o que remete a situação do Marajó que apresenta uma precária infraestrutura de água e esgoto, o que pode vir a comprometer a saúde das comunidades locais, com probabilidade alta de contaminação de doenças .

O consultório odontológico é um dos itens necessários às unidades de atenção primária à saúde, que dispõem de equipes com saúde bucal, sendo esta uma estrutura que contribui para a atuação do cirurgião dentista na promoção e proteção à saúde bucal. No entanto, observou-se nesse estudo que os resultados apontaram para uma redução de um ciclo para outro deste espaço de trabalho. Contudo, existe a possibilidade de atribuir essa redução a reorganização das estruturas físicas de consultórios nas unidades de saúde no período dos ciclos estudados, com o objetivo de atender aos critérios de financiamento do PMAQ. Por outro lado nesse período ocorreu o aumento do número dos cirurgiões dentistas nas unidades de atenção primária à saúde no Marajó, o que contribui para fortalecer as equipes de saúde bucal na realização da atenção integral em saúde bucal em equipe multiprofissional. Nesse sentido, se busca avançar gradativamente na qualificação das ações dos serviços oferecido pelo SUS na atenção primária e na saúde bucal.

Os consultórios clínicos evidenciaram-se em quase todas as unidades dos municípios do Marajó, apresentando uma evolução estatisticamente significativa, o que potencializou o atendimento nestas unidades, sendo importante destacar que a quantidade de consultórios deve estar adequada aos profissionais, pois segundo o Ministério da Saúde⁹ este é um espaço fundamental para o desenvolvimento das atividades clínicas que são importantes para a melhoria do acesso e da resolutividade da atenção primária.

Em relação a estrutura de sanitários para usuários nas unidades, observou-se que em todos os municípios houve uma evolução satisfatória deste componente apresentando um aumento estatisticamente significativo, atendendo o que dispõe o Manual de Estrutura Física das UBSs⁹ contudo encontrou-se limitação do acesso a sanitários destinados a pessoas com deficiência. Houve um ligeiro aumento desta estrutura nas unidades de saúde, porém esse crescimento deve buscar avançar no sentido de promover estruturas adequadas para atender este usuário. Esta limitação do acesso se evidenciou também no estudo de Siqueira et al¹⁶ que ao avaliar a estrutura física de unidades primárias de saúde referente a 41 municípios e 240 unidades de atenção primária à saúde, observou que cerca de 60% destas foram consideradas inadequadas no que se refere a banheiros adaptados para pessoas com deficiência.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹³ dispõe que é da responsabilidade das esferas de governo sobre a garantia de infraestrutura adequada nas unidades garantindo acessibilidade à pessoa com deficiência em estabelecimento de saúde pública, portanto as unidades de atenção primária à saúde devem estar preparadas para o atendimento à demandas, garantindo acessibilidade de acordo com as normas técnicas recomendadas.

Segundo estudos de Fachini et al¹⁷ a frequente utilização de imóveis com características domiciliares para abrigar Estratégia de Saúde da Família, sem adequada adaptação, corrobora para pouca valorização desses aspectos da estrutura física das unidades de saúde.

A evolução no número de profissionais na atenção primária no Marajó ficou evidente, especificamente do profissional médico que provavelmente se deu devido a chegada do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹² em 2013 nesta região, o que corrobora com os estudos de Vânia et al¹⁸ quando evidenciou-se que a partir de 04/2014 todos os municípios do Marajó possuíam médicos em suas equipes de estratégia de saúde da família, fato que contribuiu para o crescimento da cobertura populacional em todos os municípios da região de saúde do Marajó.

O crescimento da cobertura populacional ofertada pelas equipes de atenção primária na ESF no Marajó no período estudado, contempla o que afirma o Ministério da Saúde⁹ em um dos objetivos do Programa Saúde da Família, que é aprimorar a inserção dos profissionais da atenção primária nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam provimento e fixação dos profissionais, principalmente no que diz respeito à interiorização com áreas de difícil acesso geográfico como é o caso da região de saúde do Marajó e suas populações ribeirinhas.

O modelo de atenção baseado na saúde da família privilegia as atividades de planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, com priorização do acesso universal, escuta qualificada e encaminhamento para a resolução das demandas necessárias, responsabilização e vínculo entre os profissionais de saúde e usuários¹⁹. Isso contribuiu para o impacto na ampliação do acesso, na adesão ao tratamento, e qualifica os serviços de saúde.

Isto foi observado no que tange ao acolhimento à demanda espontânea, o estudo revelou a implantação da estratégia de acolhimento nos municípios, alcançando a quase totalidade das unidades em relação ao segundo ciclo do PMAQ, revelando um aumento estatisticamente significativo, e demonstrando avanço na percepção dessas equipes da necessidade de implantação dessa prática no processo de trabalho. Porém precisa-se atentar se estas respostas das equipes resultam de um entendimento do que realmente significa a prática do acolhimento na atenção primária, pois nos estudos de Arruda e Silva²⁰ evidenciou-se diferenças na compreensão relativa ao que se entende por acolhimento, a maioria das equipes entendeu que seria mais uma prática oferecida nas unidades de saúde, e somente a minoria entendeu que o acolhimento é um modo de fazer saúde e que depende dos posicionamentos do

profissional em frente às necessidades dos usuários, posicionamento que vai ao encontro da proposta de acolhimento de Alves et al⁷.

Esse entendimento do que é acolhimento de fato vem ao encontro do que o Ministério da Saúde²¹ preconiza, quando diz que esse se encontra presente em todas as relações de cuidado e que não se restringe a apenas a uma etapa do atendimento e sim a todo processo de cuidado dos usuários. No entendimento de Franco et al²², o acolhimento mostra-se como uma dimensão na relação usuário e trabalhador de saúde, o qual se constitui como dispositivo de questionamento dos mecanismos de escuta dos usuários, permitindo a busca de alternativas de acessibilidade dos sujeitos aos serviços de saúde, reforçando Merhy¹⁰ quando este afirma que o acolhimento se enquadra em uma tecnologia de relações que vai além dos saberes tecnológicos.

A atual pesquisa demonstrou por meio da fala dos profissionais, que a maioria das equipes de saúde da família dos municípios avaliados realiza classificação de risco e vulnerabilidade, corroborando com os resultados encontrados por Clementino et al²³, o qual analisa o acolhimento prestado na atenção primária com foco nos dados da avaliação externa do PMAQ, realizada com equipes de saúde da família, demonstrando que as equipes buscam fazer do acolhimento um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso realizando atendimento das necessidades concretas de saúde do usuário. Porém a maioria destas equipes ainda não dispõe de protocolos com diretrizes terapêuticas para facilitar o direcionamento dos procedimentos posteriores à avaliação. Reforça-se que a realização da classificação de risco visa garantir o acesso com equidade, com tratamento diferente aos desiguais de acordo com as necessidades evitando atendimentos injustos por não considerar as diferentes necessidades¹⁵.

Para tal atuação, as equipes devem ser capacitadas, neste estudo revelou-se que mais da metade das equipes avaliadas nos municípios foram qualificadas para o desenvolvimento de ações, porém ainda existe um percentual de equipes que ainda permaneceram sem qualificação. No entanto, é necessário discussões permanentes na equipe, enfatizando uma qualificação pautada na própria experiência nas práticas cotidianas do atendimento, promovendo um fazer com base em determinado saber adquirido na vivência da assistência ao usuário, e conforme Franco et al²², em seus estudos, comprovou-se que a qualificação associada ao cotidiano do serviço contribui para a resolubilidade das equipes que promovem o acolhimento.

Nesse caso, o mais adequado seria a formação e desenvolvimento as vistas de uma educação permanente²⁴ que relaciona-se à aprendizagem no trabalho com possibilidades de transformar práticas de saúde, pautadas na realidade, em destaque as diferenciações

locorregionais da região do Marajó, propondo educação a equipe a partir da problematização do processo de trabalho, considerando as necessidades de saúde das pessoas e populações.

Com isso, reconhece-se que para a ação ser mais eficiente caberia a proposta da educação permanente, pois somente capacitar reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de apenas aplicação de métodos e técnicas e que muitas vezes não existe compreensão do contexto político organizacional da instituição, e dessa forma culmina com a não melhoria dos processos de trabalho²⁴.

Isso se aproxima da própria formulação do PMAQ que para induzir mudanças no processo de trabalho das equipes de atenção primária, toma como diretrizes a melhoria dos serviços, a organização da atenção segundo as necessidades de saúde dos usuários, e a qualificação permanente, e não apenas capacitação, da atuação dos trabalhadores das equipes de saúde da família¹³.

Assim a concretização do acolhimento nos processos de trabalho perpassa a reflexão crítica da micropolítica do processo de trabalho e as implicações desta no modelo de atenção, ambiente no qual se funda o trabalho vivo em ato²⁵. Nesse sentido, a produção do acolhimento como prática real requer mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde do Marajó, com o desenvolvimento de uma atenção primária acolhedora efetiva, e sobretudo a mudança da visão de como produzir saúde, tornando-o diretriz operacional em saúde em seus contextos de trabalho.

Os resultados deste estudo assinalam que o PMAQ no período analisado contribuiu para a melhoria da atenção primária à saúde em relação as dimensões selecionadas na região do Marajó, impulsionando a estratégia de saúde da família. Porém, entende-se que é fundamental continuar avançando em busca da qualificação da atenção primária à saúde, isso reforça a necessidade dos gestores continuarem investindo nas unidades e nas equipes de saúde, buscando soluções para a melhoria dos serviços e reorganizando os processos de trabalho. Portanto é necessário dar continuidade no processo de monitoramento e avaliação, fornecendo subsídios para a gestão em relação ao planejamentos das ações e políticas de saúde para esta região, com vistas a qualificação e fortalecimento da atenção primária com suas práticas e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva HP. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. *Novos Cadernos NAEA*. v.9,n.1, p. 77-94. Jun. 2006.
- 2 Machado AS, Moraes E, Kirsch R. Relatório da Agenda do OBTEIA- Melgaço/PA. Comunidade João Paulo II- Vila do Tonhão. Universidade de Brasília, DF, 2015
- 3 Brasil. Ministério do Turismo. Resumo Executivo do Pólo Marajó-PA. Paratur.Belém: Empresa Expansão Gestão em Educação,2010, 46 f.il
- 4 Organização Mundial da Saúde. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978.
- 5 Pinto HA; Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v.6, n.2, (2012).
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012
- 7 Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTCM, Almeida PF, Corvino MPF, Marin J, Flauzino RF, Montenegro LAA. Fatores condicionantes para o acesso às equipes de Estratégia de Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.38. N. Especial, p. 34-51, out, 2014.
- 8 Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*; Nov 1997; 121,11; ProQuest Nursing Journals pg. 1145.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das unidades básicas de saúde: saúde da família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde,2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

- 10 Merhy E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo/Emerson Elias Merhy. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. (Saúde em Debate;145).
- 11 Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2011.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (PMMB).
- 13 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde, 110 p, Brasília, 2012.
- 14 Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14,2004.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- 16 Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira D. S, Piccini R. X., Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):39-44,2009.
- 17 Fachinni LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 669-681,2006
- 18 Carneiro VBC, Bastos MSCB, Ramos E, Maia C. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos parao Brasil. Prelo disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo =15919>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- 19 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- 20 Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(5); 758-766.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, n.28, volume 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 22 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,15(2):345-353, abr-jun,1999.

23 Clementino FS, Gomes LB, Viana RPT, Marcolino EC, Araújo JP, Chaves TV. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Revista Saúde e Ciência Online*, 2015; 4(1): 62 -80.

24 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pacto pela Saúde, 2006: v.9).

25 Merhy E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. – São Paulo: Hucitec, 2014. (Saúde em Debate; 145).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do PMAQ como instrumento de avaliação da atenção primária à saúde e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas na PNAB, é uma estratégia para a garantia de qualidade e fortalecimento das equipes de atenção primária em seus atributos essenciais e para que os serviços de saúde apresentem melhorias nas estruturas físicas de suas unidades de saúde. No período estudado, o qual representou o início dos ciclos e desenvolvimento do programa, este se mostrou como impulsionador da busca de melhorias na atenção primária na região do Marajó, por parte das equipes de saúde e da gestão, contribuindo para o fortalecimento da atenção primária à saúde.

Enfatiza-se que a influência da infraestrutura reforça a relação existente entre disponibilidade/indisponibilidade e a efetivação/não efetivação das práticas de assistência como um todo. A valorização dos componentes da estrutura na avaliação e gestão dos serviços de saúde relaciona-se com a qualidade do processo de trabalho em saúde e para o alcance dos resultados no estado de saúde dos indivíduos e população.

Nesse estudo sinalizou-se para a evolução de diversos ambientes nas unidades de saúde estudadas, colaborando para a mudança do modelo de atenção à saúde no país, o que favorece o funcionamento das unidades e a realização das ações de saúde pelas equipes, concebendo que essa melhoria pode ser considerada como um importante elemento promotor de princípios orientadores do SUS, ofertando melhores resultados em saúde no que diz respeito à qualificação da atenção e do cuidado.

Ao se concentrar no acolhimento, as equipes de estratégia de saúde da família da região de saúde do Marajó, mostraram-se empenhadas na possibilidade de desencadear mudanças na organização de seus processos de trabalho, como um desafio para transformá-lo

em diretriz operacional de suas práticas de trabalho, refletindo sobre a importância das tecnologias leves para a conformidade dos serviços de atenção primária, aonde o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela continuação do cuidado, com a busca de um processo contínuo da educação permanente em saúde, instrumentalizando-se adequadamente com vistas a acolher as necessidades concretas de saúde dos usuários.

Espera-se com esse trabalho contribuir para o avanço do PMAQ como estratégia de avaliação em saúde, assim como na indução da reflexão para provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais da atenção primária visando o crescimento e a qualidade dos serviços em saúde. Aos gestores, os resultados do estudo oferecem relevantes informações sobre os serviços ofertados, e aos profissionais fundamentos para a reflexão sobre suas condições e possibilidades de trabalho. Para que atenção primária à saúde cumpra com o seu papel de porta de entrada e rede ordenadora de cuidados do SUS, é necessário que gestores e profissionais se comprometam com a melhor adequação das práticas de saúde e com as necessidades dos usuários, lançando mão de tecnologias que possam constantemente avaliar suas práticas. Aponta-se nesse sentido a necessidade da incorporação da prática do monitoramento e de avaliação contínua do cotidiano, a partir da pesquisa avaliativa, e a partir dos dados secundários do PMAQ, visando a valorização dos componentes de estrutura e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, contribuindo para a promoção de mudanças dos processos de trabalho, do cuidado e gestão do cuidado na saúde pública.

ANEXOS

ANEXO A - IDENTIFICAÇÃO DA MODALIDADE E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - CICLO 1

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias	
			Cód	Descrição
Identificação da unidade de saúde				
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	-	-
IBGE		Código IBGE do município	-	-
UF	-	Unidade da Federação	11	Rorônia
			12	Acre
			13	Amazonas
			14	Roraima
			15	Pará
			16	Amapá
			17	Tocantins
			21	Maranhão
			22	Piauí
			23	Ceará
			24	Rio Grande do Norte
			25	Paraíba
			26	Pernambuco
			27	Alagoas
			28	Sergipe
			29	Bahia
			31	Minas Gerais
			32	Espírito Santo
			33	Rio de Janeiro
			35	São Paulo
			41	Paraná
42	Santa Catarina			
43	Rio Grande do Sul			
50	Mato Grosso do Sul			
51	Mato Grosso			
52	Goiás			
53	Distrito Federal			
I.2.1	-	Nome da Unidade de Saúde	-	-
Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica				
I.3.1	-	Qual o tipo de unidade de saúde?	1	Posto de saúde
			2	Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde
			3	Posto avançado
			4	Outro(s)
			999	Não Sabe / Não Respondeu
I.3.2	-	-	-	Quantidade
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			-	Quantidade
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			-	Quantidade
999	Não Sabe / Não Respondeu			
I.3.2	-	-	-	Quantidade
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			-	Quantidade
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			-	Quantidade
999	Não Sabe / Não Respondeu			

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cod	Descrição	
		I.3.5.6	Técnico de saúde bucal	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.5.7	Auxiliar de saúde bucal	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.5.8	Agente comunitário de saúde	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.5.9	Técnico de laboratório	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.5.10	Microscopista	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
I.3.6	Quantidade de profissionais da equipe ampliada das equipes existentes na unidade de saúde:	I.3.6.1	Médico especialista	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.6.2	Psicólogo	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.6.3	Fisioterapeuta	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.6.4	Nutricionista	-	Quantidade
999	Não Sabe / Não Respondeu				
		I.3.6.5	Assistente social	-	Quantidade
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		I.3.6.6	Outro(s)	-	Quantidade
				999	Não Sabe / Não Respondeu
Sinalização externa da unidade de saúde					
I.4.1	-	A unidade de saúde possui totem externo adequado, com sinalização da unidade?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
I.4.2	-	A unidade de saúde possui placa da fachada adequada? Se SIM, passar para o bloco I.5.1	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
I.4.3	-	A unidade de saúde possui outra forma de sinalização?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
I.4.4	I.4.4.1	Placa anexada na parede da entrada Unidade de Saúde fora das especificações do Guia de Sinalização	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
	I.4.4.2	Placa anexa na lateral da Unidade de Saúde, fora das especificações do Guia de Sinalização	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
	I.4.4.3	Faixa desenhada na parede da entrada da Unidade de Saúde	1	Sim	
			2	Não	
			998	Não se aplica	
	I.4.4.4	Pintura com identificação na parede da entrada da Unidade de Saúde	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
998			Não se aplica		
I.4.4.5	Outro(s)	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe / Não Respondeu		
		998	Não se aplica		

ANEXO B- INFRAESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cód	Descrição	
Características estruturais e ambiência da unidade de saúde					
I.8.1	Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se:	I.8.1.1	Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores) possibilitando a circulação de ar	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.1.2	Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.1.3	Os pisos, paredes e tetos da Unidade de Saúde são de superfície lisa e laváveis.	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.1.4	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.1.5	Os consultórios da Unidade de Saúde permitem privacidade ao usuário	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
I.8.2	Sobre a rede hidráulica, observe a presença de:	I.8.2.1	Moto próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.2.2	Torneiras sem sair água	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.2.3	Torneiras pingando	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.2.4	Vasos sanitários com vazamentos	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
I.8.3	Sobre a rede elétrica, observe a presença de:	I.8.3.1	Fios expostos, soltos ou desencapados	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.3.2	Tubulação de plástico por fora da parede com fio	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
I.8.4	Sobre a rede sanitária, observe a presença de:	I.8.4.1	Cheiro de esgoto	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.4.2	Vasos sanitários entupidos	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.8.4.3	Vasos sanitários interditados	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
Infraestrutura da unidade de saúde					
I.9.1	-	Banheiros para funcionários	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.2	-	Consultório Clínico	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.3	-	Consultório Odontológico	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.4	-	Recepção	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.5	-	Sala de Acolhimento	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cód	Descrição	
I.9.8	-	Sala de Espera. Se não tem sala de espera ou NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU pular para questão I.9.10.	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.9	-	Se tem pelo menos uma sala de espera, qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
I.9.10	-	Sala de Estocagem de Medicamentos	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.11	-	Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.12	-	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.13	-	Sala de procedimento	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.14	-	Sala de nebulização	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.15	-	Sala de vacina	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.16	-	Sala de Observação	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.17	-	Sala de reunião e atividades educativas	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.18	-	Sanitário para usuário masculino	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.19	-	Sanitário para usuário feminino	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.20	-	Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.21	-	Expurgo	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
I.9.22	-	Local para depósito de lixo comum	-	Quantidade	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
Reforma, ampliação e reparos da unidade de saúde					
I.10.1	-	A unidade de saúde está em processo de reforma? Se NÃO, passar para a questão I.10.3.	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe / Não Respondeu	
I.10.2	Se SIM, qual o tipo de reforma?	I.10.2.1	Avenária	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
				998	Não se aplica
		I.10.2.2	Cobertura	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
		I.10.2.3	Demolições e retradas	998	Não se aplica
				1	Sim
				2	Não
		I.10.2.4	Esquadrias	999	Não Sabe / Não Respondeu
				998	Não se aplica
				1	Sim
		I.10.2.5	Estrutura física da unidade de saúde	2	Não
				999	Não Sabe / Não Respondeu
998	Não se aplica				
1	Sim				

ANEXO C- ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cód	Descrição	
II.14.4/1	-	Existe documento que comprove?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
II.14.5	-	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? Se NÃO, passar para o bloco II.15.	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.14.5/1	-	Existe documento que comprove?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
II.14.6	-	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
			998	Não se aplica	
Acolhimento à demanda espontânea					
II.15.1	-	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? Se NÃO, passar para a questão II.15.4.	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.15.2	Em quais turnos é feito o acolhimento? (essa pergunta pode ter mais de uma resposta)	II.15.2.1	Manhã	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
				998	Não se aplica
		II.15.2.2	Tarde	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.2.3	Noite	1	Sim
				2	Não
II.15.3	-	Com que frequência acontece? O entrevistador deverá ler as opções.	1	Um dia por semana	
			2	Dois dias por semana	
			3	Três dias por semana	
			4	Quatro dias por semana	
			5	Cinco dias por semana	
			6	Mais de cinco dias por semana	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
998	Não se aplica				
II.15.4	-	Todos os usuários que chegam a unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.15.5	Profissionais participam do acolhimento? (essa pergunta pode ter mais de uma resposta)	II.15.5.1	Médico	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.2	Enfermeiro	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.3	Cirurgião-dentista	1	Sim
				2	Não
II.15.5.4	Técnico de enfermagem	1	Sim		
		2	Não		
		999	Não Sabe/Não Respondeu		

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cód	Descrição	
		II.15.5.5	Auxiliar de enfermagem	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.6	Técnico em saúde bucal	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.7	Auxiliar em saúde bucal	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.8	Auxiliar em saúde bucal	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.9	Agente comunitário de saúde	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.5.10	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.15.6	-	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.15.7	O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: (essa pergunta pode ter mais de uma resposta)	II.15.7.1	Queixas mais frequentes	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.7.2	Problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso etc.)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.7.3	Problemas relacionados à saúde mental	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.7.4	Traumas/acidentes	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.7.5	Captação precoce de gestantes	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
		II.15.7.6	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.15.8	-	A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.15.9	-	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.15.10	-	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? Se NÃO, passar para a questão II.15.12.	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	

		ações para os usuários
G - I.7.2	A unidade de saúde possui sinalização dos ambientes facilitando o acesso (recepção, consultório, banheiro etc)?	Sim
		Não
I.8 - Horário de funcionamento da unidade de saúde		
ES - I.8.1	Quais os turnos de atendimento? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Manhã
		Tarde
		Noite
ES - I.8.2	Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Segunda
		Terça
		Quarta
		Quinta
		Sexta
		Sábado
		Domingo
I.8.3	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Sim
		Não
I.8.4	Há horário fixo de funcionamento da unidade? <i>Se NÃO, passar para questão I.8.6.</i>	Sim
		Não
ES - I.8.5	Nos dias em que a unidade de saúde funciona:	I.8.5.1/1 Em que horário abre?
		I.8.5.2/3 Em que horário fecha?
ES - I.8.6	Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	I.8.6.1 Consultas médicas
		I.8.6.2 Consultas de enfermagem
		I.8.6.3 Consultas odontológicas
		I.8.6.4 Acolhimento
		I.8.6.5 Vacinação
		I.8.6.6 Dispensação de medicamentos pela farmácia
		I.8.6.7 Outro(s)
I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde		
I.9.1	A UBS está em processo de reforma?	Sim
		Não
I.9.2	A UBS está em processo de ampliação?	Sim
		Não
I.9.3	A unidade possui área para ampliação? <i>Se NÃO, passar para questão I.9.4.</i>	Sim
		Não

ANEXO D- IDENTIFICAÇÃO DA MODALIDADE E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - CICLO 2

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde

Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional (enfermeiro, médico ou um profissional de nível superior) da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

I.1 - Identificação Geral		
	Número do supervisor:	Número
	Número do entrevistador:	Número
I.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
I.2.1	Coordenadas GPS:	Latitude
		Longitude
		Não foi possível obter as coordenadas
I.2.2	Endereço:	
I.2.3	Telefone(DDD)+8 dígitos	(__) ____ - ____
		Não existe telefone
I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica		
I.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde? <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	Posto de saúde
		Unidade Básica de Saúde
		Policlínica
		Outro(s)
I.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade:	I.3.2.1 Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
		I.3.2.2 Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal
		I.3.2.3 Equipe de Atenção Básica Parametrizada com Saúde Bucal
		I.3.2.4 Equipe de Atenção Básica Parametrizada sem Saúde Bucal
		I.3.2.5 Equipe de Consultório na Rua
		I.3.2.6 Outras modalidades de equipe
I.3.3	Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na unidade:	I.3.3.1Médico
		I.3.3.2Enfermeiro
		I.3.3.3 Cirurgião-dentista
		I.3.3.4 Técnico de enfermagem
		I.3.3.5 Auxiliar de enfermagem
		I.3.3.6 Técnico de saúde bucal

			ações para os usuários
G - I.7.2	A unidade de saúde possui sinalização dos ambientes facilitando o acesso (recepção, consultório, banheiro etc)?		Sim
			Não
I.8 - Horário de funcionamento da unidade de saúde			
ES - I.8.1	Quais os turnos de atendimento? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Manhã
			Tarde
			Noite
ES - I.8.2	Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Segunda
			Terça
			Quarta
			Quinta
			Sexta
			Sábado
			Domingo
I.8.3	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?		Sim
			Não
I.8.4	Há horário fixo de funcionamento da unidade? <i>Se NÃO, passar para questão I.8.6.</i>		Sim
			Não
ES - I.8.5	Nos dias em que a unidade de saúde funciona:		I.8.5.1/1 Em que horário abre?
			I.8.5.2/3 Em que horário fecha?
ES - I.8.6	Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		I.8.6.1 Consultas médicas
			I.8.6.2 Consultas de enfermagem
			I.8.6.3 Consultas odontológicas
			I.8.6.4 Acolhimento
			I.8.6.5 Vacinação
			I.8.6.6 Dispensação de medicamentos pela farmácia
			I.8.6.7 Outro(s)
I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde			
I.9.1	A UBS está em processo de reforma?		Sim
			Não
I.9.2	A UBS está em processo de ampliação?		Sim
			Não
I.9.3	A unidade possui área para ampliação? <i>Se NÃO, passar para questão I.9.4.</i>		Sim
			Não

I.9.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
I.9.4	A metragem da construção da unidade e a metragem do terreno estão de acordo com a portaria vigente? <i>Se NÃO, passar para questão I.9.5.</i>	Sim
		Não
I.9.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
I.9.5	A equipe atua em unidade provisória? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.10.</i>	Sim
		Não
I.9.6	Há quanto tempo a equipe está na unidade provisória? <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	Menos de um mês
		Entre 1 e 6 meses
		Entre 7 meses e 1 ano
		Mais de 1 ano
I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde		
I.10.1	Qual (is) ambiente (s) existe (m) na unidade?	
I.10.1.1	Sanitário para os usuários	Sim
		Não
I.10.1.2	Sanitário para pessoa com deficiência	Sim
		Não
I.10.1.3	Banheiro para funcionários	Sim
		Não
I.10.1.4	Vestiário para funcionários	Sim
		Não
I.10.1.5	Sala de recepção e espera <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.5/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.5/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.5/1/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.5/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.6	Sala de acolhimento multiprofissional <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.6/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.6/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.6/1/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.6/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.7	Sala de vacina <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.7/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.7/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.7/1/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.7/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não

Sobre os ambientes da farmácia:			
I.10.1.8	Área de dispensação de medicamentos		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.8/1.</i>		Não
I.10.1.8/1	O ambiente é compartilhado com outro?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.8/1/1.</i>		Não
I.10.1.8/1/1	É o ambiente principal?		Sim
			Não
I.10.1.9	Área de fracionamento		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.9/1.</i>		Não
I.10.1.9/1	O ambiente é compartilhado com outro?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.9/1/1.</i>		Não
I.10.1.9/1/1	É o ambiente principal?		Sim
			Não
I.10.1.10	Sala de seguimento farmacoterapêutico		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.10/1.</i>		Não
I.10.1.10/1	O ambiente é compartilhado com outro?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.10/1/1.</i>		Não
I.10.1.10/1/1	É o ambiente principal?		Sim
			Não
I.10.1.11	Sala de estocagem de medicamentos		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.11/1.</i>		Não
I.10.1.11/1	O ambiente é compartilhado com outro?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.11/1/1.</i>		Não
I.10.1.11/1/1	É o ambiente principal?		Sim
			Não
I.10.1.12	Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)?		Sim
	<i>Se SIM na questão I.10.1.8 e I.10.1.11, pergunta essa.</i>		Não
ET- I.10.1.13	Existe computador na farmácia?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.13/1.</i>		Não
ET- I.10.1.13/1	Quantos computadores?		Quantidade
I.10.1.14	Existe consultório para médico?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14.1.</i>		Não
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.15.</i>		
I.10.1.14/1	O ambiente é compartilhado com outro?		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14/1/1.</i>		Não
I.10.1.14/1/1	É o ambiente principal?		Sim
			Não

ET - I.10.1.14.2	Quantos consultórios médicos existem na unidade?	Quantidade
ET - I.10.1.14.3	Quantidade de consultórios médicos com computador?	Quantidade
I.10.1.14.4	Número de consultórios médicos com computador conectados à internet	Quantidade
I.10.1.15	Existe consultório para enfermeiro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14.1.</i>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.15.</i>	Não
I.10.1.15/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14/1/1.</i>	Sim
I.10.1.15/1/1	É o ambiente principal?	Não
ET - I.10.1.15.2	Quantos consultórios enfermeiro existem na unidade?	Quantidade
ET - I.10.1.15.3	Quantidade de consultórios enfermeiro com computador?	Quantidade
I.10.1.15.4	Número de consultórios enfermeiro com computador conectados à internet	Quantidade
I.10.1.16	Existe consultório para dentista? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14.1.</i>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.15.</i>	Não
I.10.1.16/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14/1/1.</i>	Sim
I.10.1.16/1/1	É o ambiente principal?	Não
ET - I.10.1.16.2	Quantos consultórios dentista existem na unidade?	Quantidade
ET - I.10.1.16.3	Quantidade de consultórios dentista com computador?	Quantidade
I.10.1.16.4	Número de consultórios dentista com computador conectados à internet	Quantidade
I.10.1.17	Consultório(s) com sanitário anexo <i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.16/1.</i>	Sim
		Não
I.10.1.18	Sala de inalação <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.18/1.</i>	Sim
I.10.1.18/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.18/1/1.</i>	Não
I.10.1.18/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.19	Sala de procedimentos <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.19/1.</i>	Sim
I.10.1.19/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.19/1/1.</i>	Não
I.10.1.19/1/1	É o ambiente principal?	Sim

		Não
I.10.1.20	Sala de coleta	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1.</i>	Não
I.10.1.20/1	O ambiente é compartilhado com outro?	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1/1.</i>	Não
I.10.1.20/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.21	Sala de curativo	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1.</i>	Não
	O ambiente é compartilhado com outro?	Sim
I.10.1.21/1		Não
I.10.1.21/1/1	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1/1.</i>	Sim
	É o ambiente principal?	Não
		Sim
I.10.1.22	Sala de observação (curta duração)	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.22/1.</i>	Não
I.10.1.22/1	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.23.</i>	Sim
	O ambiente é compartilhado com outro?	Não
I.10.1.22/1/1	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.22/1/1.</i>	Sim
	É o ambiente principal?	Não
		Sim
I.10.1.23	Banheiro da sala de observação	Sim
		Não
I.10.1.24	Sala de utilidades	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.24/1.</i>	Não
I.10.1.24/1	O ambiente é compartilhado com outro?	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.24/1/1.</i>	Não
I.10.1.24/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.25	Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.25/1.</i>	Não
I.10.1.25/1	O ambiente é compartilhado com outro?	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.25/1/1.</i>	Não
I.10.1.25/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.26	Sala de administração e gerência	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.26/1.</i>	Não
I.10.1.26/1	O ambiente é compartilhado com outro?	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.26/1/1.</i>	Não
I.10.1.26/1/1	É o ambiente principal?	Sim
		Não
I.10.1.27	Sala de atividades coletivas	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.27/1.</i>	Não

ANEXO F - ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

	<i>Poderá escolher somente uma opção</i> Se marcar e-SUS, abra a questão II.11.7.		e- SUS/SISAB
			Sistema de informação próprio
			Não sabe/não respondeu
ET - II.11.3	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? <i>Se NÃO, passar para questão I.11.7.</i>		Sim
			Não
ET - II.11.3/1	Você pode mostra o sistema instalado no computador?		Sim
			Não
ET - II.11.4	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.11.5	Qual o tipo de prontuário? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB
			Prontuário eletrônico próprio
II.11.6	A equipe teve capacitação para utilização do sistema?		Sim
			Não
II.11.7	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.12.</i>		Sim
			Não
II.11.7/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
II.11.7/1/1	A equipe teve capacitação para utilização das fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?		Sim
			Não
II.11.8	A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS?		Sim
			Não
II.11.9	A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS (Sistema do controle de uso do e-SUS AB)?		Sim
			Não
II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea			
ET - II.12.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? <i>Se NÃO, passar para questão II.12.9</i>		Sim
			Não
II.12.2	Em que local é realizado o acolhimento? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Sala específica
			Consultório
			Sala de espera/recepção
			Outro local
			Não há local específico
G - II.12.3	Em quais turnos é realizado o acolhimento? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Manhã
			Tarde

		Noite
G - II.12.4	Quantos dias por semana acontece? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Um dia por semana
		Dois dias por semana
		Três dias por semana
		Quatro dias por semana
		Cinco dias por semana
		Mais de cinco dias por semana
II.12.5	A equipe realiza o acolhimento "conjunto" com outra equipe da UBS? (Se houver mais de uma equipe na UBS)	Sim
		Não
		Não há outra equipe na UBS
ET - II.12.6	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim
		Não
ET - II.12.7	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Queixas mais frequentes no idoso
		Problemas respiratórios
		Queixas mais frequentes no adulto
		Queixas mais frequentes na criança
		Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
		Traumas e acidentes
		Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação
		Dengue
		Outros
		Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
ET - II.12.8	A equipe realiza atendimento de: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Dor torácica
		Crise convulsiva
		Nefrolitíase
		Crise de asma
		Crise hipertensiva
		Hiperglicemia em diabéticos
		Casos suspeitos de dengue

		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
G - II.12.16	Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	10 minutos
		20 minutos
		30 minutos
		40 minutos
		50 minutos
		60 minutos
		70 minutos
		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.12.17	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? Se NÃO, passar para questão II.12.19.	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.12.18	Os profissionais da equipe que fazem o	Sim

	acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		Não
			Não sabe/não respondeu
II.12.19	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário? Se NÃO, passar para questão II.12.21.		Sim
			Não
II.12.20	Qual? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Ambulância do SAMU
			Ambulância do serviço móvel próprio
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
II.12.21	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?		Sim
			Não
			Não se aplica(quando não existir outra equipe na unidade)
II.13 Organização da agenda			
G - II.13.1	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Visita domiciliar
			Grupos de educação em saúde
			Atividade comunitária
			Consultas para cuidado continuado
			Acolhimento à demanda espontânea
			Nenhuma das anteriores
G - II.13.1.6/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
II.13.2	Para quais grupos a equipe oferta ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Gestantes
			Crianças
			Mulheres
			Usuários de tabaco
			Usuários álcool e outras drogas
			Pessoas com obesidade
			Idosos
			Escolares
			Hipertensão arterial sistêmica
			Diabetes Mellitus
			Asma/DPOC
			Outros