12

NOVOS CAMINHOS

Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde

REGIÃO e REDES
www.resbr.net.br

NOTA TÉCNICA

Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde

Juliana Gagno Lima (Fiocruz)

Ligia Giovanella (Fiocruz)

Marcia Cristina Rodrigues Fausto (Fiocruz)

Aylene Bousquat (USP)

Esta nota técnica foi elaborada com base na dissertação de mestrado em saúde pública de Juliana Gagno Lima intitulada "Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" orientada por Ligia Giovanella e Márcia Fausto e defendida na ENSP/Fiocruz em março 2016, que contou com apoio de Bolsa da CAPES.

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; BOUSQUAT, A. **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde.** Novos Caminhos, N.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

Foto da capa: Radilson Carlos Gomes / O SUS em Fotos

* Os autores integram o grupo de pesquisadores do projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes).

JULHO/2016

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **4**

2. METODOLOGIA **6**

3. RESULTADOS **11**

3.1. ATRIBUTO PRIMEIRO CONTATO 11

3.1.1. Horários de funcionamento **11**

3.1. Acolhimento **13**

3.1.3. Agendamento da consulta na Atenção Básica **16**

3.1.4. Atendimento de urgência e emergência **19**

3.2. ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE 21

3.2.1. Continuidade da relação profissional-paciente **22**

3.2.2. Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo) **24**

3.3. ATRIBUTO ABRANGÊNCIA OU INTEGRALIDADE 27

3.3.1. Serviços realizados/escopo de ações **27**

3.3.2. Resolutividade da AB **32**

3.4. ATRIBUTO COORDENAÇÃO 37

3.4.1. Continuidade informacional **37**

3.4.2. Ordenamento de fluxos assistenciais **39**

3.4.3. Acesso a consultas/exames especializados **42**

5.4.4. Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada **45**

3.5. ATRIBUTO ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE 48

3.5.1. Territorialização **48**

3.5.2. Intersetorialidade **51**

3.5.3. Participação social **54**

3.6. ATRIBUTO CENTRALIDADE NA FAMÍLIA 57

3.6.1. Abordagem familiar **57**

3.7. ATRIBUTO COMPETÊNCIA CULTURAL 60

3.7.1. Abordagem cultural **60**

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS **63**

5. REFERÊNCIAS **73**

1. INTRODUÇÃO

A qualidade da Atenção Básica (AB) pode ser avaliada por meio do exame da efetivação dos atributos de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, conforme definição de Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Ainda que a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) seja de jurisdição municipal, para que se constitua na base de uma rede de atenção orientada pela APS, não pode estar isolada da perspectiva regional com suas heterogeneidades.

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

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

Outra forma de fortalecimento diz respeito à APS conseguir exercer a função de coordenação. Uma boa experiência é a do National Health Service (NHS), no Reino Unido, onde a APS, com função de *gatekeeper,* organiza o acesso aos demais níveis de densidade tecnológica. O Brasil tem dificuldades nesse processo devido a vários fatores: baixa cobertura de ESF, atuação paralela entre serviços, ausência de regulação e fluxos formais para a atenção hospitalar, subsistema privado, formações especializadas dos médicos, distribuição inadequada de profissionais em municípios de pequeno porte, dentre outros (Silva Júnior et al., 2015; Almeida et al., 2010).

Sobre esse tema, Giovanella (2014) discute que as equipes têm demonstrado avanços

na responsabilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pela marcação de consultas especializadas, mas aponta baixo monitoramento de listas de espera, mesmo para casos prioritários:

> A ordenação da rede, a partir da APS, implica organização e integração do sistema de saúde, com territorialização e definição dos serviços de AB como porta de entrada preferencial, com função de filtro para acesso à Atenção Especializada conforme a necessidade. A integração da APS à rede assistencial (ou, em outros termos, a ordenação da RAS a partir da APS) é essencial para a garantia da atenção conforme a necessidade no SUS. É crucial para que a APS não se constitua apenas em um pacote básico de serviços no primeiro nível de atenção para populações em situação de pobreza, como reiteradamente preconizado por agências internacionais para países em desenvolvimento, que negam a possibilidade de construção de sistemas públicos universais como pretendido pelo SUS. (Giovanella, 2014:36)

No Brasil, mais de 80% de municípios brasileiros têm menos de 50.000 habitantes e suas redes de serviços de saúde resumem-se à APS (Almeida e Santos, 2015) e, portanto, demandam, em algum grau, outros níveis de complexidade de atenção fora dos respectivos municípios. Somente por meio de planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo. Independentemente de quão heterogêneo precise ser a organização dos serviços de saúde no Brasil para atender às diferentes demandas da população e particularidades dos territórios, o usuário precisa ter acesso à mesma gama de serviços em tempo oportuno e ter o seu problema de saúde resolvido. Partimos do pressuposto de que a organização em redes regionalizadas é o que favorece esse cenário, em constante construção.

Sendo assim, este estudo objetiva analisar a efetivação dos atributos da APS nas regiões de saúde, segundo a tipologia desenvolvida pela pesquisa Regiões e Redes, que considera o desenvolvimento socioeconômico dos municípios e a oferta de serviços públicos e privados, agrupando as regiões de saúde do país em 5 tipos (Viana, 2014). Este trabalho compõe a dissertação de mestrado "Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica", uma construção em parceria com o grupo da pesquisa Regiões e Redes. Espera-se que a análise dos atributos como reflexo da qualidade da APS no Brasil, recortado pelas tipologias de regiões de saúde, possa contribuir com elementos para os desafios e o fortalecimento dessa rede de atenção regionalizada.

2. METODOLOGIA

Foram utilizados para esta pesquisa os instrumentos e resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 1 (2011/2012), do Ministério da Saúde. Criado mediante a Portaria GM/MS 1.654, de 19 de julho de 2011, o programa foi a base para o repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado "Componente Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável" (Brasil, 2011).

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

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

Para mobilizar a adesão, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de indução financeira com repasse de recursos às equipes, vinculando-a ao desempenho das equipes de atenção básica, conforme padrões específicos que deveriam expressar a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria nas condições de trabalho, e os investimentos no desenvolvimento dos profissionais da Atenção Básica.

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

Para a seleção das variáveis do PMAQ-AB, realizou-se uma busca inicial nos instrumentos do Programa das variáveis correspondentes aos componentes envolvidos com cada atributo. Buscou-se examinar a efetivação de cada atributo da APS de acordo com as respostas dos profissionais e dos usuários.

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

disponibilidade e a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas do questionário.

Os atributos essenciais e derivativos da APS, a partir da revisão de literatura e análise de metodologias que avaliam esses atributos, foram operacionalizados em componentes considerando-se também a disponibilidade das variáveis do instrumento PMAQ-AB, compondo uma matriz de análise apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Atributos da APS e componentes definidos para análise dos dados do PMAQ-AB

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

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

A efetivação dos atributos da APS foi analisada para o país como um todo e por grupos de regiões de saúde, segundo tipologia previamente construída pela Pesquisa Regiões e Redes. A metodologia de construção da tipologia considerou três grandes temas: **o contexto socioeconômico**, **o contexto demográfico** e o **contexto da saúde,** que estão disponíveis no site da pesquisa, com detalhamento (Viana, 2014). Uma etapa deste trabalho, portanto, foi cruzar as variáveis do PMAQ-AB de cada atributo com os 5 grupos de regiões de saúde, a fim de identificar a efetividade da APS em cada grupo socioeconômico e de oferta de serviços.

A Tabela 1 relaciona as adesões das equipes ao PMAQ-AB no 1º ciclo com cada grupo da tipologia de regiões de saúde. Observou-se uma concentração de equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB nas Reg 1 (regiões com baixo desenvolvimento

socioeconômico e baixa oferta de serviços) e nas Reg 5 (regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços), abrangendo, cada grupo, cerca de 30% das equipes de adesão. Todavia, em todos os tipos de regiões de saúde há adesão de um número considerável de equipes (mais de 1000 equipes em cada grupo de região de saúde), o que permitiu a análise da efetivação dos atributos por agrupamento de regiões de saúde.

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

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

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

O banco de dados disponibilizado no ciclo 1 abrange a participação de 38.812 UBS, 17.202 equipes (53,9%) e 65.391 usuários, situados em 3.935 municípios (Fausto e Souza Junior, 2013). Importante ressaltar que, para a análise desse trabalho, foram consideradas somente as UBS com equipes da adesão ao ciclo 1, ou seja, não foi considerado o total de UBS participantes do censo nacional. O banco de dados disponibilizado está subdivido nos três módulos: módulo I (infraestrutura), módulo II (equipes) e módulo III (usuários). Foi necessária uma compatibilização do banco de dados do ciclo 1 em relação aos seus três

módulos, a fim de que os resultados fossem correspondentes às equipes e suas respectivas UBS. Desta forma, no presente estudo foram analisados os dados de 13.749 UBS, nas quais atuavam 16.541 equipes de Atenção Básica e foram entrevistados 65.391 usuários dessas equipes. A compatibilização do banco foi realizada com apoio de estatístico da pesquisa Regiões e Redes[1].

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

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

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

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

Na apresentação dos resultados em tabelas, aqueles com diferença de 5,0 ou mais pontos percentuais entre os grupos de regiões de saúde e a média Brasil foram realçados em cor cinza. No intuito de uma melhor visualização dos resultados, foram elaborados gráficos em teia para cada componente dos atributos, por variáveis e grupo de regiões de saúde. Para cada componente foi calculada uma média aritmética com os percentuais, a fim de gerar um gráfico síntese com o percentual médio de respostas positivas por atributo. Importante

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

lembrar que nem todas as variáveis selecionadas foram consideradas padrão de referência e utilizadas para cálculo da média, visto que para algumas não se esperava o percentual de 100% como resposta. Essas variáveis foram sinalizadas nas tabelas.

3. RESULTADOS

3.1. ATRIBUTO PRIMEIRO CONTATO

O atributo do “primeiro contato” abrange os serviços de porta de entrada preferencial do sistema de saúde procurados pelos usuários cada vez que necessitam de atenção para um problema de saúde novo ou rotineiro. Nesses casos, a APS deve cumprir um papel de serviço de procura regular e exercer função de filtro para acesso aos demais equipamentos da rede de Atenção à Saúde. (Starfield, 2002; Giovanella e Mendonça, 2012). Esse atributo foi analisado considerando os seguintes componentes complementares entre si: “horários de funcionamento”, “acolhimento”, “agendamento às consultas na AB” e “atendimento de urgência e emergência”.

3.1.1. Horários de funcionamento

Os horários de funcionamento são elementos de organização das UBS que contribuem para avaliar se o serviço se constitui como uma “porta aberta”, ou seja, se sua organização facilita ou dificulta o acesso da população em tempo oportuno. Esse componente considera também a experiência de uso do paciente em relação à adequação do horário às suas necessidades, bem como à distância da sua casa até a UBS.

A Tabela 2 e o Gráfico 1 apresentam indicadores do componente “horários de funcionamento”, com recorte de variáveis que expressam a organização da porta de entrada dos serviços de APS. Observa-se que 94,9% das UBS brasileiras participantes do PMAQ-AB oferecem dois ou mais turnos de atendimento à população, 93,4% funcionam 5 ou mais dias na semana e 89% funcionam 8 horas/dia ou mais. Contudo, apenas 11,9% oferecem atendimento à população nos fins de semana. Tal padrão de atendimento é considerado adequado por 85,7% dos usuários respondentes e 86,7% destes afirmam que a distância da sua casa até a UBS é curta ou razoável.

Para maior parte dos indicadores, observa-se similaridade da distribuição pelos diferentes grupos de regiões de saúde. Um acesso mais dificultado quanto aos turnos, horários e dias de funcionamento é observado nas regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1), em comparação com as regiões de alto DSE e alta oferta (Reg 5). Nas Reg 1, 92,5% das UBS atendem em dois turnos ou mais, 91,1% funcionam 5 ou mais dias na semana, 82,3% funcionam 8h/dia ou mais e 9,9% abrem nos fins de semana. Já nas Reg 5, 97,5% das UBS atendem em dois turnos ou mais, 94,7% funcionam 5 ou mais dias na semana, 94,6% funcionam 8h/dia ou mais e 16,8% atendem nos fins de semana. Destaca-se

uma diferença importante em relação às UBS que funcionam 8h/dia ou mais: enquanto nas Reg 1 82,3% enquadram-se nesta frequência, em todos os outros grupos de regiões esse percentual é maior que 90%.

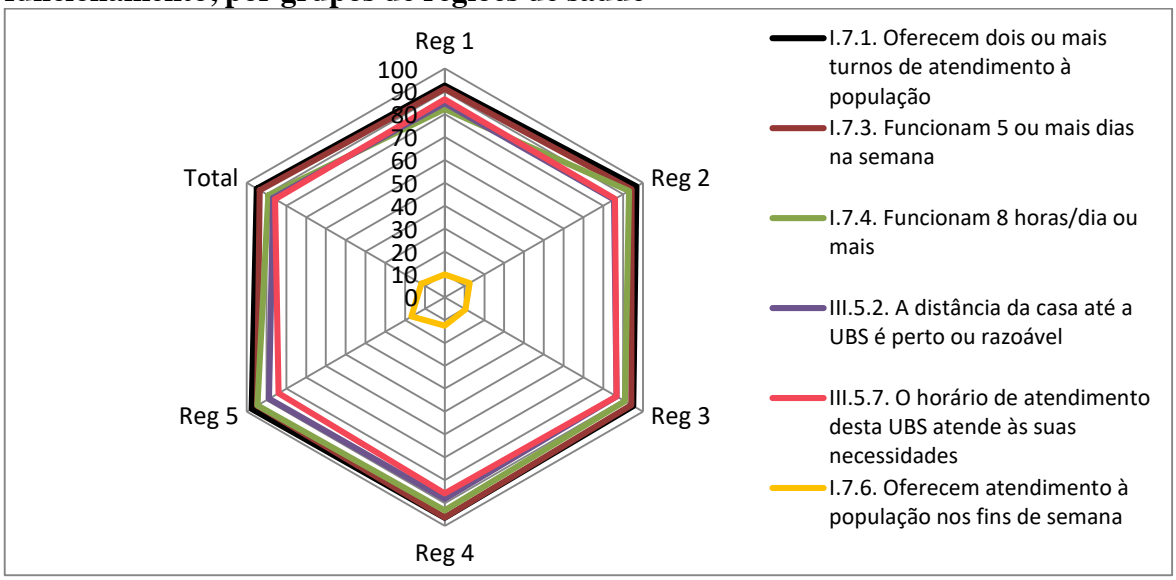
Os indicadores do componente horário de funcionamento mostram-se favoráveis ao padrão de qualidade esperado (dias e turnos de funcionamento), tanto no que se refere à organização da UBS, como na perspectiva da população que majoritariamente considera o serviço perto e com horário adequado às suas necessidades.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

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

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

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

Gráfico 1. Indicadores padrão de referência do componente horários de funcionamento, por grupos de regiões de saúde



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

3.1.2. Acolhimento

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

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

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

regiões de saúde mais desenvolvidas. No aspecto capacitação dos profissionais para realização do acolhimento, os extremos estão entre as Reg 3 (53,4%) e as Reg 5 (62,3%).

Sobre a avaliação dos usuários que compareceram a UBS sem ter hora marcada e, ainda assim, conseguiram ser escutados, as melhores respostas aparecem nas Reg 1 e Reg 3, com aproximadamente 80,0% dos usuários. As opiniões mais negativas sobre a forma de acolhimento nessa situação é observada nas regiões mais desenvolvidas: Na Reg 5, 61,9% qualificam a forma de acolhimento como muito boa ou boa. Nas demais regiões de saúde, pouco mais de 64% dos usuários fazem essa avaliação, chegando a 69,9% na Reg 3.

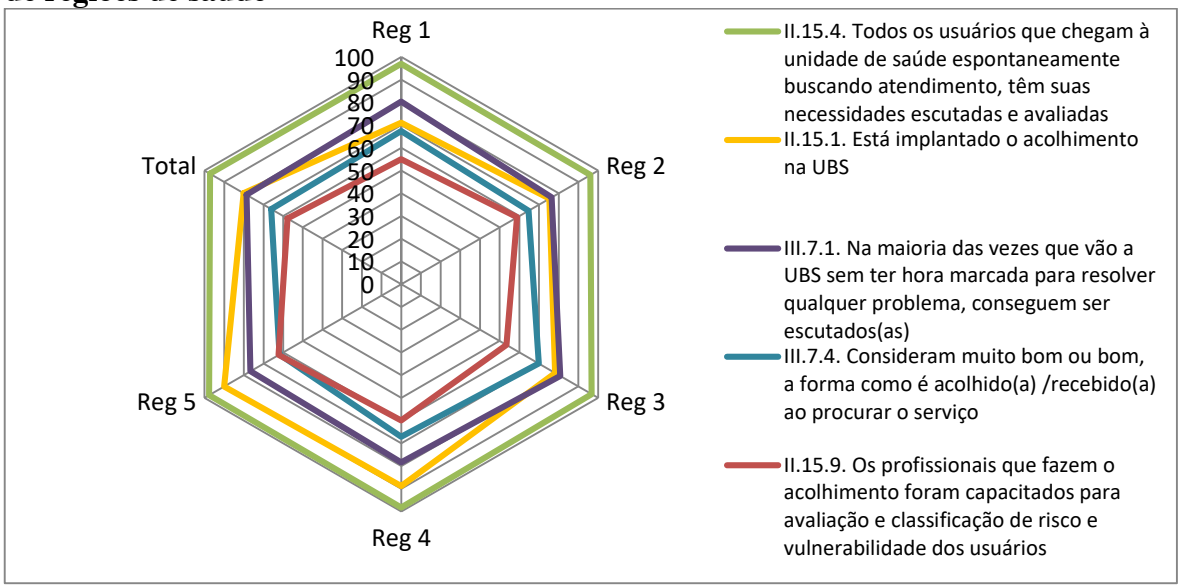
Em resumo, os resultados do componente acolhimento apontam duas necessidades: a implantação do acolhimento nas regiões de baixa oferta (Reg 1 e Reg 2) e a melhoria na qualidade do acolhimento independente do grupo de regiões, o que pode ser verificado pelo baixo número de profissionais capacitados e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

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/ alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.15.1. Está implantado o acolhimento na UBS	3666	71,0	936	75,2	3007	78,2	1197	88,9	4449	90,0	13255	80,1
II.15.4. Todos os usuários que chegam à UBS espontaneamente buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas	5000	96,9	1195	96,0	3722	96,8	1324	98,3	4833	97,7	16704	97,2
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
II.15.9. Os profissionais que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	2012	54,9	551	58,9	1606	53,4	718	60,0	2773	62,3	7660	57,8
N EqAB com acolhimento implantado	*3666*		*936*		*3007*		*1197*		*4449*		*13255*	
Usuários												
III.7.1. Na maioria das vezes que vão a UBS sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, conseguem ser escutados(as)	13678	80,3	3082	76,4	10488	80,8	3567	78,4	12638	76,6	43453	78,9
III.7.4. Consideram muito bom ou bom, a forma como é acolhido(a) /recebido(a) ao procurar o serviço	11478	67,4	2607	64,6	9074	69,9	3054	67,2	10207	61,9	36420	66,1
N usuários que alguma vez foram a UBS sem ter hora marcada	*17027*		*4034*		*12975*		*4548*		*16493*		*55077*	

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

Gráfico 2. Indicadores padrão de referência do componente acolhimento, por grupos de regiões de saúde



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

3.1.3. Agendamento da consulta na Atenção Básica

O "agendamento da consulta na AB" avalia a forma de acesso dos usuários às UBS a partir da organização do processo de trabalho. Por exemplo, envolve a existência de atendimento de demanda espontânea e programada; se as consultas podem ser agendadas por livre demanda, ou se há dias e horários específicos para marcação; mostra a forma de marcação dessas consultas e a experiência de uso dos usuários em relação ao agendamento.

A Tabela 4 e o Gráfico 3 apresentam indicadores que expressam a disponibilidade das Unidades Básicas de Saúde para realizar o agendamento de consultas de acordo com a necessidade de saúde dos usuários. Reservam vagas para atendimento no mesmo dia 64,0% das equipes, caso usuário tenha um problema que não seja recomendável postegar o agendamento. Em situações que não exigem agendamento no dia, e se o usuário não faz parte de algum grupo de atendimento programado na UBS, 83,4% das equipes relatam que o usuário consegue sair com a consulta marcada. Todavia, as consultas podem ser marcadas na UBS em qualquer dia da semana e em qualquer horário somente segundo 55,5% das equipes.

As dificuldades de acesso são mais nítidas na experiência dos usuários. Em relação à forma de marcação de consultas, apenas 28% dos usuários marcam consulta a qualquer hora. O percentual maior (30,6%) são dos usuários que para marcar consulta precisam ir à UBS, pegar ficha e fazer fila antes de o estabelecimento abrir. Se somado aos usuários que precisam pegar ficha (sem fazer fila) na UBS (23,4%), esse percentual ultrapassa os 50%.

Para 11,6% dos usuários, a consulta é marcada pelo ACS e inexiste a possibilidade de marcação por telefone (2,2%). Além disso, observou-se que a marcação de consultas pode ser feita todos os dias da semana segundo 55,3% dos usuários. Ou seja, há dificuldades de acesso claramente expostas nesses indicadores de marcação de consultas.

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

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

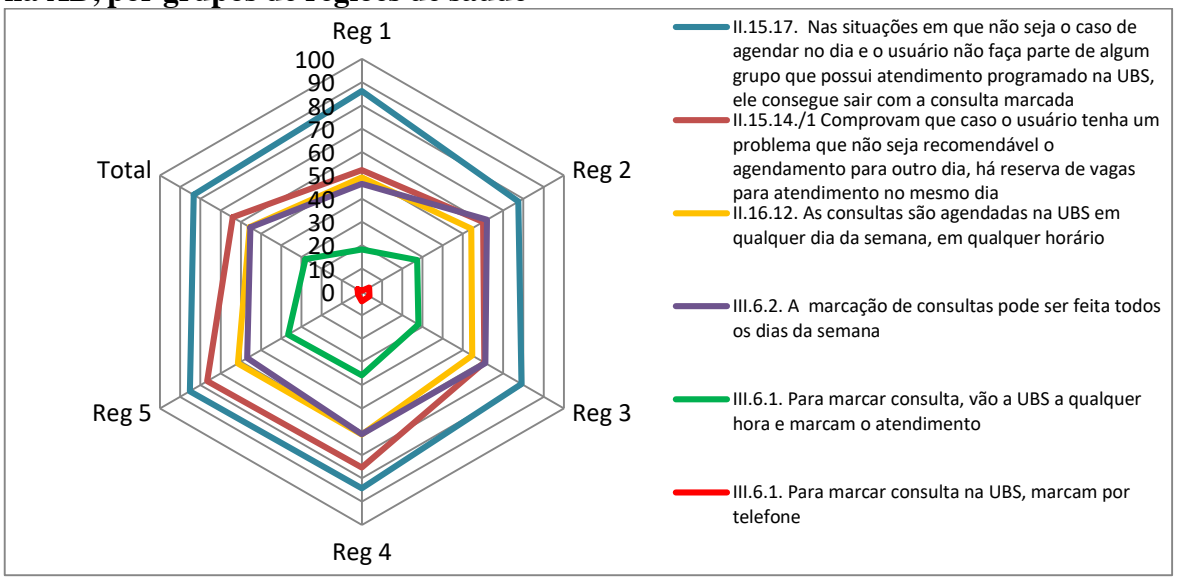
Os indicadores do componente agendamento da consulta na AB mostram uma fragilidade na organização do serviço para atendimento do usuário em tempo oportuno. As dificuldades de acesso são ainda mais nítidas nas regiões de saúde de baixa oferta e baixo desenvolvimento socioeconômico (Reg 1). A forma prioritária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

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/ alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
EqAB												
II.15.14./1 Comprovam que caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia	2700	52,3	747	60,0	2335	60,7	1015	75,4	3788	76,6	10585	64,0
II.15.17. Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na UBS, ele consegue sair com a consulta marcada	4447	86,2	965	77,5	3039	79,1	1136	84,3	4216	85,2	13800	83,4
II.16.12. As consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário	2534	49,1	675	54,2	2098	54,6	824	61,2	3041	61,5	9172	55,5
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS a qualquer hora e marcam o atendimento	3749	18,2	1341	27,4	4252	28,0	1951	35,8	7032	36,6	18325	28,0
III.6.1. Para marcar consulta na UBS, marcam por telefone	103	0,5	176	3,6	572	3,8	226	4,1	387	2,0	1464	2,2
III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS, mas tem que pegar ficha*	6064	29,4	1016	20,7	3348	22,1	1166	21,4	3720	19,3	15314	23,4
III.6.1. Para marcar consulta, vão a UBS e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da UBS abrir*	7022	34,0	1677	34,2	5041	33,2	1484	27,2	4760	24,7	19984	30,6
III.6.1. O agente comunitário de saúde marca a consulta*	2966	14,4	418	8,5	1425	9,4	417	7,7	2376	12,4	7602	11,6
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	
III.6.2. A marcação de consultas pode ser feita todos os dias da semana	9477	46,4	2997	61,9	9200	61,2	3303	61,1	10830	56,8	35807	55,3
N usuários que fazem marcação nesta UBS	*20433*		*4838*		*15043*		*5407*		*19071*		*64792*	

* Indicador não considerado para o padrão de referência.
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 3. Indicadores padrão de referência do componente agendamento da consulta na AB, por grupos de regiões de saúde



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

3.1.4. Atendimento de urgência e emergência

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

A Tabela 5 e o Gráfico 4 apresentam indicadores sobre a disponibilidade nas UBS no atendimento de urgência e emergência e sobre a procura dos usuários por esse tipo de atendimento. O atendimento de urgência e emergência é realizado por 72,9% das equipes e, em relação aos usuários, 65,3% procuraram a UBS em casos de atendimentos de urgência.

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

por parte do usuário.

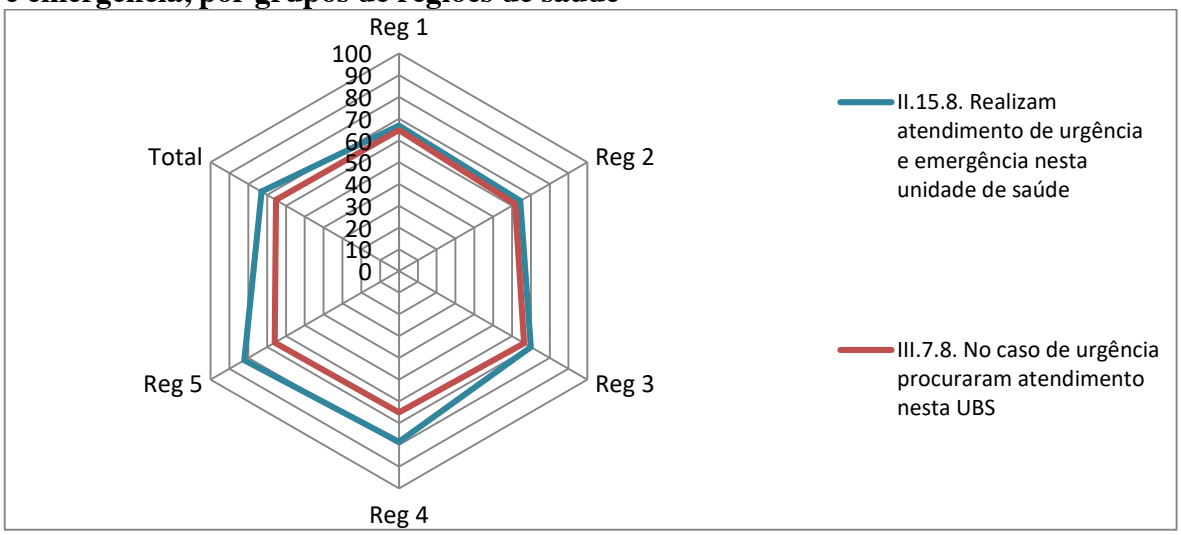
Os indicadores desse componente apontam uma coerência entre oferta de atendimento às pequenas urgências na UBS e procura por esse tipo de atendimento, com exceção das Reg 5, onde a procura por atendimento de urgência na UBS foi bem menor que a oferta. Há necessidade de aumento da disponibilidade de atendimento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

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

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

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

Gráfico 4. Indicadores padrão de referência do componente atendimento de urgência e emergência, por grupos de regiões de saúde



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

3.2. ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE

A APS tem função de fonte regular de cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente e o atributo da "longitudinalidade" se refere à responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida (Starfield, 2002; Macincko et al., 2003). Para analisar o atributo longitudinalidade, organizou-se o conjunto de indicadores nos componentes: "continuidade da relação profissional-paciente" e "qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)".

3.2.1. Continuidade da relação profissional-paciente

A "continuidade da relação profissional-paciente" abrange aspectos do cuidado ofertado aos usuários em seus diferentes ciclos de vida e da organização do serviço de modo a permitir esse acompanhamento ao longo do tempo - por exemplo, a fixação do profissional em uma mesma UBS, o atendimento do usuário pelo mesmo profissional e a realização de busca ativa dos usuários quando necessário.

A Tabela 6 e o Gráfico 5 apresentam indicadores sobre a continuidade da relação profissional-paciente. Apenas 43,4% dos profissionais respondentes do PMAQ-AB atuam 3 anos ou mais em sua equipe. A busca ativa dos hipertensos faltosos pelos ACS é realizada por 87,8% das equipes.

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

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

De uma forma geral, as piores respostas dos usuários estão nas regiões de médio/alto DSE e baixa oferta (Reg 2). Sempre são atendidos pelo mesmo médico na UBS, 58,1% dos usuários das Reg 2 e 63,2% das Reg 3. Gera curiosidade esse valor inferior das Reg 2 em relação às demais, visto que a carência de médicos é realidade de todas as regiões de saúde, mas em especial nas de baixa oferta (Reg 1 e Reg 2). Observa-se uma diferença mais considerável entre os usuários que afirmam sempre ser atendidos pelo mesmo enfermeiro, com 68,8% de respostas positivas nas Reg 1, 59,6% nas Reg 2 e 50,4% nas Reg 5. Além disso, nas Reg 2 apenas 36,8% afirmam que os profissionais os procuram para saber o que aconteceu no caso de faltas às consultas e 58,4% receberam visita à criança com até 7 dias de vida. Nas equipes das Reg 5, essa visita à criança já aumenta para 69,8% dos usuários.

Os indicadores da continuidade relação profissional-paciente revelam dificuldades na organização deste serviço devido à rotatividade de profissionais, ao baixo resgate do

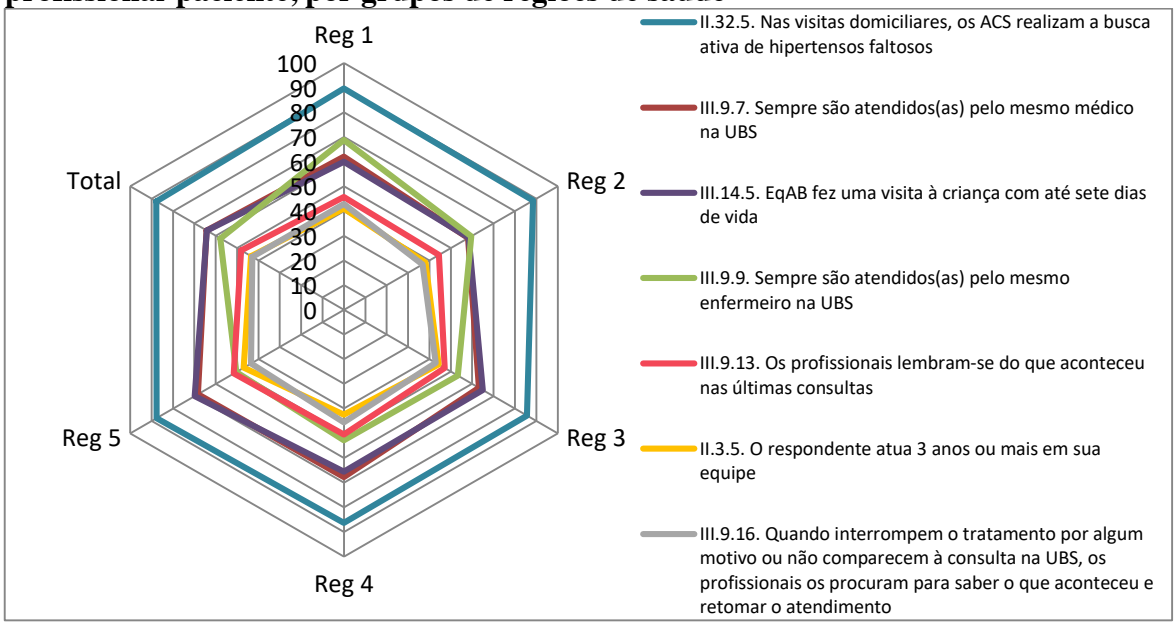
histórico de atendimento do usuário ou à não realização de busca ativa dos usuários quando necessário. Apesar da possibilidade de melhoria, os resultados mais satisfatórios podem ser observados através dos marcadores de hipertensão e puericultura, independente do grupo de regiões de saúde.

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.3.5. O respondente atua 3 anos ou mais em sua equipe	2115	41,0	475	38,2	1701	44,3	572	42,5	2318	46,9	7181	43,4
II.32.5. Nas visitas domiciliares, os ACS realizam a busca ativa de hipertensos *faltosos*	4630	89,7	1102	88,5	3291	85,6	1163	86,3	4337	87,7	14523	87,8
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.9.7. *Sempre* são atendidos(as) pelo mesmo médico na UBS	12802	62,0	2847	58,1	9583	63,2	3687	67,7	13146	68,3	42065	64,3
III.9.9. *Sempre* são atendidos(as) pelo mesmo enfermeiro na UBS	14196	68,8	2921	59,6	8083	53,3	2883	52,9	9692	50,4	37775	57,8
III.9.13. Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas	9441	45,7	2180	44,5	7150	47,1	2752	50,5	9925	51,6	31448	48,1
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	
III.9.16. Quando interrompem o tratamento por algum motivo ou não comparecem à consulta na UBS, os profissionais os procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento	4460	42,9	879	36,8	3132	43,0	1228	45,6	4383	43,5	14082	42,9
N usuários que alguma vez interrompeu o tratamento ou faltou a consulta	*10388*		*2388*		*7283*		*2693*		*10076*		*32828*	
III.14.5. A equipe fez uma visita à criança com até sete dias de vida	1570	60,0	484	58,4	1417	64,9	519	65,5	1646	69,8	5636	64,2
N usuárias com crianças até 24 meses e que fizeram pré-natal	*2616*		*829*		*2183*		*792*		*2357*		*8777*	

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

Gráfico 5. Indicadores padrão de referência do componente continuidade da relação profissional-paciente, por grupos de regiões de saúde



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

3.2.2. Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)

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

A Tabela 7 e o Gráfico 6 apresentam indicadores sobre a experiência de uso do paciente em relação à suficiência do tempo das consultas, à facilidade para tirar dúvidas ou falar de diferentes questões que preocupam o usuário e à possibilidade de escolha da equipe. Quanto à média Brasil, no caso de UBS com mais de uma equipe, somente 8,1% permitem que o usuário opte por qual equipe deseja ser atendido e, quando perguntados sobre o mesmo tema, 24,1% dos usuários respondem que podem fazer essa opção. Em relação ao profissional deixar tempo suficiente para o usuário falar de suas preocupações ou problemas, observa-se que 79,0% dos usuários respondem positivamente em relação ao médico, e 78,9% quanto ao enfermeiro. Contudo, somente 62,6% dos usuários sempre têm facilidade de tirar dúvidas quando precisam e 54,7% sempre se sentem à vontade para fazer suas colocações.

Em geral, os resultados dos indicadores nos diferentes grupos de regiões de saúde apresentam proximidade entre si, com melhores respostas nas Reg 1. A facilidade para falar com os profissionais e tirar dúvidas é maior entre os usuários das Reg 1 (64,3% responderam positivamente à questão). Os piores resultados são os das Reg 2 (57,7% responderam

positivamente). Os usuários das Reg 1 são os que mais podem escolher a equipe pela qual querem ser atendidos (27,8%) e os usuários das Reg 5 são os que menos podem escolher (20,7%). O enfermeiro reserva tempo suficiente para falar sobre suas preocupações, segundo 74,4% dos usuários das Reg 5 e 83,8% dos usuários das Reg 1. E dos grupos que menos se sentem à vontade para falar sobre suas preocupações e problemas estão 49,7% dos usuários das Reg 2.

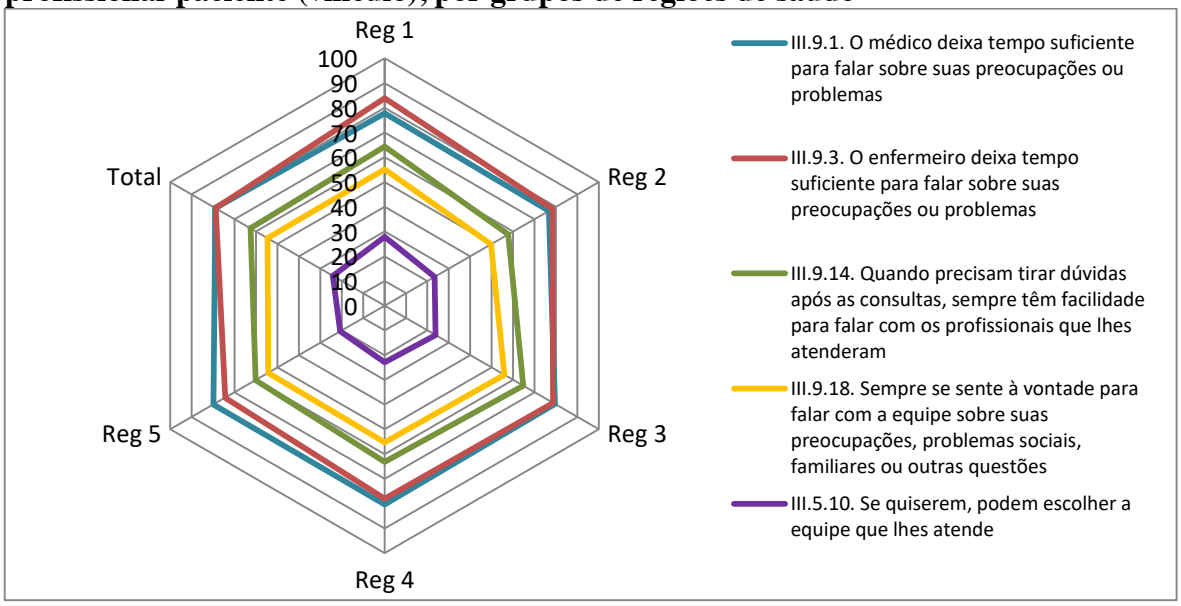
Os resultados referentes à qualidade da relação profissional-paciente (vínculo) mostram que os usuários não podem escolher a equipe pela qual desejam ser atendidos. Eles se mostram satisfeitos quanto ao tempo para falar sobre suas preocupações, independentemente do profissional. Porém, quando a questão é sobre o acesso ao profissional na pós-consulta e sobre o sentir-se à vontade para falar sobre seus problemas, os percentuais apresentam uma queda. Melhorias de comunicação durante a consulta favoreceriam a qualidade da relação profissional-paciente.

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usuários												
III.9.1. O médico deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas	15790	77,8	3716	76,7	11974	79,5	4362	80,4	15273	79,9	51115	79,0
N usuários que alguma vez foram atendidos pelo médico	*20294*		*4848*		*15055*		*5426*		*19108*		*64731*	
III.9.3. O enfermeiro deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas	16153	83,8	3631	78,4	11246	78,6	4051	78,0	13560	74,4	48641	78,9
N usuários que alguma vez foram atendidos pelo enfermeiro	*19273*		*4632*		*14302*		*5192*		*18217*		*61616*	
III.9.14. Quando precisam tirar dúvidas após as consultas, *sempre* têm facilidade para falar com os profissionais que lhes atenderam	9604	64,3	1983	57,7	7246	64,8	2519	63,1	8560	60,2	29912	62,6
N usuários que alguma vez precisou tirar dúvidas	*14942*		*3438*		*11182*		*3990*		*14211*		*47763*	
III.5.10. Se quiserem, podem escolher a equipe que lhes atende	5744	27,8	1139	23,3	3611	23,8	1247	22,9	3991	20,7	15732	24,1
III.9.18. *Sempre* se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões	11388	55,2	2436	49,7	8491	56,0	3010	55,3	10471	54,4	35796	54,7
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	

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

Gráfico 6. Indicadores padrão de referência do componente qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), por grupos de regiões de saúde



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

3.3. ATRIBUTO ABRANGÊNCIA OU INTEGRALIDADE

A integralidade envolve a capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da AB. Envolve o elenco de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados atendem às necessidades da população (Starfield, 2002). Para essa análise, foram selecionados os componentes serviços realizados/escopo de ações e resolutividade da AB.

3.3.1. Serviços realizados/escopo de ações

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

A Tabela 8 e os Gráficos 7 e 8 apresentam os indicadores sobre os serviços realizados/escopo de ações. Os indicadores relacionados à UBS mostram que 91,6% das UBS oferecem consultas médicas, 97,1% ofertam consultas de enfermagem, 76,8% dispõem de consultas odontológicas, 80,4% possuem dispensação de medicamentos pela farmácia e 85,3% têm vacinação em seu escopo de ações.

Quanto ao processo de trabalho das equipes, observa-se que 78,8% das equipes comprovam a programação de consultas e ações para usuários de programas ou grupos de

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

Considerando as usuárias com crianças até 24 meses, 69,8% fizeram a maioria das consultas de pré-natal em sua UBS e 77,6% fizeram a maioria das vacinas da criança no mesmo local. Dos usuários com diabetes, 77,7% fizeram a maioria das consultas de DM em sua UBS nos últimos 6 meses e, quanto aos usuários com HAS, o mesmo resultado representa 75,4%. Das usuárias em geral, 73,2% fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero em sua UBS. Ou seja, independente do grupo prioritário (gestante, criança, usuários com diabetes ou hipertensão), houve aproximadamente a mesma oferta de serviços e acesso dos usuários às UBS.

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

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

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

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

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

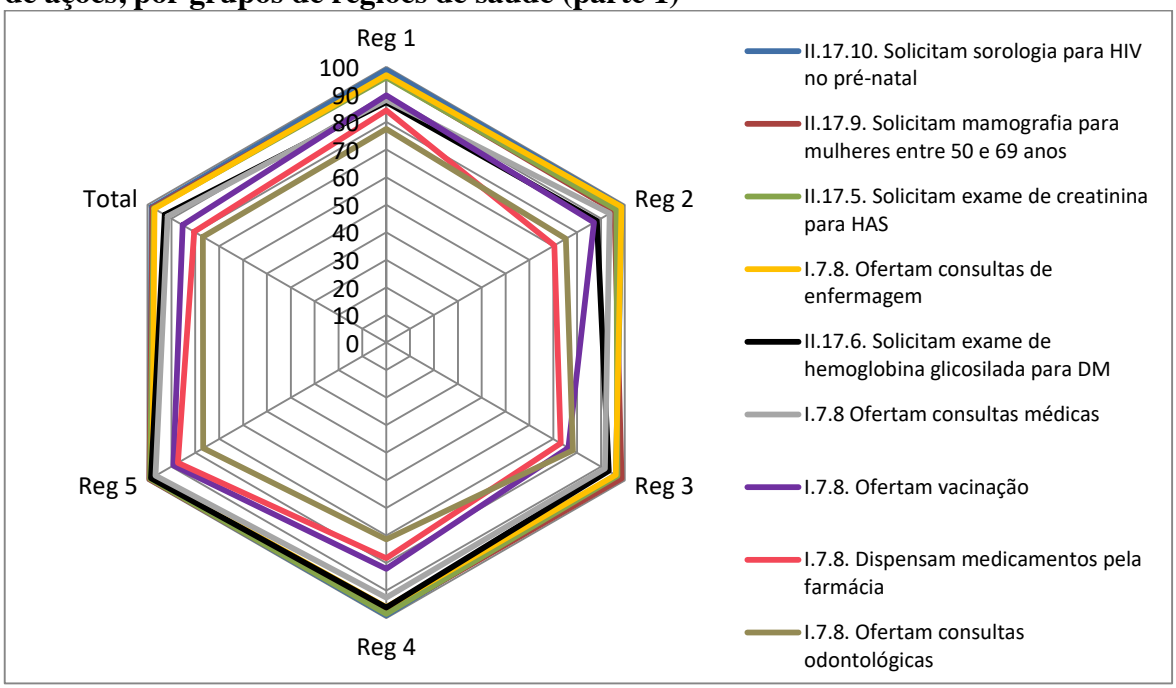
Tabela 8. Abrangência ou Integralidade: indicadores do componente serviços realizados/escopo de ações por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS												
I.7.8 Ofertam consultas médicas	4403	88,1	1077	93,6	3248	91,6	1083	92,6	2788	96,7	12599	91,6
I.7.8. Ofertam consultas de enfermagem	4851	97,0	1135	98,6	3412	96,2	1123	96,0	2825	98,0	13346	97,1
I.7.8. Ofertam consultas odontológicas	3874	77,5	867	75,3	2772	78,2	835	71,4	2212	76,7	10560	76,8
I.7.8. Dispensam medicamentos pela farmácia	4212	84,2	812	70,5	2590	73,1	916	78,3	2518	87,3	11048	80,4
I.7.8. Ofertam vacinação	4486	89,7	1002	87,1	2705	76,3	961	82,1	2573	89,2	11727	85,3
N UBS	*5000*		*1151*		*3545*		*1170*		*2883*		*13749*	
EqAB												
II.16.6. Comprova programar consultas e ações para usuários que façam parte de grupos prioritários de cuidado continuado	3887	75,3	923	74,1	2852	74,2	1110	82,4	4265	86,2	13037	78,8
II.17.5. Solicitam exame de creatinina para HAS	4964	96,2	1201	96,5	3726	96,9	1327	98,5	4889	98,9	16107	97,4
II.17.6. Solicitam exame de hemoglobina glicosilada para DM	4449	87,2	1099	88,3	3581	93,2	1296	96,2	4870	98,5	16541	92,8
II.17.9. Solicitam mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos	4980	96,5	1190	95,6	3792	98,6	1322	98,1	4906	99,2	16190	97,9
II.17.10. Solicitam sorologia para HIV no pré-natal	5104	98,9	1230	98,8	3698	96,2	1334	99,0	4898	99,0	16264	98,3
II.20.3. Realizam coleta de material para exames de laboratório	1777	34,4	606	48,7	1681	43,7	804	59,7	3836	75,1	8704	52,6
II.20.7. Realizam procedimentos na UBS	3080	59,7	742	59,7	2604	67,7	930	69,0	3080	62,3	10436	63,1
II.20.8. Realizam procedimento: sutura de ferimentos	1644	31,9	426	34,2	1372	35,7	486	36,1	1163	23,5	5091	30,8
II.32.6. Possuem mapeamento os usuários adscritos que necessitam receber cuidado no domicílio	3193	61,9	783	62,9	2557	66,5	1048	77,8	4052	81,9	11633	70,3
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.11.6. Fizeram a maioria das consultas de pré-natal nesta UBS	2128	81,3	582	70,2	1322	60,6	519	65,5	1571	66,7	6122	69,8
III.14.16. Fizeram a	2164	82,7	644	77,7	1461	66,9	598	75,5	1941	82,4	6808	77,6

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
maioria das vacinas da criança nesta UBS												
N usuárias com crianças até 24 meses	*2616*		*829*		*2183*		*792*		*2357*		*8777*	
III.16.3. Fizeram a maioria das consultas de diabetes nesta UBS nos últimos 6 meses	1494	76,6	517	76,0	1352	74,4	613	80,9	2333	80,1	6309	77,7
N usuários com diabetes	*1951*		*680*		*1816*		*758*		*2913*		*8118*	
III.15.3. Fizeram a maioria das consultas de HAS nesta UBS nos últimos 6 meses	4707	75,4	1360	74,2	4040	71,7	1663	78,0	6173	77,6	17943	75,4
N usuários com HAS	*6239*		*1833*		*5638*		*2132*		*7955*		*23797*	
III.10.6. Fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero nesta UBS	12220	72,4	2616	68,4	8371	73,9	2870	73,6	11114	74,7	37191	73,2
N usuárias	*16870*		*3825*		*11325*		*3897*		*14874*		*50791*	
MEDIA		*77,2*		*76,3*		*75,6*		*79,5*		*81,8*		*78,3*

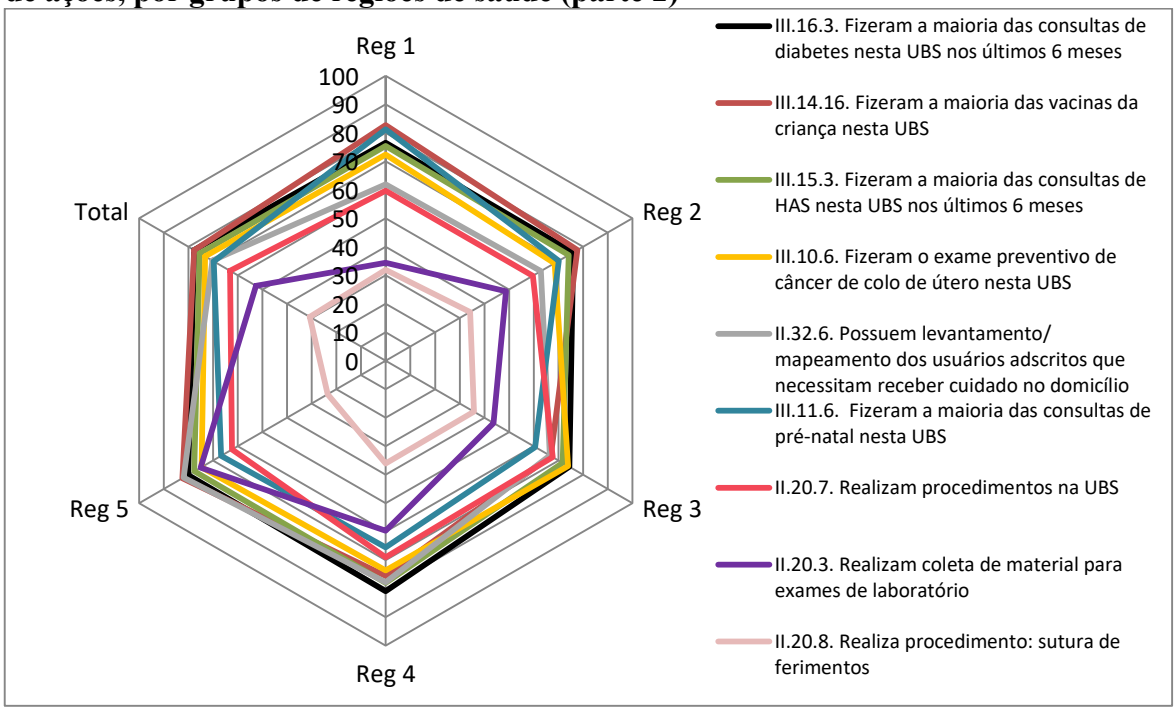
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 7. Indicadores padrão de referência do componente serviços realizados/escopo de ações, por grupos de regiões de saúde (parte 1)



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

Gráfico 8. Indicadores padrão de referência do componente serviços realizados/escopo de ações, por grupos de regiões de saúde (parte 2)



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

3.3.2. Resolutividade da AB

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

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

A educação permanente envolvendo profissionais da AB ocorre em 81,2% das equipes, porém, quando perguntado se essas ações contemplam as demandas e necessidades da equipe, apenas 61,3% responderam positivamente. Quanto ao aspecto das ofertas, 67,7%

das equipes recebem medicamentos da farmácia básica em quantidade suficiente para atender a população e 82,1% realizam todas as vacinas do calendário básico. Contudo, quando perguntados sobre os medicamentos, apenas 30,6% dos usuários afirmam que estes sempre estão disponíveis.

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

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

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

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

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

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

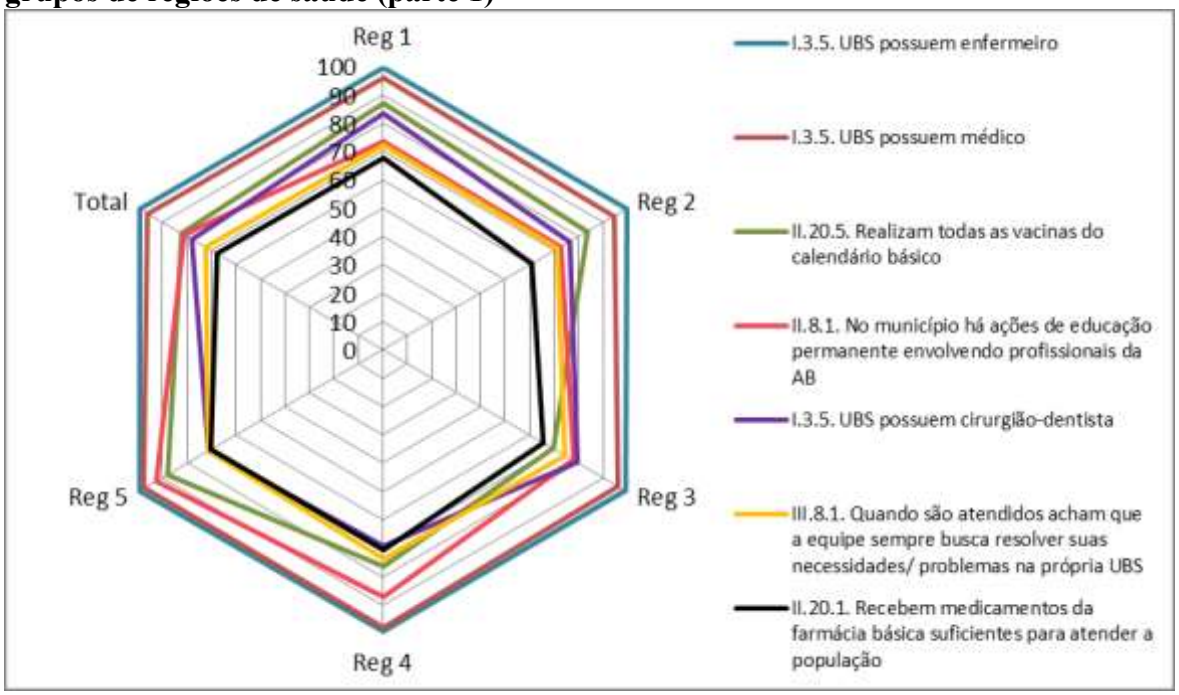
Tabela 9. Abrangência ou Integralidade: indicadores do componente resolutividade da AB por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
UBS												
I.3.5. UBS possuem médico	4796	95,9	1088	94,5	3407	96,1	1144	97,8	2811	97,5	13246	96,3
I.3.5. UBS possuem enfermeiro	4969	99,4	1146	99,6	3510	99,0	1159	99,1	2866	99,4	13650	99,3
I.3.5. UBS possuem cirurgião-dentista	4166	83,3	879	76,4	2817	79,5	807	69,0	2059	71,4	10728	78,0
N UBS	*5000*		*1151*		*3545*		*1170*		*2883*		*13749*	
EqAB												
II.12.2. Recebem apoio do NASF	2944	57,1	577	46,3	1768	46,0	611	45,4	3384	68,4	9284	56,1
II.12.3. Recebem apoio de psicólogo do NASF*	2472	47,9	498	40,0	1510	39,3	529	39,3	2945	59,6	7954	48,1
II.12.3. Recebem apoio de fisioterapeuta do NASF*	2467	47,8	476	38,2	1364	35,5	428	31,8	2711	54,8	7446	45,0
II.12.3. Recebem apoio de nutricionista do NASF*	2371	45,9	439	35,3	1403	36,5	483	35,9	2510	50,8	7206	43,6
II.12.3. Recebem apoio de assistente social do NASF*	2056	39,8	392	31,5	1128	29,3	380	28,2	2263	45,8	6219	37,6
II.12.3. Recebem apoio de farmacêutico do NASF*	985	19,1	243	19,5	766	19,9	288	21,4	1462	29,6	3744	22,6
II.12.3. Recebem apoio de ginecologista do NASF*	712	13,8	153	12,3	424	11,0	161	12,0	840	17,0	2290	13,8
II.12.3. Recebem apoio de pediatra do NASF*	623	12,1	163	13,1	393	10,2	172	12,8	822	16,6	2173	13,1
II.12.3. Recebem apoio	420	8,1	85	6,8	216	5,6	113	8,4	948	19,2	1782	10,8

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
de psiquiatra do NASF*												
II.8.1. No município há ações de educação permanente envolvendo profissionais da AB	3794	73,5	904	72,6	2992	77,8	1172	87,0	4576	92,5	13438	81,2
II.8.4 Quando há ações de educação permanente, estas contemplam as demandas e necessidades da equipe	2800	54,3	688	55,3	2180	56,7	900	66,8	3627	73,3	10195	61,3
II.20.1. Recebem medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a população	3504	67,9	761	61,1	2518	65,5	949	70,5	3460	70,0	11192	67,7
II.20.5. Realizam todas as vacinas do calendário básico	4498	87,2	1042	83,7	2678	69,7	1031	76,5	4335	87,7	13584	82,1
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.8.1. Quando são atendidos acham que a equipe *sempre* busca resolver suas necessidades/problemas na própria UBS	14878	72,1	3492	71,3	11280	74,4	4005	73,5	13736	71,4	47391	72,5
III.18.1. *Nunca* falta material ou equipamento na UBS que prejudique seu atendimento	12250	59,3	2943	60,1	10566	69,7	3913	71,9	12968	67,4	42640	65,2
III.9.22 *Sempre* encontram facilidade para saber os resultados de seus exames	12890	62,4	3185	65,0	10581	69,8	3751	68,9	12532	65,2	42939	65,7
III. 18.2. Quando o profissional receita um medicamento, este está *sempre* disponível	6462	31,3	1250	25,5	3873	25,5	1664	30,6	6760	35,1	20009	30,6
III.7.5. As orientações que os profissionais fornecem na UBS *sempre* atendem suas necessidades	10966	53,1	2435	49,7	8529	56,2	2849	52,3	9760	50,7	34539	52,8
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	

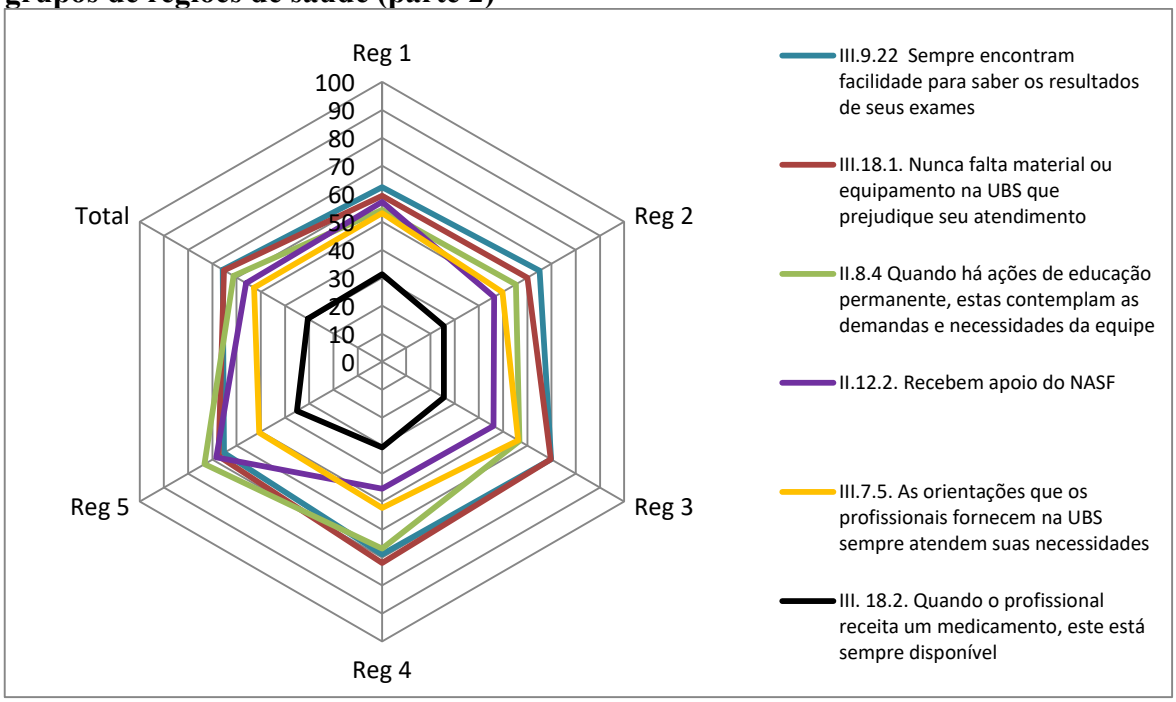
* Indicador não considerado para o padrão de referência.
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 9. Indicadores padrão de referência do componente resolutividade na AB, por grupos de regiões de saúde (parte 1)



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

Gráfico 10. Indicadores padrão de referência do componente resolutividade na AB, por grupos de regiões de saúde (parte 2)



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

3.4. ATRIBUTO COORDENAÇÃO

A coordenação refere-se à capacidade dos prestadores de Atenção Primária gerirem o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial. (Giovanella e Mendonça, 2012). Está relacionada à continuidade da atenção entre profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e comunicação, e à existência de referências/fluxos entre os serviços (Almeida et al., 2010). Para avaliá-la escolheu-se os componentes continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso à consulta/exames especializados e comunicação direta entre serviços AB e AE para a análise da coordenação do cuidado pelas equipes de Atenção Básica.

3.4.1. Continuidade informacional

A "continuidade informacional" abarca a organização do serviço para registrar as ações realizadas, incluindo os prontuários, que favorecem a disponibilidade e utilização da informação para uma atenção mais integral e voltada às necessidades do paciente (Navarrete et al., 2005). A continuidade informacional entre diversos serviços e níveis de atenção aumenta as possibilidades de colaboração/comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Almeida *et al.,* 2014). O registro e acompanhamento de casos mais graves encaminhados demonstra iniciativa de coordenação.

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

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

Comparando os grupos de regiões de saúde para todos os indicadores, valores superiores à média Brasil e aos demais grupos são apresentados nas equipes das regiões de saúde de alto DSE e alta oferta (Reg 5). A única exceção ocorre no registro de usuários com hanseníase, em que a Reg 2 se destaca com 66,2% das equipes apresentando comprovação.

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

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

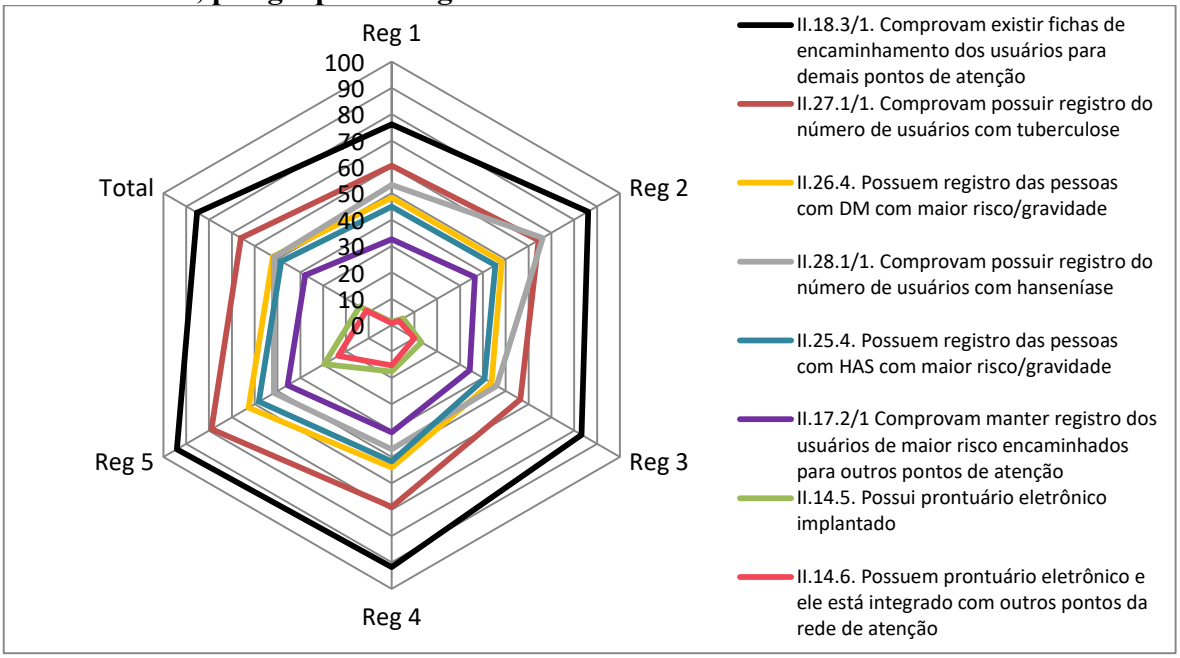
Tabela 10. Coordenação: indicadores do componente continuidade informacional por grupos de regiões de saúde

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

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

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

Gráfico 11. Indicadores padrão de referência do componente continuidade informacional, por grupos de regiões de saúde



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

3.4.2. Ordenamento de fluxos assistenciais

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

Na Tabela 11 e Gráfico 12 são apresentados os indicadores de ordenamento de fluxos

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

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

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

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

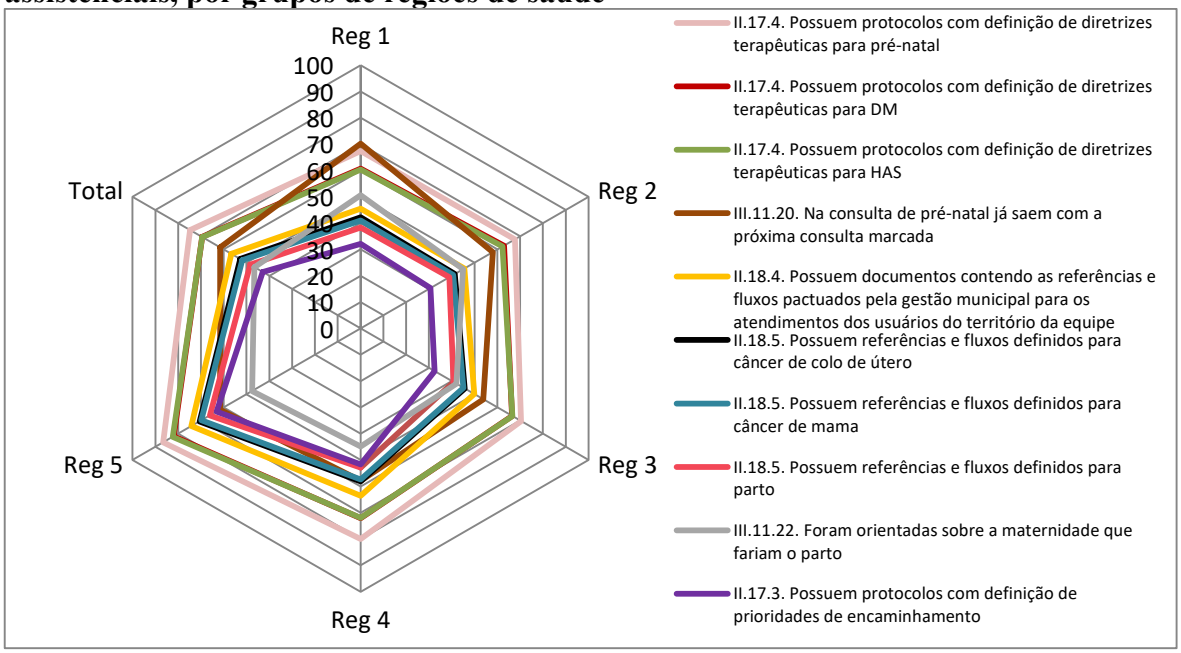
Tabela 11. Coordenação: indicadores do componente ordenamento de fluxos assistenciais, por grupos de regiões de saúde

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

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

Gráfico 12. Indicadores padrão de referência do componente ordenamento de fluxos assistenciais, por grupos de regiões de saúde



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

3.4.3. Acesso a consultas/exames especializados

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

Na Tabela 12 e Gráfico 13 são apresentados indicadores do componente acesso a consultas/exames especializados. Na média Brasil, 89,8% das equipes possuem central para marcação de consulta especializada e 86,8% possuem central para marcação de exames. Ao necessitar ser encaminhado para consulta especializada, somente 26,2% das equipes respondem que o usuário já sai da UBS com a consulta agendada e 61,0% das equipes

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

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

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

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

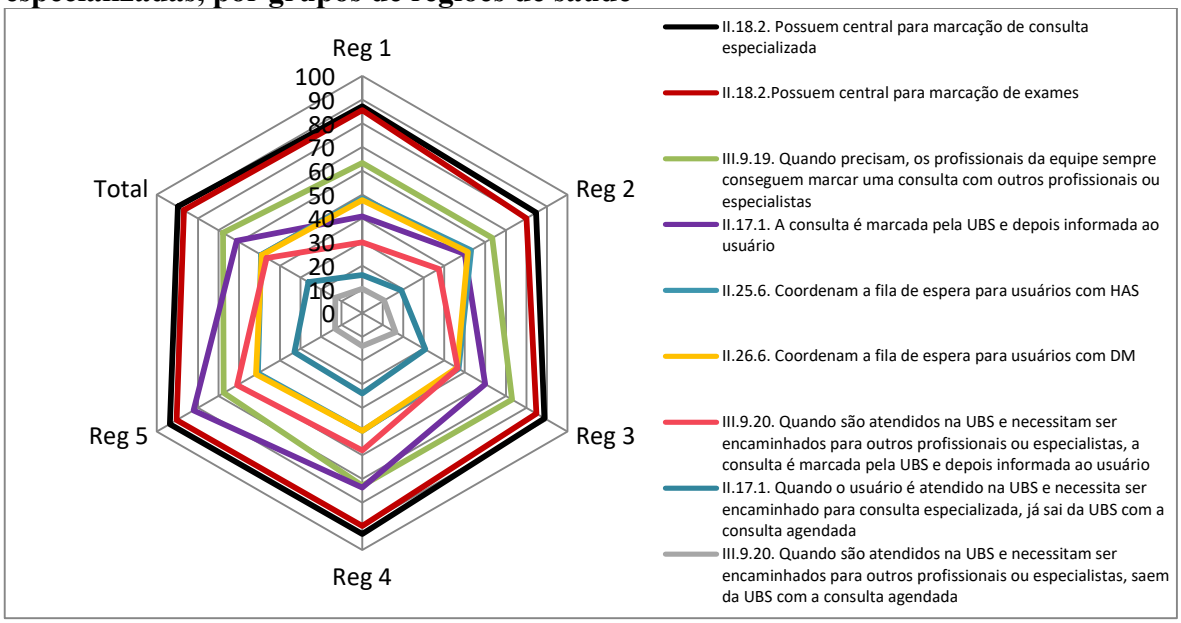
Tabela 12. Coordenação: indicadores do componente acesso à consultas/exames especializados, por grupos de regiões de saúde

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/ alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ou especialistas, a consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário												
N usuários que alguma vez precisou marcar consultas com especialistas	*13897*		*3279*		*11491*		*4171*		*14761*		*47599*	

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

Gráfico 13. Indicadores padrão de referência do componente acesso a consultas especializadas, por grupos de regiões de saúde



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

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

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

Na Tabela 13 e Gráfico 14 são apresentados indicadores do componente comunicação direta entre serviços da Atenção Básica e Atenção Especializada. As equipes de Atenção Básica que fizeram contato com especialistas representam 67,0%, enquanto as que foram contatadas por especialistas correspondem a menos da metade das equipes (48,5%). A

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

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

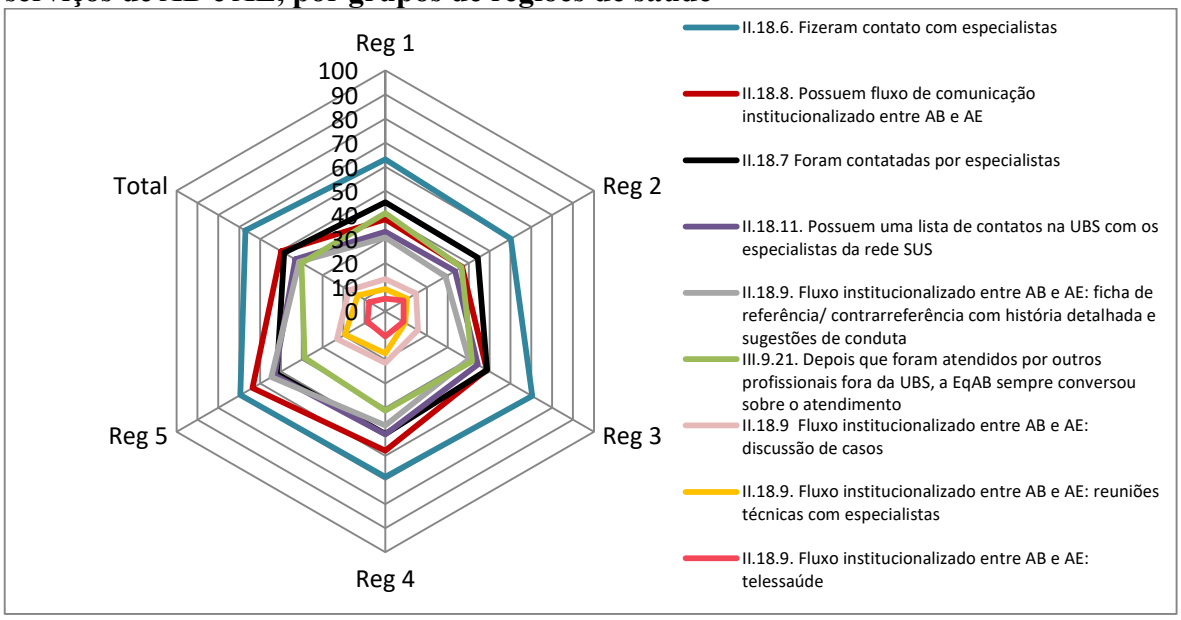
Na comunicação direta entre serviços de AB e AE, o único resultado que ultrapassa a metade das equipes está no contato feito pela Atenção Básica com os especialistas. A institucionalização de fluxos de comunicação seria um grande avanço na organização dos serviços para potencializar o cuidado em saúde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

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.18.6. Fizeram contato com especialistas	3258	63,1	748	60,1	2707	70,4	926	68,7	3436	69,5	11075	67,0
II.18.7 Foram contatadas por especialistas	2333	45,2	553	44,4	1876	48,8	686	50,9	2576	52,0	8021	48,5
II.18.8. Possuem fluxo de comunicação institucionalizado entre AB e AE	1973	38,2	458	36,8	1870	48,6	779	57,8	3150	63,7	8230	49,8
II.18.9 Fluxo institucionalizado entre AB e AE: discussão de casos	684	13,3	184	14,8	599	15,6	288	21,4	1141	23,1	2896	17,5
II.18.9. Fluxo institucionalizado entre AB e AE: reuniões técnicas com especialistas	476	9,2	130	10,4	368	9,6	235	17,4	953	19,3	2162	13,1
II.18.9. Fluxo institucionalizado entre AB e AE: telessaúde	266	5,2	109	8,8	336	8,7	140	10,4	426	8,6	1277	7,7
II.18.9. Fluxo institucionalizado entre AB e AE: ficha de referência/ contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta	1581	30,6	359	28,8	1543	40,1	639	47,4	2698	54,6	6820	41,2
II.18.11. Possuem uma lista de contatos na UBS com os especialistas da rede SUS	1701	33,0	417	33,5	1704	44,3	688	51,1	2619	53,0	7129	43,1
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.9.21. Depois que foram atendidos por outros profissionais fora da UBS, a EqAB *sempre* conversou sobre o atendimento	5665	40,8	1199	36,6	4783	41,6	1718	41,2	5713	38,7	19078	40,1
N usuários que alguma vez precisou marcar consultas com especialistas	*13897*		*3279*		*11491*		*4171*		*14761*		*47599*	

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

Gráfico 14. Indicadores padrão de referência do componente comunicação direta entre serviços de AB e AE, por grupos de regiões de saúde



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

3.5. ATRIBUTO ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

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

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

3.5.1. Territorialização

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

Na Tabela 14 e Gráfico 15 são expostos indicadores sobre a territorialização. Na média Brasil, 4 ou mais ACS estão presentes em 91,7% das UBS. A área de abrangência definida é um dos indicadores com resultados mais elevados, existente em 97,7% das

equipes. Contudo, ainda há população descoberta pela Atenção Básica no território de 33,4% das equipes, 64,1% das equipes têm até 3500 pessoas sob sua responsabilidade e apenas 53,9% afirmam que a gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para essa definição de quantidade de pessoas.

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

Observou-se diferenças na territorialização nas diferentes regiões de saúde. Há 27,3% de equipes com população descoberta no território nas regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), e 44,0% nas regiões de médio/alto DSE e baixa oferta (Reg 2). Já em relação às equipes com até 3500 pessoas sob sua responsabilidade, a maior concentração está nas Reg 1, com 72,4% de respostas positivas e a pior concentração nas Reg 5, com apenas 53,4% das equipes. Isso é compatível com a alta concentração populacional em municípios maiores e, portanto, há necessidade de muitas equipes para cobertura populacional. Quando perguntadas se a gestão adotou critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob sua responsabilidade, a variação foi de 47,5% de respostas positivas nas regiões de médio DSE e média/alta oferta (Reg 3) e 61,0% nas regiões de alto DSE e alta oferta (Reg 5).

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

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

precisam adequar suas condutas terapêuticas à realidade dos usuários, pois menos da metade dos usuários, em todas as regiões, as consideram adequadas.

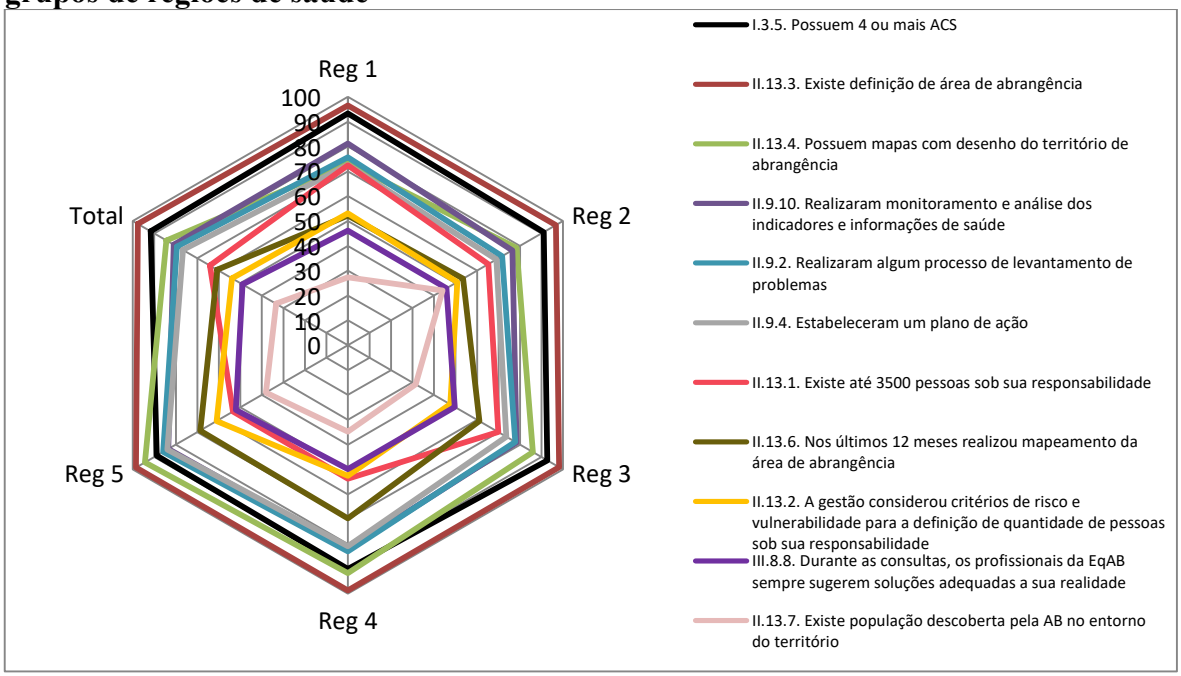
Tabela 14. Orientação para a comunidade: indicadores do componente territorialização, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS												
I.3.5. Possuem 4 ou mais ACS	4664	93,3	1047	91,0	3286	92,7	1054	90,1	2560	88,8	12611	91,7
N UBS	*5000*		*1151*		*3545*		*1170*		*2883*		*13749*	
EqAB												
II.13.3. Existe definição de área de abrangência	4979	96,5	1203	96,6	3775	98,2	1329	98,7	4872	98,5	16158	97,7
II.13.7. Existe população descoberta pela AB no entorno do território	1410	27,3	548	44,0	1210	31,5	469	34,8	1891	38,2	5528	33,4
II.13.1. Existe até 3500 pessoas sob sua responsabilidade	3736	72,4	813	65,3	2687	69,9	724	53,7	2641	53,4	10601	64,1
II.13.2. A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de quantidade de pessoas sob sua responsabilidade	2739	53,1	633	50,8	1827	47,5	707	52,5	3017	61,0	8923	53,9
II.13.4. Possuem mapas com desenho do território de abrangência	3784	73,3	976	78,4	3307	86,0	1235	91,7	4661	94,3	13963	84,4
II.13.6. Nos últimos 12 meses realizou mapeamento da área de abrangência	2724	52,2	672	53,5	2367	61,1	946	69,7	3437	68,7	10146	60,7
II.9.10. Realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	4191	81,2	951	76,4	3012	78,4	1109	82,3	4130	83,5	13393	81,0
II.9.2. Realizam algum processo de levantamento de problemas	3905	75,7	891	71,6	2991	77,8	1118	83,0	4249	85,9	13154	79,5
II.9.4. Estabelecem um plano de ação	3745	72,6	859	69,0	2829	73,6	1090	80,9	4156	84,0	12679	76,7
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.8.8. Durante as consultas, os profissionais da	9515	46,1	2241	45,8	7526	49,6	2711	49,8	10017	52,1	32010	49,0

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB *sempre* sugerem soluções adequadas a sua realidade												
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	

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

Gráfico 15. Indicadores padrão de referência do componente territorialização, por grupos de regiões de saúde



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

3.5.2. Intersetorialidade

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

A Tabela 15 e Gráfico 16 apresentam os resultados dos indicadores selecionados sobre a intersetorialidade. Na média Brasil, 59,6% das equipes planejam suas atividades considerando o envolvimento de outros setores de sua área. Em relação aos mapas, apenas 19,2% das equipes possuem mapas com sinalização de área de risco e 45,8% das equipes possuem mapa com sinalização dos equipamentos sociais. No que se refere ao Programa Bolsa Família (PBF), 74,9% das equipes realizam busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento e 49,2% comprovam existência de mapa de acompanhamento das famílias cadastradas. Cerca de metade das equipes (53,8%) apresentam registro de realização de atividades nas escolas. Algumas equipes atuam em territórios com implantação de cisternas, dentre as quais, 80,7% têm seus ACS fazendo ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas.

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

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

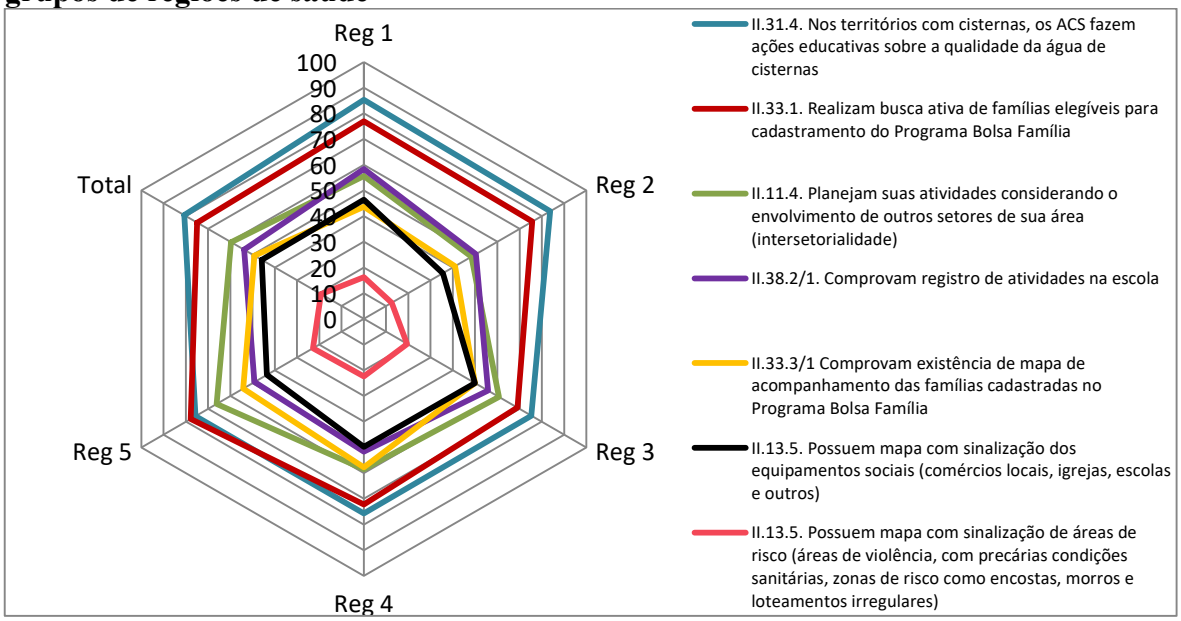
A ação intersetorial a partir das variáveis analisadas pode ser considerada deficiente no cotidiano das equipes. A maioria dos indicadores apresenta resultados positivos para menos de 50% das equipes. Um dos pontos de maior avanço é o planejamento considerando outros setores, porém, este não está associado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

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

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

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

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



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

3.5.3. Participação social

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

Na Tabela 16 e no Gráfico 17, são apresentados indicadores sobre a participação social. O conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente está presente na UBS, segundo 59,2% das equipes. A disponibilidade de canais de comunicação para demandas dos usuários – reclamações e/ou sugestões – é confirmada por 73,1% das equipes e 88,3% dizem levam em conta a opinião do usuário na reorganização e qualificação do processo de trabalho. Todavia, apenas 36,8% das equipes entrevistadas realizam pesquisa de satisfação com os usuários.

Quando querem fazer uma reclamação ou sugestão na UBS, 49,6% dos usuários conseguem. Entre os que fizeram reclamação ou sugestão, somente 23,6% afirmam obter retorno rapidamente.

Em relação aos grupos de regiões de saúde, percebe-se similaridade entre a opinião dos usuários e variabilidade entre as respostas das equipes. Nas equipes das Reg 5, 69,4%

possuem conselho local de saúde ou instância colegiada similar, percentual superior às demais regiões, em especial, a Reg 3, com 51,6% das equipes afirmando o mesmo. Essa variação é similar em relação à disponibilidade dos canais de comunicação: 85,1% nas equipes das Reg 5, 83,5% nas Reg 4 e, no outro extremo, 60,6% nas Reg 2 e 63,7% nas Reg 1.

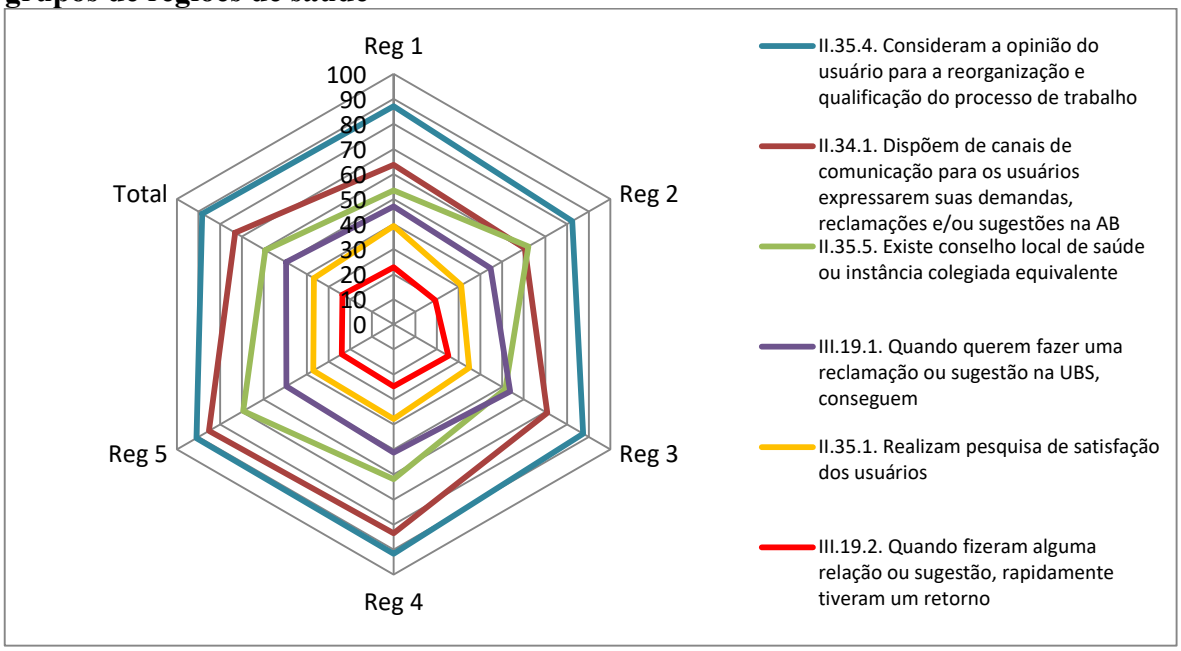
Observa-se maior presença de canais de comunicação para os usuários do que espaços formais de decisão como conselhos locais de saúde, e ambos estão mais instituídos nas Reg 5. Nas regiões de saúde como um todo, as respostas são positivas em relação a considerar a opinião do usuário na reorganização e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

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

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.35.5. Existe conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente	2763	53,5	773	62,1	1984	51,6	834	61,9	3432	69,4	9786	59,2
II.34.1. Dispõem de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na AB	3285	63,7	754	60,6	2723	70,8	1125	83,5	4208	85,1	12095	73,1
II.35.1. Realizam pesquisa de satisfação dos usuários	2024	39,2	389	31,2	1339	34,8	509	37,8	1831	37,0	6092	36,8
II.35.4. Consideram a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho	4493	87,1	1026	82,4	3360	87,4	1234	91,6	4500	91,0	14613	88,3
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.19.1. Quando querem fazer uma reclamação ou sugestão na UBS, conseguem	3006	47,0	756	44,8	2772	53,7	985	51,3	3713	49,5	11232	49,6
III.19.2. Quando fizeram alguma relação ou sugestão, rapidamente tiveram um retorno	1449	22,7	324	19,2	1299	25,2	476	24,8	1794	23,9	5342	23,6
N usuários que precisaram fazer reclamação ou sugestão na UBS	*6393*		*1686*		*5158*		*1919*		*7505*		*22661*	

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

Gráfico 17. Indicadores padrão de referência do componente participação social, por grupos de regiões de saúde



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

3.6. ATRIBUTO CENTRALIDADE NA FAMÍLIA

O atributo centralidade na família visa a consideração do contexto e da dinâmica familiar a fim de dar melhores respostas às necessidades de cada membro. Pode ser avaliado por dois eixos principais na ação das equipes: as informações sobre família disponíveis nos prontuários, bem como o conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família e sua maior ou menor capacidade de cuidado (Starfield, 2002). Das variáveis disponíveis no instrumento do PMAQ-AB, constata-se a quase ausência de variáveis específicas deste atributo e, ao mesmo tempo, uma valorização da visita domiciliar como forma de abordagem familiar.

Os indicadores selecionados para análise deste atributo buscam identificar quais são as estratégias e a forma de organização das equipes para possibilitar o cuidado e acompanhamento à família, em complementação ao cuidado individual.

3.6.1. Abordagem familiar

Os indicadores da abordagem familiar abarcam principalmente duas perspectivas: de registro/comprovação das ações voltadas à família e de visita domiciliar. Abrangem ações relacionadas ao acompanhamento e ao cuidado prestado à família, seja na organização do prontuário, ou no atendimento realizado no domicílio.

Na Tabela 17 e no Gráfico 18 são apresentados os indicadores para abordagem

familiar. A grande maioria das equipes (78,7%) comprova a organização dos prontuários por núcleos familiares. Na quase totalidade das equipes (99,6%), as visitas domiciliares são realizadas tanto por ACS como por outros membros das equipes. 93,0% visitam as famílias com periodicidade distinta, de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade e 96,0% registram as consultas ou atendimentos realizados no domicílio. Todavia, somente 49,5% dos usuários afirma que os profissionais perguntam por seus familiares, 85,1% dos usuários recebem visita dos ACS e 29,5% já receberam visita de outros profissionais de saúde.

Observa-se uma mínima variação na maior parte dos indicadores, segundo os diferentes grupos de regiões de saúde. Uma diferença importante pode ser observada na organização dos prontuários por núcleos familiares, com os extremos de 69,2% nas regiões de médio/alto DSE e baixa oferta (Reg 2) e 84,8% nas regiões de baixo DSE e baixa oferta (Reg 1). Neste atributo, outra observação é que, apesar da baixa variabilidade, as Reg 2 agregam os piores resultados.

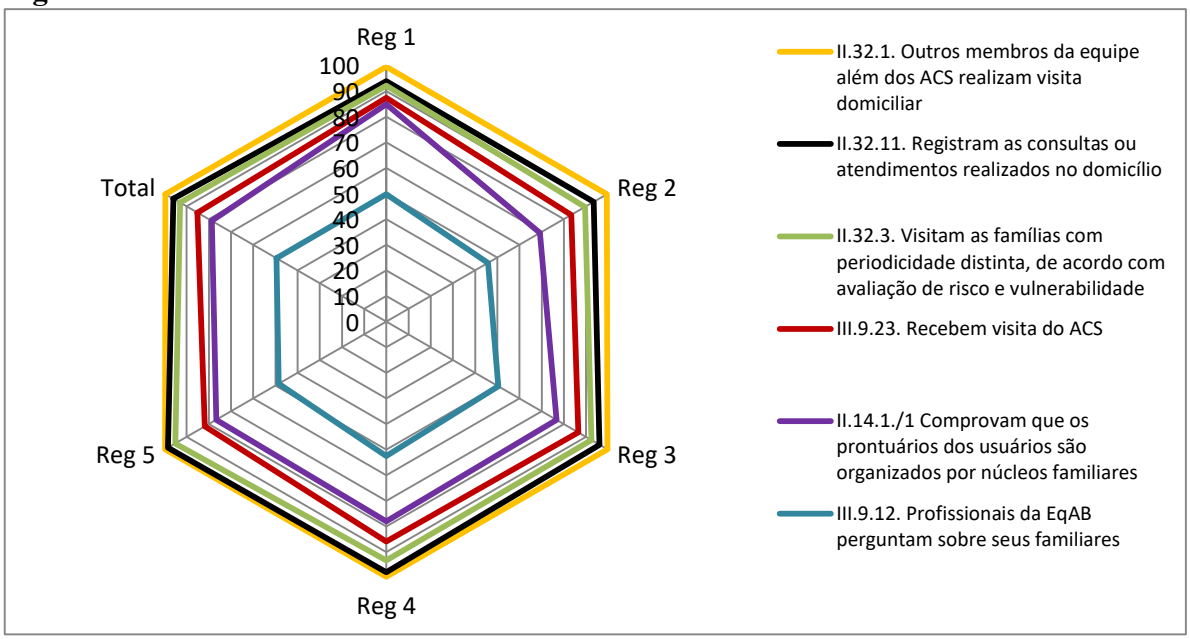
Para o atributo centralidade da família, alguns avanços podem ser identificados em relação à visita domiciliar, realizada tanto pelos ACS, como por outros profissionais de saúde e uma priorização dessas visitas de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade. No entanto, faltam elementos fundamentais para uma abordagem dos profissionais que envolva mais diretamente a família como um todo.

Tabela 17. Centralidade na família: indicadores do componente abordagem familiar, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.14.1./1 Comprovam que os prontuários dos usuários são organizados por núcleos familiares	4378	84,8	862	69,2	2948	76,7	1049	77,9	3789	76,6	13026	78,7
II.32.1. Outros membros da equipe além dos ACS realizam visita domiciliar	5132	99,5	1238	99,4	3829	99,6	1342	99,6	4936	99,8	16477	99,6
II.32.3. Visitam as famílias com periodicidade distinta, de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade	4752	92,1	1117	89,6	3553	92,4	1255	93,2	4704	95,1	15381	93,0
II.32.11. Registram as consultas ou atendimentos realizados no domicílio	4838	93,8	1164	93,5	3695	96,1	1317	97,8	4868	98,4	15882	96,0
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.9.12. Profissionais da EqAB perguntam sobre seus familiares	10267	49,7	2242	45,8	7660	50,5	2857	52,5	9336	48,5	32362	49,5
III.9.23. Recebem visita do ACS	18023	87,3	4081	83,3	13123	86,5	4671	85,8	15726	81,8	55624	85,1
III.9.24. Recebem visita de outros profissionais de saúde*	6301	30,5	1338	27,3	4165	27,5	1532	28,1	5981	31,1	19317	29,5
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	

* Indicador não considerado para o padrão de referência.
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 18. Indicadores padrão de referência da abordagem familiar, por grupos de regiões de saúde



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

3.7. ATRIBUTO COMPETÊNCIA CULTURAL

A competência cultural implica o reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, culturais e diferentes representações sociais dos processos saúde-doença (Starfield, 2002).

O atributo da competência cultural contribui para uma compreensão da dinâmica individual e de grupos sociais que se expressa em um cuidado mais integral (Muller, *et al.,* 2007). Seu foco expande a noção simples de "considerar as crenças" para envolver diferentes elementos como a mobilização intersetorial, a dinâmica familiar e as redes de apoio social. Importante destacar o papel da cultura e do biológico como complementares (Targa e Oliveira, 2012).

3.7.1. Abordagem cultural

De antemão, observa-se fragilidade do instrumento do PMAQ-AB na abordagem competência cultural e dificuldade para a escolha de variáveis, visto que poucas delas conseguem refletir aspectos da competência cultural. As variáveis selecionadas envolvem a adoção de estratégias terapêuticas mais adequadas à realidade aos usuários, incluindo as possíveis necessidades especiais de grupos populacionais específicos.

A Tabela 18 e o Gráfico 19 apresentam os quatro indicadores selecionados para a abordagem cultural. Pode-se observar na média Brasil que apenas 18,8% das equipes

ofertam o serviço de práticas integrativas e complementares, 32,2% realizam ações gerais para a população rural, assentados e quilombolas e somente 11,6% ofertam atendimento à essa população. Ao mesmo tempo, 90,3% usuários entrevistados responderam sempre se sentir respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião.

No que se refere à distribuição segundo diferentes grupos de regiões de saúde, constata-se uma variação importante na oferta de práticas integrativas e complementares, que, apesar de baixa em todos os grupos, se apresenta maior nas Reg 5 (31,1%) e menor nas Reg 1 (11,4%) e Reg 3 (12,6%). Em relação às ações ofertadas para a população rural, assentados e quilombolas, destacam-se positivamente as respostas das Reg 1 (46,8%) e das Reg 2 e 3 (com cerca de 39% cada), em contraposição com os 12,0% das Reg 5 e 22,7% das Reg 4. Essa situação se agrava quando o tema é "atendimento" a população rural, assentados e quilombolas, com os extremos de 21,8% de respostas nas Reg 2 e 3,0% nas Reg 5.

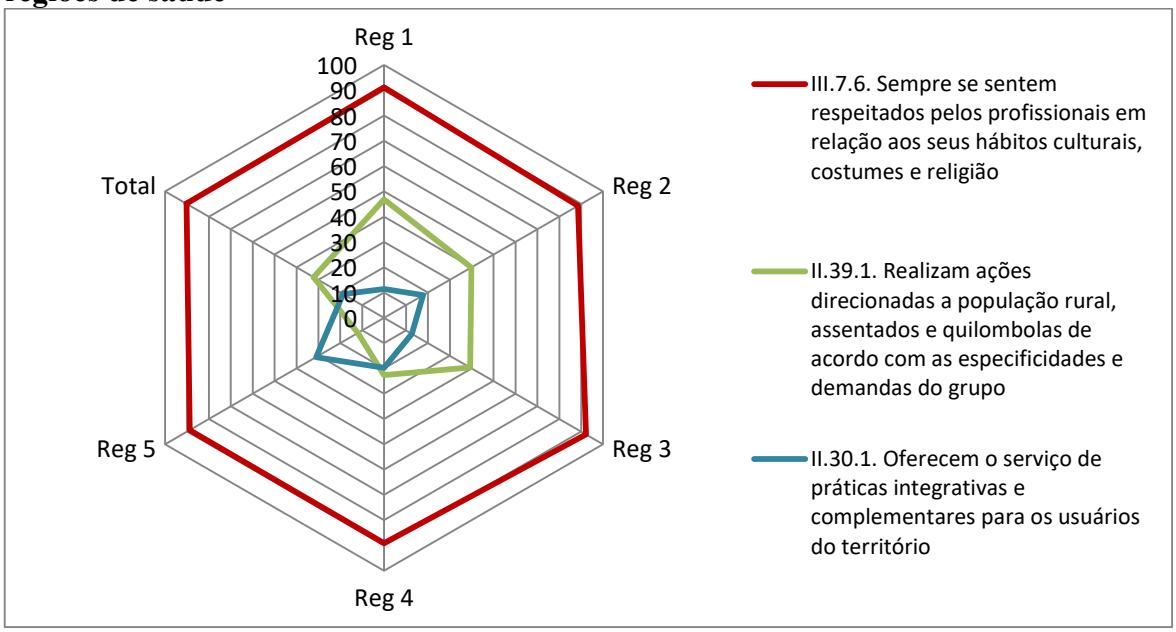
Os indicadores do componente abordagem cultural mostram-se insuficientes para a análise desse atributo, visto as limitações do instrumento do PMAQ-AB e da própria política nacional de AB nessa temática. Apesar de uma análise superficial, os dados apontam para uma dificuldade de acesso e de cuidado a diferentes grupos populacionais. Isso é expresso pela baixa oferta de serviços à população rural, assentada e quilombola em especial nos grandes centros, e de poucas equipes oferecendo práticas integrativas e complementares como forma de cuidado. Uma noção interessante parece ser o respeito das equipes aos padrões culturais dos usuários.

Tabela 18. Competência Cultural: indicadores do componente abordagem cultural, por grupos de regiões de saúde

INDICADORES	Reg 1 Baixo DSE e baixa oferta		Reg 2 Médio/alto DSE e baixa oferta		Reg 3 Médio DSE e média/alta oferta		Reg 4 Alto DSE e média oferta		Reg 5 Alto DSE e alta oferta		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EqAB												
II.39.1. Realizam ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo	2417	46,8	495	39,8	1510	39,3	306	22,7	591	12,0	5319	32,2
II.39.2. Atendem a população rural, assentada e quilombola*	974	18,9	272	21,8	401	10,4	116	8,6	148	3,0	1911	11,6
II.30.1. Oferecem o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território	590	11,4	221	17,8	486	12,6	267	19,8	1540	31,1	3104	18,8
N EqAB	*5160*		*1245*		*3844*		*1347*		*4945*		*16541*	
Usuários												
III.7.6. <u>*Sempre*</u> se sentem respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião	18803	91,1	4332	88,5	13980	92,2	4854	89,1	17077	88,8	59046	90,3
N usuários	*20646*		*4897*		*15168*		*5446*		*19234*		*65391*	

* Indicador não considerado para o padrão de referência
Fonte: Banco do PMAQ AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

Gráfico 19. Indicadores padrão de referência da abordagem cultural, por grupos de regiões de saúde



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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em décadas recentes tem-se observado o crescente debate sobre as vantagens do fortalecimento da APS nos sistemas de saúde que optam por organizar seus serviços em rede. A literatura sobre o tema, em geral, indica que sistemas de saúde com APS forte estão associados a melhores resultados de saúde; maior acesso aos serviços; maior qualidade de atendimento, redução dos cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais, além de favorecer o diagnóstico e o tratamento precoce dos problemas de saúde.

Nesta investigação, analisar os resultados do PMAQ-AB a partir dos atributos da APS definidos por Starfield (2002) foi uma tentativa de colaborar para a qualificação da APS no Brasil, sinalizando elementos tanto da prática profissional, como da organização do serviço, que se relacionam com aspectos da qualidade do cuidado em saúde.

Os resultados do presente estudo estão sintetizados a seguir. O atributo **primeiro contato** apresentou os melhores resultados dentre os demais atributos. O horário de funcionamento das UBS em geral foi adequado, com usuários satisfeitos quanto ao atendimento de suas necessidades e a distância de sua casa até a UBS. As equipes relataram realizar acolhimento aos usuários, mas questiona-se a qualidade desse trabalho, pois em geral os usuários não se sentiam acolhidos e os profissionais não foram capacitados para tal. Identificaram-se importantes dificuldades na marcação de consultas na AB, sendo necessário pegar ficha ou comparecer a UBS em horários específicos para marcação de consultas. Em relação às urgências, há necessidade de se definir melhor o papel da APS para esse tipo de

atendimento, especificando o que seria desse nível de atenção e o que demandaria maior complexidade. Em síntese, os indicadores de melhor resultado correspoderam ao componente horários de funcionamento e, dentre os inadequados, a concentração foi no agendamento da consulta na AB.

Nas equipes das Reg 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços), foram observados os piores resultados em relação ao horário de funcionamento, agendamento da consulta na AB e urgência e emergência. O acolhimento teve piores resultados, tanto nas equipes das Reg 1, como das Reg 2. Os melhores resultados no conjunto dos componentes do primeiro contato foram observados nas Regiões mais desenvolvidas (Reg 4 e Reg 5).

Souza et al. (2008), assim como os resultados de nossa pesquisa, verificam a existência de um modelo tradicional nas UBS de organização da recepção, com fichas e filas, sem realização do acolhimento. O agravamento disso é percebido pela reclamação dos usuários sobre a convencional disputa por vagas de atendimento através do "dormir na fila", uma condição para tentar o acesso aos serviços. Considerar a rotina de um indivíduo doente ou sintomático que precisa acordar de madrugada, enfrentar fila, pegar ficha e ainda assim, ser marcado para muitos dias depois, é uma das mais claras barreiras à APS como serviço de primeiro contato.

Gérvas (2009) destaca na APS espanhola, a importância da frequência dos encontros indiretos entre profissional e paciente, com uso de telefone ou internet. Exemplifica que no Reino Unido e experiências locais como na Catalunha, serviços telefônicos de Atenção à Saúde 24h por dia servem para resolver dúvidas de pacientes e realizar orientações gerais, um elemento que facilita o acesso e o vínculo equipe-usuário.

O atributo da **longitudinalidade** apresentou resultados em seu conjunto insatisfatórios, tanto para continuidade da relação profissional-paciente como da qualidade da relação profissional-paciente (vínculo). Todavia, o tempo das consultas (médico e enfermeiro) para o usuário falar sobre suas preocupações, e em relação à busca ativa dos usuários com hipertensão, apresentaram resultados satisfatórios. Melhorias são necessárias para a efetivação da longitudinalidade: variaram desde fatores da organização do serviço, como a adequação dos registros e puericultura, até questões mais abrangentes, como a fixação de profissionais e melhores condições de trabalho; e um outro conjunto sendo influenciado pela capacitação e resultado da construção da relação profissional-paciente, como acessibilidade ao profissional após a consulta. Em resumo, os melhores resultados foram observados nos indicadores sobre tempo suficiente da consulta e busca ativa de hipertensos faltosos pelos

ACS e, dentre os piores resultados, destacaram-se as questões de continuidade do cuidado (alta rotatividade dos profissionais, profissionais não lembram o que aconteceu em consultas anteriores e escassa busca ativa).

Os melhores resultados em relação à qualidade profissional-paciente residiu no grupo de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), apesar das limitações encontradas em todos os grupos de saúde para a longitudinalidade.

Um ponto interessante é a superioridade das respostas nas regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1), um comportamento incomum da longitudinalidade em relação aos demais atributos. Nesse grupo percebe-se a maior realização de busca ativa, maior possibilidade de tirar dúvidas após as consultas, e maior satisfação do usuário quanto ao tempo da consulta para falar sobre suas preocupações. Estes resultados nos sugerem que o vínculo e a continuidade do cuidado estariam sendo mais bem trabalhados nas regiões menos desenvolvidas. Mesmo com alta rotatividade, uma hipótese é que os profissionais que se fixam nas Reg 1 sentem-se também mais vinculados aos usuários destes contextos, entendendo aqui o vínculo como uma relação de mão dupla entre profissionais e usuários. Estudos específicos são necessários para compreender se esses melhores resultados poderiam ser atribuídos à indisponibilidade de outros serviços e, portanto, "falta de opção" dos usuários ou realmente a uma maior proximidade entre profissional e usuário.

A longitudinalidade envolve pré-condições como uma oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação de profissionais (Cunha, 2009; Campos et al., 2014). Entende-se que uma menor rotatividade dos profissionais e maior tempo de atuação na equipe possam indicar maior possibilidade de relação interpessoal destes profissionais com os usuários.

Em estudo no Estado de São Paulo, Campos e Malik (2008) analisam associações da rotatividade profissional na ESF com diferentes aspectos. Alguns deles são: quanto mais tempo de formado, menor a rotatividade profissional; quanto maior a distância da UBS do local de moradia do profissional, maior a rotatividade; quanto menor a percepção de capacitação para o serviço, maior a rotatividade de profissionais (Campos e Malik, 2008).

O atributo da **abrangência/integralidade** em geral apresentou melhores resultados no escopo de ações e piores resultados quanto à resolutividade na AB. A disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e a solicitação de exames para grupos prioritários mostraram-se adequados. Todavia, observou-se carências mostrando que as unidades de atenção básica necessitam ampliar seu escopo de atuação, disponibilizando mais serviços

para atender às necessidades de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação dos profissionais na atenção à saúde. Os melhores resultados apresentaram-se em indicadores sobre a disponibilidade de consultas e solicitação de exames, e os piores resultados se concentraram na disponibilidade de medicamentos na UBS e apoio à equipe pelas diferentes categorias do NASF.

A integralidade parece estar associada ao desenvolvimento socioeconômico e à oferta de serviços, assim como evidenciado em outros estudos. Mendes et al. (2014) apontam que municípios com menos habitantes têm menor escala de compra, menor disponibilidade de recursos humanos capacitados e maiores dificuldades de infraestrutura. Da mesma forma, Giovanella et al. (2015) mostram que a maior presença de UBS sem condições de funcionamento se concentra nas regiões de saúde de baixo DSE e baixa oferta de serviços (Reg 1), assim como a melhor estrutura, nas Reg 5. Um destaque positivo nas Reg 1 está na disponibilidade de cirurgião-dentista e na imunização. E uma observação em relação à resolutividade é que os resultados são similares comparando as Reg 1 e Reg 4. Além disso, a vacinação tem uma variação considerável por região de saúde, com piores resultados nas regiões de médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (Reg 3).

Um ponto de destaque é a baixa disponibilidade de medicamentos independente da região de saúde, assim como em estudo de Mendes et al. (2014) que realizaram a comparação por estrato populacional e achou resultados sobre a disponibilidade média de medicamentos no Brasil, que convergiram com o cenário global. A disponibilidade média de medicamentos foi de 58,5%, abaixo do valor aceitável de 80% proposto pela OMS em todos os estratos analisados, seja o populacional, seja por tipo de UBS. Os autores destacam que após a Política Nacional de Medicamentos e descentralização da assistência farmacêutica, em 2005, poucos estudos nacionais foram realizados. Tais resultados, associados à percepção da organização nas UBS, remete-nos à hipótese de que a baixa disponibilidade de medicamentos pode ser justificada pela centralização da dispensação em UBS centrais, principalmente considerando a dificuldade de logística adequada de dispensação de medicamentos com qualidade.

O atributo da **coordenação** apresentou os piores resultados dentre os demais atributos, indicando dificuldades de acesso dos usuários às consultas e exames especializados, baixa comunicação e integração entre os serviços da rede e carência de referências/fluxos e escassos mecanismos institucionalizados para coordenar esse acesso dos usuários aos serviços que necessitam. Os indicadores com resultados superiores

concentraram-se na disponibilidade de fichas de encaminhamento para os usuários e na existência de centrais de marcação para consulta especializada ou exames, enquanto os resultados inadequados se distribuíram em todos os componentes: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso a consultas/exames especializados e comunicação direta entre serviços de AB e AE.

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

Já no caso brasileiro, diversos estudos encontraram deficiência na função de coordenação pela APS (Escorel et al., 2007; Ibañez et al., 2006; OPAS, 2013; Mesquita Filho et al., 2014; Almeida et al., 2010; Fausto et al., 2014). Escorel et al. (2007), a partir de resultados insatisfatórios para a coordenação do cuidado em estudos de caso realizados em 2001 e 2002, apontam a importância de alguns elementos: melhoria da comunicação entre os serviços para um cuidado continuado; troca de informações entre profissionais para que o generalista da atenção básica possa exercer sua função de coordenador de cuidados; e os registros como fundamentais na continuidade dos cuidados, especialmente considerando o trabalho em equipe multiprofissional e a constante rotatividade de profissionais no SUS.

Considerando a dificuldade da APS em desempenhar sua função de coordenadora do cuidado, observa-se que a dificuldade de institucionalização – seja da comunicação entre serviços, ou de referências e fluxos – é ainda maior nos municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Reg 1). Apesar de baixos resultados de coordenação de uma forma geral, as equipes das regiões mais desenvolvidas (Reg 4 e Reg 5) são as com melhores resultados no conjunto de indicadores. As equipes das Reg 1 são as que apresentam os piores resultados independentemente do componente, com destaque para a comunicação direta entre AB e AE, também com os mais baixos percentuais nas Reg 2.

Sobre o atributo **orientação para a comunidade,** as variáveis do instrumento do PMAQ-AB não permitem realizar uma análise aprofundada sobre a interação entre equipes e os demais setores e políticas públicas presentes na comunidade em geral. Esse atributo

apresentou resultados positivos em relação à territorialização, no que se refere à disponibilidade dos ACS e definição de área de abrangência da equipe. Contudo, é importante destacar a relação desses resultados positivos com as exigências do marco normativo (PNAB 2011). Os mapas do território e planejamento, quando existentes, não consideraram fatores essenciais voltados às necessidades da comunidade, assim como, a interlocução com outros setores é muito baixa. A concentração dos indicadores com maiores resultados concentraram-se na disponibilidade e trabalho dos ACS, definição de área de abrangência com mapas do território e opinião do usuário para reorganização do processo de trabalho. E os indicadores com menores resultados, na articulação com outros setores e nos indicadores de participação social.

Observa-se, na maior parte dos resultados da orientação para a comunidade, pouca variação conforme desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços. Em geral, os piores resultados se apresentaram nas regiões de baixa oferta (Reg 1 e Reg 2). As Reg 5 foram melhores na organização da territorialização, planejamento das ações e mecanismos de participação social.

Estudos anteriores utilizando o PCATool, também demonstraram baixos resultados para esse atributo. (Elias et al., 2006; Curto, 2009; Leao e Caldeira, 2011; Ibañez et al., 2006; Turci et al., 2016). Em estudo realizado no município de São Paulo, gestores e profissionais avaliaram positivamente a orientação para a comunidade das equipes, enquanto os usuários avaliaram como negativa (Elias, et al., 2006).

Em outra pesquisa com foco na atenção à tuberculose realizada por Curto (2009), a orientação para a comunidade nos serviços de APS foi considerada insatisfatória pelos três atores: usuários, profissionais e gestores, com algum grau de variação nas respostas. Quanto à existência de parcerias sociais e participação social, os três atores (usuários, profissionais e gestores) avaliaram os serviços como insatisfatórios ou regular; e em relação à realização de atividades 'extra muros', usuários consideraram insatisfatórias, profissionais como regular e gestores como satisfatória (Curto, 2009).

No atributo **centralidade na família**, apesar de poucos indicadores disponíveis no instrumento para essa análise, foram nítidos os avanços relacionados à visita domiciliar, assim como a deficiência nos demais elementos relacionados à abordagem familiar como: organização dos prontuários por núcleos familiares, qualidade nos registros e uma abordagem dos profissionais que envolvesse a família como um todo. Apesar dos resultados desse atributo em geral serem altos, o pior indicador – central na discussão – foi se os profissionais da EqAB perguntavam sobre os familiares dos usuários nas consultas.

A centralidade na família não parece estar diretamente relacionada ao desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços. O atributo teve comportamento similar entre as regiões de saúde, sendo observado com menores resultados apenas nas regiões de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 2). Os melhores resultados variaram em indicadores específicos, por exemplo com melhores resultados de organização de prontuários por núcleos familiares nas Reg 1 e maior registro de consultas ou atendimentos no domicílio nas Reg 5.

Em geral, estudos apontam que este atributo ainda é incipiente na organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica, com resultados ligeiramente mais altos no PSF em comparação à UBS tradicional (Elias et al., 2006; Ibañez et al., 2006; Van Stralen et al., 2008).

Chama atenção a positividade das respostas para o indicador "as EqAB registram as consultas ou atendimentos realizados no domicílio", com resultados superiores a 90% das equipes, visto a rotineira dificuldade na qualidade dos registros na Atenção Básica em geral identificada em diferentes estudos (Almeida, 2010; Vasconcellos et al., 2008; Silva et al., 2014) Uma hipótese é que esse indicador possa ser compreendido somente como quantitativo, ou seja, a EqAB tem listado o número de consultas ou atendimentos de domicílio, um dado inclusive utilizado para compor o preenchimento do antigo sistema de informação da Atenção Básica (SIAB). Neste caso, uma melhor pergunta seria sobre o "registro em prontuário", que minimamente detalharia as intervenções na visita.

O atributo **competência cultural**, dentre os escassos indicadores selecionados, apresentou resultado positivo em relação à percepção dos usuários em sempre se sentir respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião. Os resultados relacionados à população rural, assentada e quilombola, assim como, a oferta de práticas integrativas e complementares (PIC), foram em geral baixos, com diferença entre as regiões de saúde. Ao mesmo tempo, é importante destacar uma dificuldade em saber que percentuais seriam o melhor padrão de resposta para esses indicadores, visto que depende da distribuição de população específica (rural, assentada e quilombola) no território dos municípios.

Ainda que com baixos percentuais, os resultados da competência cultural apontam que as regiões de baixa oferta de serviços (Reg 1 e Reg 2) são as com melhores resultados, principalmente por realizarem ações e atendimento à população rural, assentados e quilombolas. Isso provavelmente se deve a maior concentração dessa população nas referidas regiões de saúde, com municípios com menos habitantes. Em contrapartida, as

regiões de maior DSE e alta oferta de serviços (Reg 4 e Reg 5) são as que apresentam os piores resultados, se destacando positivamente apenas por maior oferta de práticas integrativas e complementares.

Partindo da observação que as Reg 5 são as que mais ofertam serviços em geral e as que mais capacitam profissionais em diferentes temas, um ponto a se avaliar é se as práticas integrativas e complementares (PIC) nos grandes centros estão em consonância com a cultura popular brasileira, ou se referem-se à inserção de terapias alternativas convenientes ao serviço. O tema é abordado por Veiga Junior (2008) em municípios do Rio de Janeiro. Seus achados apontam que as plantas medicinais são a principal forma de tratamento para mais de 60% dos entrevistados, mesmo com a disponibilidade de medicamentos alopáticos. Isso foi visualizado de 3 formas: automedicação, uso em conjunto com o medicamento alopático, ou em substituição a este. O autor mostra que falta compreensão dos profissionais sobre a cultura de utilização de plantas medicinais pelos usuários e uma preferência por ofertar serviços que não fazem parte da cultura popular brasileira, como a acupuntura. (Veiga Junior, 2008).

Estudos sobre a PIC sintetizam como uma "política de inclusão terapêutica", com foco na complementariedade, ampliando a variedade de opções para o cuidado integral em saúde. As PIC valorizariam os recursos não biomédicos, à medida que enriquecem as estratégias de diagnóstico/terapêuticas e favorecem a integração de novos saberes e racionalidades ao tradicional saber biomédico (Andrade e Costa, 2010).

De uma forma geral, **as regiões de saúde** de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta (Reg 5) foram as que apresentaram os melhores resultados, e as regiões de saúde de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta (Reg 1), a maior parte dos piores resultados. O fato de os piores resultados estarem concentrados nas Reg 1 é preocupante por se tratar do grupo de regiões que contempla mais municípios brasileiros (2.159 municípios). As equipes das Reg 1, contudo, destacam-se por resultados levemente mais positivos no atributo da longitudinalidade, centralidade na família e competência cultural, mostrando que é possível uma organização do serviço da APS que favoreça maior qualidade do cuidado, e que esteja mais próximo das pessoas, mesmo em regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.

Os atributos com resultados mais baixos, independentemente do grupo de região de saúde, foram a coordenação do cuidado e a competência cultural. O primeiro, principalmente, em virtude da dificuldade da comunicação entre APS e os demais equipamentos da rede de atenção; e o segundo, pela ausência de ações para grupos

populacionais com características específicas, além da falta de variáveis sobre a temática.

Dois atributos apresentaram resultados proporcionalmente maiores conforme a gradação dos grupos de regiões de saúde, ou seja, resultados menores no grupo 1, crescente nos demais grupos e maiores no grupo 5. Esses atributos foram o primeiro contato e a coordenação. Em relação a um comportamento oposto, ou seja, resultados piores nas Reg 5, melhorando entre os grupos e apresentando melhor resultado no grupo 1, tem-se o atributo da competência cultural, porém limitado, conforme descrito anteriormente.

Os resultados das equipes das Reg 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) foram similares aos resultados da equipes das Reg 5 na maioria dos atributos: primeiro contato, longitudinalidade, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Já em relação aos resultados das Reg 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços), os resultados foram similares aos das equipes das Reg 1 nos atributos primeiro contato, integralidade, coordenação e competência cultural.

Ressalta-se, contudo, uma dificuldade em avaliar as Reg 3 (médio DSE e média/alta oferta de serviços). Seus resultados apresentaram-se medianos em todo o conjunto de atributos, ora superiores às Reg 1 e 2 (primeiro contato, coordenação e orientação para a comunidade), ora similares às Reg 1 e 2 (integralidade e centralidade na família) e raramente com resultados superiores aos das equipes das Reg 4 e 5 (competência cultural). Logo, não foi possível apreender um padrão de comportamento nesse grupo.

Em resumo, a efetivação dos atributos se apresentou de forma heterogênea entre os diferentes grupos de regiões de saúde. Em relação às ações mais voltadas ao âmbito da relação profissional-usuário, percebe-se resultados por vezes mais positivos nas regiões menos desenvolvidas, e, no que depende de ações mais sistêmicas e estruturais, os resultados são superiores nas regiões mais desenvolvidas. Os resultados reforçam a diferença entre as regiões de saúde, reflexo dessa desigualdade social, de uma falta de planejamento regional das ações em saúde e com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS.

Observando a distribuição desses grupos de regiões de saúde nas macrorregiões do Brasil, percebe-se a concentração das Reg 5 nas macrorregiões Sudeste e Sul e a concentração das Reg 1 nas macrorregiões Norte e Nordeste. Em macrorregiões como o Nordeste, é nítida a variação para grupos de maior desenvolvimento socioeconômico ou maior oferta apenas em regiões de saúde onde ficam localizadas as capitais. Todavia, o grupo 1 representa 40% das regiões de saúde brasileiras e está presente em todas as macrorregiões brasileiras, caracterizando heterogeneidades dentro de uma mesma macrorregião e de um

mesmo estado. É importante ressaltar o sentido que tem essa heterogeneidade para a organização da APS em um sistema universal de saúde. Todos os usuários devem ter acesso a uma mesma gama de serviços, de forma integral, coordenada e resolutiva, mas a organização dessa APS precisa considerar a diversidade regional.

5. REFERÊNCIAS

Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S. (org). Democracia, descentralização e desenvolvimento. São Paulo. FGV, 2005.

Almeida PF, Gervás J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2013 jul/set, 37(98): 400-415.

Almeida PF, Giovanella L. Mendonça MHM. Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saude Pública, Rio de Janeiro, 2010 fev, 26(2): 286-298.

Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca da coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM. Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015, p.277-303.

Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro, [Tese de doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, 2010.

Anderson MIP, Rodrigues RD. Integralidade na prática do médico de família na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, v.1, p.71-83.

Andrade JT; Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde e Sociedade, 2010 set, [S.1]19(3): 497-508.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013.

Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2014 out, 38(num.especial): 252-264.

Campos VA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, mar/abr 2008, 42(2):347-68.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011, 16(Supl.1): 1029-1042.

Cunha EM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Rio de Janeiro, [Tese de doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, 2009.

Curto, M. Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores. Ribeirão Preto. [Dissertação de mestrado]. USP, São Paulo, 2009.

Davis K, Stremikis K, Schoen C, Squires D. Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Common wealth 2014 Update. New York: The Commonwealth Fund, jun 2014.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohr A, Kishima V, Escrivão AJ, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2006 Jul-Set;11(3): 633-41.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Pan-americana de Salud Publica, 2007, 21(2): 164-176.

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Fonseca HMS, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. Saúde em Debate, 2014 out, 38 (num.especial):13-33.

Fausto MCR, Souza Junior PRB. Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção Básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Mimeo. Rio de Janeiro, 2013.

Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica, Washington, 2014, 35(2):144–9.

Gérvas J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). In: Navarro B, Martíns-Zurro A (org.) La atención primaria de salud en España y sus Comunidades. Barcelona: Semfyc; 2009. p.91-104.

Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro E, Mendonça MHM, Gagno J. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. [Nota Técnica], Pesquisa Regiões e Redes, 2015. Disponível em http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/Novos Caminhos05_ValeEste.pdf.. Acesso em 13 de dezembro de 2015.

Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. p.493-546.

Giovanella L, Stegmüller K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care. América do Norte, 2014 abr, 5(1): 101-113.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 mai, 22(5): 951-963.

Giovanella L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 2014 out, 51: 30-37.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 ago, 22(8): 1649-1659.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana AL. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703.

Leao CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, 11(3): 323-334, 2011 set.

Lima LD. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: Asensi FD, Pinheiro R (Orgs.). Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. p.131-161.

Macincko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res., 2003 jun, 38(3): 831-865.

Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas OS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. Saúde debate, Rio de Janeiro, 2014 out., 38(num.especial): 109-123.

Mesquita Filho M, Luz BSR, Araujo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2014 jul, 19(7): 2033-2046.

Müller CP, Araujo VE, Bonilha ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. Rev. Eletr. Enf., 2007, 9(3):858-865.

Navarrete, M. L.V., Lorenzo, I. V. (Org.). Organizaciones sanitarias integradas*:* um estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009.

OPAS. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS, OPAS, 2013.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Silva Júnior AG, Alves MGM, Costa MGLC, Lima RHP. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: Almeida PF, Santos AM. Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015, p.65-88.

Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. Rev. bras. enferm., Brasília, 2014 abril, 67(2): 274-281.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, 2008, 24(suppl.1): s100-s110.

Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary care to health systems and health. Journal List Milbank Q, 2005 sep, 83(3): 457-502.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

Targa LV, Oliveira FA. Cultura, saúde e médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012. p.52-59.

Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015 set, 31(9): 1941-1952.

Van Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Suppl 1): s148-s58.

Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008 jan, 24(supl. 1): s173-s182.

Veiga Junior VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. Rev. bras. farmacogn., João Pessoa, 2008 jun, 18(2): 308-313.

Viana AL. Relatório Metodológico da Tipologia das CIR. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2014 jul. Disponível em: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf.