

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: análise hierarquizada de
fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho**

**SÃO LUÍS - MA
DEZEMBRO - 2015**

WALESKA REGINA MACHADO ARAUJO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL: análise hierarquizada de fatores de contexto, estrutura e processo de
trabalho**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

SÃO LUÍS

2015

ARAUJO, Waleska Regina Machado

Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: análise hierarquizada de fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho./ Waleska Regina Machado Araújo. – UFMA, São Luís, 2015.

105 f.

Orientador: Prof^a. Dra. Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Dissertação (Mestrado) Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, 2015.

1. Hospitalização. 2. Atenção Primária. I. Thomaz, Érika Bárbara Fonseca. (Orient.) II. Título.

CDU 614

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL: análise hierarquizada de fatores de contexto, estrutura e processo de
trabalho**

Waleska Regina Machado Araujo

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

:

Prof.^a Dra. Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.^a Dra. Núbia Cristina da Silva
Examinadora externa
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais – CEFET-MG

Prof.^a Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz
Examinadora interna
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Dedico este trabalho a todos os usuários do Sistema Único de Saúde. É por acreditar em um SUS equânime e integral que me inseri na Saúde Coletiva e são para seus usuários que dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, pela vida e por cuidar de mim em todos os momentos. Porque Ele é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo que pedimos ou pensamos. Ele sabe o tempo certo de tudo. Muito obrigada meu Deus, por mais essa conquista.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) por possibilitar a minha formação como mestre em Saúde Coletiva.

Aos professores do PGSC por toda dedicação ao ensino e pesquisa, pela paciência e contribuições recebidas para execução deste trabalho.

À minha orientadora, professora Érika Thomaz. Ela é excepcional! É um exemplo de profissional dedicada e comprometida com o ensino e a pesquisa. Muito obrigada por toda paciência e apoio na execução desse trabalho.

À Secretaria do PGSC por atender aos pedidos inerentes ao aluno no decorrer do curso e facilitar a caminhada no PGSC.

Aos meus pais, Regina Celi e José Maria Araujo, pelo amor e apoio em tudo na minha vida. Por sempre terem me incentivado nos meus sonhos e nos meus estudos.

À minhas irmãs, Wanessa e Jocelli, pelo companheirismo e apoio. À minha sobrinha Ana Clara, por mostrar que posso dar uma pausa nos estudos para brincar com ela, isso ajudou muito a relaxar nas situações de estresse. O carinho da família é essencial nesses momentos.

Ao meu amor, Rômulo Vieira, pelo grande apoio, paciência, companheirismo e incentivo para eu iniciar e concluir meu Mestrado. Muito obrigada por todo carinho e dedicação.

Aos meus colegas de turma de 2014 do Mestrado/Doutorado, pela convivência harmoniosa, por compartilhar os momentos de dificuldades e pelo apoio mútuo aos estudos. Cada um tem uma característica a qual posso me espelhar para ser alguém melhor. Aprendi muito com a experiência de vida de todos e torço muito pelo sucesso de cada um.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão pelo incentivo e apoio financeiro.

“Recuso qualquer posição fatalista diante da história, dos fatos. (...) Nenhuma realidade é assim mesmo. Toda realidade está aí, submetida à nossa possibilidade de intervenção nela”.
[adaptado de Paulo Freire]

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo explicativo das interações por condições sensíveis à atenção primária.....	22
Quadro 1 -	Descrição das variáveis independentes e dependente, classificação e fonte de coleta de dados.....	26
Figura 2 -	Esquema do modelo teórico explicativo para investigação de fatores associados à taxa de ICSAP em três blocos hierarquizados.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características descritivas das variáveis independentes, nos três níveis de análise. PMAQ-AB, ciclo 1. Brasil, 2015.....	54
Tabela 2 -	Análise descritiva das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária nos anos de 2012, 2013 e 2014. Brasil, 2015.....	55
Tabela 3 -	Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados ao número de ICSAP no bloco distal, bloco intermediário e bloco proximal. 2013-2014. Brasil, 2015.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Código Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EAB	Equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ-AB	Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

ARAUJO, Waleska Regina Machado. **INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: análise hierarquizada de fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho.** 2015, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 105p.

RESUMO

Introdução: As atividades de competência da Atenção Básica, como a prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e o controle e acompanhamento de doenças crônicas, podem determinar a redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Essas condições englobam uma lista de problemas de saúde cuja internação pode ser prevenida com uma intervenção eficaz do primeiro nível de atenção, por meio do controle oportuno de doenças agudas e da gestão de doenças crônicas e suas complicações. **Objetivo.** Investigar se características da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) estão associadas ao número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). **Métodos.** Trata-se de um estudo ecológico. Foram analisados dados de municípios brasileiros relativos a características sociodemográficas, de cobertura de programas assistenciais, de estrutura de UBS e de processo de trabalho das EAB. Os dados foram coletados de banco de dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi considerado o número de ICSAP nos anos de 2013 e 2014. Estimaram-se as associações por meio de coeficientes de regressão binomial negativa e respectivos intervalos de confiança a 95%, com abordagem hierarquizada em três blocos ($\alpha=5\%$). **Resultados:** Na análise ajustada de 2013, no bloco distal, a cobertura do Programa Bolsa Família ($\beta= -0,001$) e de plano privado ($\beta= -0,01$) apresentaram associação negativa e o índice de desenvolvimento humano ($\beta= 1,13$), a proporção de pessoa idosa ($\beta= 0,05$) e de menor de cinco anos ($\beta= 0,05$) e a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde ($\beta= 0,002$) mostraram uma associação positiva. No bloco intermediário, apresentaram associação negativa o horário mínimo ($\beta= -0,14$) e a disponibilidade de vacina ($\beta= -0,16$) e associação positiva, a disponibilidade de medicamentos ($\beta= 0,16$). No bloco proximal, apenas a variável apoio matricial ($\beta= 0,10$) mostrou uma associação positiva. Na análise ajustada de 2014, as variáveis apresentaram o mesmo sentido de associação de 2013. **Conclusões:** A maior cobertura de programas de distribuição de renda, maior percentual de UBS funcionando em horário mínimo e a maior disponibilidade de vacinas estão significativamente associados a menor número de ICSAP nos municípios.

Palavras-chave: Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde). Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).

ARAÚJO, Waleska Regina Machado. **INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: análise hierarquizada de fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho.** 2015, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 105p.

ABSTRACT

Introduction: activities of primary health care as the prevention, diagnosis and treatment of diseases and the control and monitoring of chronic diseases, can determine a reduction in Hospital Admissions for Sensitive Conditions Primary Health (ICSAP). These conditions include a list of health issues for which hospitalization can be prevented with an effective intervention of primary care through the timely control of acute illnesses and management of chronic diseases and their complications. **Objective:** Investigate if characteristics of the structure of the Basic Health Units (UBS) and the work process of Primary Care Teams (EAB) are associated with the number of hospitalizations for Sensitive Conditions Primary (ICSAP). **Methods:** This is an ecological study. Data were derived from sociodemographic characteristics, coverage of assistance programs, structure of the Basic Health Units (UBS) and work teams process of Brazilian municipalities. Data were collected from secondary data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the United Nations Development Programme, the Department of the Unified Health System and the first cycle of Access Improvement Programme and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). We considered the number of ICSAP in the years 2013 and 2014 were estimated associations through negative binomial regression coefficients and confidence intervals at 95%, with hierarchical approach in three blocks ($\alpha = 5\%$). **Results:** After adjustment for 2013 in the distal block, the coverage of the Bolsa Família Program ($\beta = -0.001$) and private plan ($\beta = -0.01$) showed a negative association and the human development index ($\beta = 1, 13$), the proportion of elderly ($\beta = 0.05$) and less than five years ($\beta = 0.05$) and the cover of the Community Agents Health Strategy ($\beta = 0.002$) showed a positive association. The intermediate block, showed negative association the minimum time ($\beta = -0.14$) and the availability of vaccine ($\beta = -0.16$) and positive association, the availability of drugs ($\beta = 0.16$). The proximal block, only the variable matrix support ($\beta = 0.10$) showed a positive association. In analysis adjusted 2014, the variables had the same sense of association 2013. **Conclusions:** The increased coverage of income distribution programs, UBS largest percentage of working in minimum time and the greater availability of vaccines are significantly associated with reduce ICSAP.

Key-words: Hospitalization. Primary Health Care. Outcome and Process Assessment (Health Care).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	Atenção Primária no Brasil.....	15
3.2	O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	17
3.3	Condições sensíveis à atenção primária.....	18
4	MÉTODOS.....	20
4.1	Delineamento do estudo.....	20
4.2	Local e população do estudo.....	20
4.3	Procedimento de coleta de dados.....	20
4.3.1	Trabalho de campo do PMAQ-AB.....	20
4.3.2	Coleta dos demais dados secundários.....	21
4.4	Variáveis do estudo.....	21
4.4.1	Variáveis sociodemográficas.....	22
4.4.2	Variáveis de cobertura de programas assistenciais.....	23
4.4.3	Variáveis do serviço de saúde.....	23
4.4.4	Variável dependente.....	25
4.5	Análise Estatística.....	27
4.6	Aspectos Éticos.....	30
5	RESULTADOS.....	31
5.1	Artigo.....	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS	58
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO MÓDULO I DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB.....	63
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÓDULO II DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB.....	84
	ANEXO C - LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA PUBLICADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	91
	ANEXO D - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE PELOTAS (UFPEL)	94
	ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	95
	ANEXO F – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	96

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica (AB), conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), corresponde ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É estruturada prioritariamente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e se propõe a ser resolutiva para a maioria dos problemas da população (BRASIL, 2011b).

Desde o início do Sistema Único de Saúde (SUS), a AB vem sendo reestruturada, e o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), representa a estratégia de reorientação do modelo assistencial no SUS (BRASIL, 2011b).

A ESF é caracterizada pela implantação de equipes multidisciplinares de saúde em um território definido, orientadas pela busca de integração do sistema, vínculo com o usuário, longitudinalidade da atenção, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2011b; MACHADO et al., 2011).

A ampliação do acesso e a consolidação da ESF como porta de entrada preferencial no sistema de saúde são exemplos de iniciativas municipais para o fortalecimento da ESF e visam a aumentar sua capacidade resolutiva (ALMEIDA, FAUSTO E GIOVANELLA, 2011).

Na busca de reorientação do modelo assistencial e adequação de ações e serviços de saúde ao perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, o Ministério da Saúde vem estimulando a ampliação do acesso com qualidade, por meio da estratégia “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” (BRASIL, 2012).

Essa estratégia visa à ampliação do acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB, nos diferentes contextos existentes no país, utilizando como referência o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (BRASIL, 2012).

As atividades de competência da APS, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento precoce de problemas de saúde e o controle e acompanhamento de enfermidades crônicas, podem determinar a redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009).

Essas condições englobam uma lista de problemas de saúde que podem ser prevenidos com uma intervenção eficaz do primeiro nível de atenção, e, assim, evitar

internações em decorrência dessas doenças e de suas complicações (BILLINGS et al., 1993).

Estudos têm destacado a taxa de ICSAP como indicador de acesso e qualidade de serviços primários de saúde (ROSANO et al., 2013; VAN LOENEN et al., 2014). No Brasil, com a expansão da ESF, verifica-se uma tendência de redução desse indicador (DOURADO et al., 2011; REHEM E EGRY, 2011). A taxa de ICSAP diminuiu mais de 5% ao ano, é ligeiramente maior em mulheres do que homens, maior no extremo das idades e mostra associação inversa com a cobertura da ESF e direta com o número de leitos hospitalares (DOURADO et al., 2011).

Os fatores associados às ICSAP estão relacionados a aspectos socioeconômicos, demográficos e às condições de saúde individual, evidenciado por estudo realizado no Canadá que conclui que indivíduos de renda baixa, que residem em área rural e com maior presença de morbidades têm maior chance de hospitalizações por condições sensíveis (BALOGH et al., 2013). Em adultos, ser do sexo masculino, ter maior idade, residir em área rural e apresentar desvantagem socioeconômica está associado com maiores taxas de ICSAP, em estudo realizado na Austrália (ANSARI et al., 2012).

Uma revisão sistemática mostra que a maioria dos estudos encontraram associação inversa significativa entre acessibilidade à APS e taxas de internações evitáveis, encontrando menores taxas em áreas de melhor acesso à APS (ROSANO et al., 2013).

Existem poucas evidências quanto à associação de aspectos estruturais e organizacionais dos serviços com esse indicador (MAGAN et al., 2011). Reduções das taxas de ICSAP podem sugerir melhorias no acesso e qualidade da APS (GIBSON, SEGAL E MCDERMOTT, 2013) e também um melhor suporte dos determinantes sociais de saúde.

Diante da necessidade de melhor examinar, a relação entre aspectos atrelados à atenção primária e as ICSAP, a hipótese examinada neste trabalho é que, quanto melhor a estrutura e o processo de trabalho na APS nos municípios, menor o número de ICSAP, levando-se em conta uma análise ajustada por variáveis sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais. Logo, o objetivo desse estudo é investigar os fatores associados ao número de ICSAP no Brasil, com dados de estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes de atenção básica (EAB).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária e os fatores associados nos municípios brasileiros.

2.2 Específicos

- Estimar o número, a taxa e a proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária nos anos de 2012, 2013 e 2014, no Brasil;
- Caracterizar os municípios brasileiros quanto a indicadores sociodemográficos, de cobertura de programas assistenciais, de estrutura e processo de trabalho na atenção primária;
- Identificar fatores sociodemográficos, de cobertura de programas assistenciais, de estrutura das unidades de saúde e de processo de trabalho das equipes associados às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária nos municípios brasileiros.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é prioridade federal e consiste na oferta de serviços na AB, através, principalmente, da ESF. Em 2012, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada, com avanço de conceitos e princípios e com a introdução de elementos para a inserção da AB como centro coordenador da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Bárbara Starfield (2002) aborda aspectos da estrutura e processo de trabalho da APS que garantem seu bom desempenho. Assim, a autora elenca quatro atributos da APS. O primeiro é a “atenção ao primeiro contato”, que consiste na acessibilidade ao serviço (localização do estabelecimento, os dias e horário de funcionamento e acesso às consultas) e sua utilização. A “longitudinalidade” pressupõe a existência de uma atenção regular e contínua à população sobre responsabilidade do serviço e “integralidade” implica em arranjos que ofereçam ao paciente atendimento a todos os tipos de serviços de saúde, em todas as dimensões do indivíduo. Por último, a APS é responsável pela “coordenação da atenção”, o que requer alguma forma de continuidade da atenção e no reconhecimento da situação de saúde dos usuários.

A implantação da ESF contribuiu muito para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas existem muitas barreiras sócio-organizacionais e geográficas que dificultam acessibilidade dos usuários aos serviços (SOUSA, 2008). Estudo em um distrito de saúde em Salvador identificou o tempo de agendamento da consulta como uma barreira evidente ao acesso dos serviços de saúde e como fatores facilitadores, o horário de funcionamento da unidade de saúde, a escuta pelo profissional da recepção e pelos profissionais de nível superior (OLIVEIRA et al., 2012).

Com o objetivo de proporcionar uma atenção integral ao usuário e sua família, a atenção básica é composta por equipes de saúde da família com uma composição mínima necessária para prestar o cuidado. A ESF pode contar também com equipes ampliadas (multiprofissionais) para contemplar todas as necessidades do indivíduo e com profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2012). Porém, a realidade é que muitas unidades de saúde possuem só a equipe mínima e os

profissionais sentem muita dificuldade para realizar seu trabalho, comprometendo também o acolhimento (LOCK-NECKEL et al., 2009).

A falta do profissional médico no Brasil é um problema, principalmente no primeiro nível de atenção. A alta rotatividade desse profissional associada à escassez em algumas localidades comprometem a longitudinalidade do cuidado e a qualidade do serviço. Isso levou o país a estabelecer políticas de indução do provimento e fixação de médicos na AB nos últimos anos, a exemplo do Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos (CARVALHO E SOUSA, 2013). Apesar de polêmicos e complexos, esses programas têm garantido a presença do profissional médico em muitos municípios brasileiros.

As UBS podem oferecer serviços de saúde bucal, consultas médicas e de enfermagem, vacinação, dispensação de medicamentos, pequenos procedimentos, curativos e testes rápidos de diagnóstico para gravidez, sífilis e HIV (BRASIL, 2012).

Quanto ao processo de trabalho, a visita domiciliar faz parte do cotidiano das ações produzidas pelas equipes de atenção básica (EAB). Estudo realizado em alguns centros urbanos do Brasil revelou que essa é uma atividade comum aos profissionais, mas que ainda precisa entrar na agenda semanal dos médicos para fortalecer a atenção primária (SANTOS, 2012).

Todas as atividades desenvolvidas na APS colaboram para que ela seja coordenadora do cuidado na rede. Essa coordenação é vista como mecanismo de conexão entre os níveis assistenciais para garantir a organização e integração da rede de serviços (ALMEIDA et al, 2010; NUNES, R. T; LORENZO, I. V. E NAVARRETE, 2006). É um atributo importante para o encaminhamento pela equipe de saúde da atenção primária para o acesso a serviços especializados e se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ESCOREL, 2007). Apesar dessa importância, Escorel (2007) revela que foi um dos atributos menos desenvolvidos nas experiências estudadas em dez municípios brasileiros.

Novas metodologias de gestão do trabalho em saúde surgem para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos e ampliar o trabalho clínico e sanitário das equipes de saúde (CAMPOS E DOMINITTI, 2007). O apoio matricial é um arranjo organizacional que consiste em oferecer uma retaguarda especializada a equipes e profissionais e também um suporte técnico-pedagógico (CUNHA E CAMPOS, 2011). É uma prática incorporada em serviços de saúde mental, na atenção primária e também na área hospitalar (CAMPOS E DOMINITTI, 2007).

Apesar de todas as funções da APS dentro da rede de saúde e de experiências exitosas, problemas de acesso e de qualidade da atenção primária são desafios para o Brasil.

3.2 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, o governo federal criou o PMAQ-AB em 2011. Ele é composto por quatro fases distintas, quais sejam: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização (BRASIL, 2011a).

A primeira fase consiste na adesão voluntária das equipes de saúde da família e de atenção básica, com formalização antecedente do município com o Ministério da Saúde, para contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre equipes de atenção básicas, gestores e o MS. No primeiro ciclo do PMAQ-AB (2011-2012), a adesão, por município, teve tetos percentuais de adesão, considerando o percentual de cobertura da ESF, com o máximo de adesão de até 50% das equipes (BRASIL, 2012).

A segunda fase é o desenvolvimento das ações pactuadas e está organizada nas dimensões de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Uma vez identificado as situações-problema no território, com uso do instrumento autoavaliativo - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), é realizado o monitoramento dos indicadores contratualizados. Esses processos serão facilitados com ações de educação permanente e apoio institucional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A fase de Avaliação Externa permite a certificação do desempenho das equipes de saúde a partir do monitoramento de indicadores e também tem a finalidade de apoiar a gestão local. Para isso, foi realizado um estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da AB que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de saúde e a pesquisa de satisfação do usuário. Nessa fase, o Ministério da Saúde (MS) contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa para organizar e desenvolver os trabalhos de campo, incluindo a seleção e capacitação de avaliadores externos que aplicaram os instrumentos avaliativos. (BRASIL, 2012).

O instrumento de avaliação externa contém quatro módulos. O Módulo I avalia condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das UBS. Este módulo foi aplicado em todas as UBS inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), presentes em todos os municípios brasileiros em 2012, mesmo as que não aderiram ao Programa e corresponde ao primeiro Censo Nacional das UBS. O Módulo II corresponde a questões sobre o processo de trabalho das equipes que aderiram ao PMAQ-AB ciclo 1 em 2012, respondidas através de entrevistas a um profissional da equipe de saúde. Nesse módulo a adesão foi voluntária e até 50% das equipes de cada município poderiam aderir ao programa. O módulo III verifica a satisfação dos usuários das UBS referente ao acesso e utilização dos serviços de saúde. O módulo IV compõem informações complementares e devem ser respondidas online por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Por fim, a última fase é a Recontratualização que deve ocorrer após a certificação das equipes e com base na avaliação de desempenho, promover um ciclo contínuo de melhoria e nova pactuação de indicadores (BRASIL, 2012).

Do ponto de vista do PMAQ-AB como política inovadora, Pinto, Sousa e Ferla (2014) o destacaram como um elemento de mudanças no financiamento da AB, uma estratégia de construção de pactos e um ciclo permanente de mudança, um instrumento de avaliação e acompanhamento de ações priorizadas na PNAB e que resgata a opinião dos usuários na avaliação da atenção básica.

3.3 Condições sensíveis à atenção primária

As atividades de competência da atenção primária como a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento precoce de patologias e o controle e acompanhamento de enfermidades crônicas, podem determinar a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009).

As condições sensíveis à atenção primária englobam uma lista de problemas de saúde que podem ser prevenidos com uma intervenção eficaz do primeiro nível de atenção, e, assim, evitar internações em decorrência dessas doenças e de suas complicações (BILLINGS et al., 1993). Incluem diagnósticos de algumas doenças

prevenidas por imunização, infecções agudas e complicações de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

A população de países com um modelo assistencial baseado na APS – no Brasil denominada AB – tem um menor risco de internar por essas condições (ROSANO et al., 2013) e, quanto maior cobertura de ações do primeiro nível de atenção, maior impacto na redução das taxas de ICSAP (DOURADO et al., 2011, MACINCKO, et al., 2011).

No Brasil, com a expansão da ESF, verifica-se uma tendência de redução desse indicador (DOURADO, et al., 2011; REHEM E EGRY, 2011). Das 9.992.282 internações registradas no Brasil em 2012, 20,75% foram por condições sensíveis à atenção primária. Entre essas, os grupos de causas que mais contribuíram com essa proporção foram as Pneumonias, Insuficiência cardíaca, Gastroenterites, Doenças pulmonares, Asma, Diabetes mellitus e Hipertensão, somando, juntas, 82,97% das ICSAP (DATASUS, 2014).

Os fatores associados às ICSAP estão relacionados a aspectos socioeconômicos e a condições de saúde individual (PAGOTTO, SILVEIRA E VELASCO, 2013; TRACHTENBERG et al., 2014), sugerindo que indivíduos de renda baixa e com maior presença de morbidades têm maior chance de hospitalizações (BALOGH et al., 2013).

Revisão sistemática concluiu com forte evidência que, o fornecimento adequado de médicos e a maior continuidade da atenção, definido como acompanhamento em longo prazo na APS, reduz as taxas de ICSAP. Outras variáveis de estrutura e acesso não mostraram associações ou foram inconclusivas (VAN LOENEN et al., 2014).

Estudo ecológico em Madri, Espanha, encontrou que, dentre as variáveis de serviço, apenas a carga horária do médico mostrou associação significativa, onde sugere que o maior número de consultas por dia compromete a qualidade do atendimento e poderia prejudicar o usuário (MAGAN et al., 2011). Em busca de evidências sobre a relação entre variáveis de serviço e internações por diabetes, revisão sistemática encontrou resultados contraditórios para a associação com o número de pacientes por médico (GIBSON et al., 2013). Não foram encontradas evidências de associação entre recursos disponíveis na APS e internações evitáveis.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

O estudo é ecológico, analítico e transversal. A investigação inclui dados populacionais, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros. Para algumas variáveis foram construídas taxas a partir da agregação de dados referentes à UBS e às equipes de AB.

4.2 Local e população do estudo

A população do estudo foi todos os 5.565 municípios brasileiros existentes no ano de 2012. O Censo Nacional de UBS realizou visitas a 5.511 municípios, onde foram avaliadas 38.812 UBS e entrevistadas 17.202 EAB.

O Brasil é uma república federativa presidencialista, regido pela Constituição de 1988, a qual estabelece a saúde como direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1988). É um país dividido em cinco regiões, 26 Estados e um Distrito Federal, com municípios com autonomia política e administrativa. Sua população estimada em 2015 é de 204.450.649 habitantes, a maior da América do Sul, sendo o quinto país do mundo mais extenso em área territorial (IBGE, 2014; 2015).

Desde a implantação do SUS na década de 90, houve muitos avanços no setor saúde, porém as desigualdades socioeconômicas e regionais sinalizam a necessidade de avançar nas políticas e programas na melhoria das condições de vida da população, com ênfase na atenção primária (VICTORA et al., 2011).

4.3 Procedimentos de coleta de dados

4.3.1 Trabalho de campo do PMAQ-AB

Para esta pesquisa foi utilizado o banco de dados secundários do Censo Nacional de UBS, realizado no final do ano de 2012, que corresponde ao Módulo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB (ANEXO A). Nesse módulo, o avaliador externo foi acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica e verificou a estrutura

das UBS. A gestão municipal foi informada da chegada da equipe de avaliadores externos no município.

As questões relativas ao processo de trabalho das equipes de saúde somente foram respondidas pelas equipes que aderiram ao PMAQ-AB e estão contidas no Módulo II do mesmo instrumento (ANEXO B), respondidas por meio de entrevista com um profissional da equipe e verificação de documentos na UBS.

Essa verificação teve como base evidências constatadas por meio de uma lista de documentos que serviu como subsídio para o trabalho de campo do avaliador, além da observação direta na unidade (BRASIL, 2012).

Os dados foram coletados por questionário eletrônico, utilizando *tablets*. Após a coleta, os dados foram validados e enviados para o banco de dados centralizado pelo Ministério da Saúde.

4.3.2 Coleta dos demais dados secundários

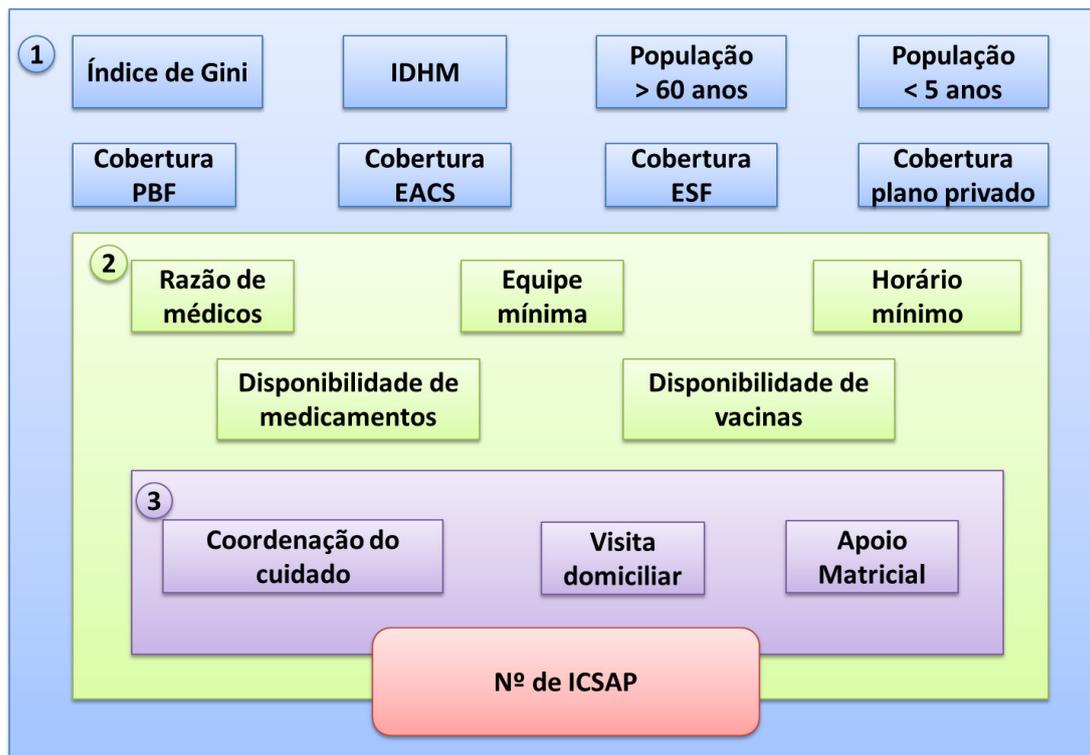
As variáveis sociodemográficas foram coletadas do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro. Também foram consultados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As variáveis de cobertura de programas assistenciais foram coletadas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do CNES, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), gerido pelo MS. Todas as variáveis foram coletadas para o ano de 2012.

4.4 Variáveis do estudo

Considerando a dinâmica do fenômeno em estudo, foi construído um modelo explicativo das interações por condições sensíveis à atenção primária, considerando o número de ICSAP como variável dependente e como independentes, variáveis sociodemográficas, de cobertura de programas assistenciais e de estrutura e processo de trabalho na APS (Figura 1).

Figura 1. Modelo explicativo das internações por condições sensíveis à atenção primária.



1) Variáveis sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais. 2) Variáveis de estrutura de Unidades Básicas de Saúde. 3) Variáveis de processo de trabalho de equipes de atenção básica. IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; ESF= Estratégia Saúde da Família; EACS= Estratégia Agentes Comunitários de Saúde; PBF = Programa Bolsa Família; ICSAP= Internações por condições sensíveis à atenção primária.

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas avaliadas neste estudo foram a proporção da população idosa e de menores de cinco anos; o coeficiente de Gini, que expressa o grau de concentração da distribuição de renda; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), o qual inclui três componentes - IDHM Renda, IDHM Escolaridade e IDHM Longevidade.

O método de cálculo do IDHM brasileiro faz referência à metodologia do Índice de Desenvolvimento Humano Global e utiliza indicadores nacionais mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios. Contempla indicadores como a renda *per capita*, escolaridade da população adulta, fluxo escolar da população jovem e a expectativa de vida ao nascer (PNUD, 2013).

4.4.2 Variáveis de cobertura de programas assistenciais

O conjunto de indicadores para caracterizar o modelo assistencial utilizado foram a cobertura do Programa Bolsa Família (PBF), da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e da ESF, a taxa de cobertura de planos privados de saúde e o número de leitos hospitalares por habitantes.

Os dados de cobertura do PBF, da EACS e ESF foram obtidos do SIAB. Para a construção da taxa de leitos hospitalares, o numerador foi obtido do CNES e o denominador, do IBGE. A taxa de cobertura de planos privados de saúde foi consultada pelo banco de dados disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), calculada pela razão entre o número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde e a população da área, multiplicado por 100.

4.4.3 Variáveis do serviço de saúde

As variáveis relativas ao serviço de saúde são as de estrutura e processo de trabalho da atenção básica e correspondem às coletadas pelo PMAQ-AB.

As variáveis de estrutura foram construídas agregando o conjunto de UBS de cada município, são elas: quantidade de médicos, equipe mínima, horário mínimo de funcionamento, disponibilidade de medicamentos e de vacinas.

O número de médicos foi obtido através da soma do número de profissionais médicos da equipe mínima e ampliada das UBS do município. Em seguida foi categorizado como UBS com mais de um médico na equipe e UBS com menos de 1 médico na equipe. O indicador quantidade de médico indica o percentual médio de UBS do município com mais de um médico na equipe.

A equipe da saúde da família pode ser mínima ou ampliada. A equipe mínima deverá ser composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme legislação vigente (BRASIL, 2011b). O indicador equipe mínima corresponde ao percentual médio de UBS do município com equipes que tenham, pelo menos, a composição mínima.

O horário mínimo de funcionamento foi estimado a partir das variáveis ‘número de dias da semana em que a UBS está funcionando’ e ‘número de turnos de funcionamento’. O horário foi considerado mínimo quando a UBS funcionar, pelo

menos, dois turnos por dia durante cinco dias da semana. Foi construído um indicador para o município, calculando-se o percentual médio de UBS com horário mínimo.

A variável disponibilidade de vacina foi estimada pela existência e disponibilidade dos imunobiológicos preconizados pela Política Nacional de Imunização/calendário básico do Ministério da Saúde no ano de 2012 (BCG-ID, Dupla tipo adulto - dT, Febre amarela, Influenza sazonal, Hepatite B, Meningocócica C, Pneumocócica 23 valente, Vacina oral poliomielite, Pneumocócica 10, Tríplice viral, Tríplice Bacteriana, Tetravalente e Vacina oral de Rotavírus Humano).

A vacina Pneumocócica 23 valente foi retirada, pois além de ser indicada só para casos graves de pneumonia, está pouco disponível nas UBS (26%). Logo, o indicador disponibilidade vacina corresponde ao percentual médio de UBS do município que tem sempre disponível mais de 75% das 12 vacinas do calendário básico do MS. O ponto de corte faz analogia ao do indicador de proporção de vacinas com cobertura adequada do MS, o qual recomenda no mínimo 75% ou mais da cobertura vacinal adequada nos municípios (BRASIL, 2013).

Foi verificado o número de medicamentos do Componente Básico da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em quantidade suficiente e a porcentagem de medicamentos segundo cada classe terapêutica nas UBS dos municípios. Foram investigadas 10 classes de medicamentos (4 - antiparasitários; 7 - antianêmicos/vitaminas/ polivitaminas/ sais minerais; 5 - antiasmáticos; 7 - contraceptivos hormonais/ hormônios sexuais; 15 - anti-hipertensivos e de ação cardiovascular; 4 - antidiabéticos; 20 - antibacterianos; 3 - analgésicos/antipiréticos; 2 - tratamento e prevenção da osteoporose; 4 - antiácidos/ antieméticos/antissecretóres). Foram excluídos os medicamentos de ação no sistema nervoso central por ter sua distribuição centralizada em muitos municípios (75,19%) e fitoterápicos pela maioria dos municípios não disponibilizar esses medicamentos (90,3%).

O indicador disponibilidade de medicamentos correspondeu ao percentual médio de UBS do município onde existem pelo menos 80% desses medicamentos em quantidade suficiente (soma de todos os medicamentos disponíveis em quantidade suficiente, dividido pelo total, multiplicado por 100). O ponto de corte faz referência à meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de até 80% de disponibilidade de medicamentos essenciais a ser alcançada até 2025 (WHO, 2013).

As variáveis de processo de trabalho foram construídas agregando dados das equipes de saúde da família de cada UBS dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB, são elas: coordenação do cuidado, visita domiciliar e apoio matricial.

A coordenação do cuidado é a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços (STARFIELD, 2002) e reflete a integração da UBS com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (LAVRAS, 2011). Foi considerada uma equipe coordenadora do cuidado aquela que quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, ele sai da unidade com a consulta agendada ou a consulta é marcada pela unidade e a data posteriormente informada ao usuário. O indicador corresponde ao percentual médio de equipes do município que garante a coordenação do cuidado.

A visita domiciliar faz parte do elenco de atividades das equipes da atenção básica e deve ser realizada por outros profissionais da equipe, além do Agente Comunitário de Saúde. Foi construída a partir da variável ‘outros membros da equipe, além dos ACS, realizam visita domiciliar?’ e representa o percentual médio de equipes do município que realizam visita domiciliar.

O apoio matricial na atenção básica é uma metodologia de gestão do cuidado e representa uma retaguarda assistencial e um suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde (CUNHA E CAMPOS, 2011). Foi verificado a partir da variável ‘a equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?’. O indicador de apoio matricial representa o percentual médio de equipes do município que recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos.

4.4.4 Variável dependente

A variável dependente é o número de ICSAP dos anos de 2012, 2013 e 2014. Também foi construído o indicador taxas de ICSAP (calculado pela razão entre o número de ICSAP e a população específica na área, sendo estimada para 10.000 habitantes) e a proporção das ICSAP dentre o total de internações para cada ano.

As internações foram selecionadas por local de residência, conforme a lista de morbidades do Código Internacional de Doenças (CID-10). Foram excluídas as internações de longa permanência (referente às prorrogações), pois essas somente cumprem propósitos administrativos. Não foram incluídas as internações por Gravidez,

parto e puerpério, por ser considerado um desfecho natural e evitar desequilíbrio no sexo e idade nas análises (JORGE E KOIZUMI, 2004).

Os diagnósticos das internações foram selecionados com base na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária publicada pelo MS, através da Portaria nº 221/2008, composta por 19 grupos de causas, com um total de 74 diagnósticos de acordo com o CID-10 (ANEXO C).

Esses dados são oriundos do SIH. As informações são enviadas por unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) e tem como instrumento de coleta de dados a Autorização de Internação Hospitalar.

Apesar das limitações dos bancos de dados administrativos, relativas à precariedade das informações no prontuário dos pacientes e ao viés do sistema econômico, o SIH registra uma boa proporção de informações válidas, o que o torna uma importante base de dados para avaliar informações de hospitalizações no país (REHEM et al, 2013).

Todas as variáveis utilizadas são descritas na Figura 2, com sua respectiva classificação e fonte de coleta de dados.

Quadro 1 . Descrição das variáveis independentes e dependente, classificação e fonte de coleta de dados.

Variáveis dependentes		
Indicador	Descrição	Fonte
Nº de ICSAP	Número de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, nos anos de 2012 a 2014.	SIH/DATASUS
Variáveis independentes		
Coefficiente de Gini	Expressa o grau de concentração na distribuição de renda da população. É apresentada como Gini médio dos 5565 municípios do Brasil incluídos na análise.	IBGE/DATASUS
IDHM	Compreende indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. É apresentada como IDHM médio dos municípios.	IBGE/PNUD/IPEA
Proporção de pessoas com mais de 60 anos	Percentual médio de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total residente, dos municípios.	IBGE/DATASUS
Proporção de crianças menores que 5 anos	Percentual médio de menos de cinco anos de idade na população total residente dos municípios.	IBGE/DATASUS
Cobertura PBF	Calculada pela razão entre o número de famílias totalmente acompanhadas pelo PBF e o número de famílias para acompanhamento, multiplicado por 100. É apresentada como a cobertura média do PBF nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB
Cobertura EACS	Calculada pela razão entre o número de ACS e a população do município, multiplicado por 575. É apresentada como a cobertura média da EACS nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB

Cobertura ESF	Razão entre o número de equipes de saúde da família e a população do município, multiplicada por 3.450. É apresentada como a cobertura média da ESF nos municípios incluídos na análise (em %).	SIAB
Cobertura de plano privado de saúde	Razão entre o número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde e a população do município, multiplicado por 100. É apresentada como o percentual de habitantes com plano privado de saúde nos municípios incluídos na análise.	ANS
Médico por equipe da AB	Proporção de UBS com média ≥ 1 médico por equipe.	PMAQ-AB
Equipe Mínima	Percentual médio de UBS do município que tenha, pelo menos, composição mínima da(s) equipe(s) – 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 04 ACS por equipe.	PMAQ-AB
Horário mínimo	Percentual médio de UBS do município funcionando, no mínimo, dois turnos por dia, durante cinco dias da semana.	PMAQ-AB
Disponibilidade de medicamentos	Percentual médio de UBS do município com, pelo menos, 80% dos medicamentos do componente básico da RENAME disponíveis em quantidade suficiente (lista de 74 itens).	PMAQ-AB
Disponibilidade de vacinas	Percentual médio de UBS do município com, pelo menos, 75% dos imunobiológicos preconizados pela Política Nacional de Imunização/calendário básico do Ministério da Saúde sempre disponíveis (12 itens, após exclusão da vacina pneumocócica 23 valente, recém incluída por ocasião da pesquisa).	PMAQ-AB
Coordenação do cuidado	Percentual médio de equipes do município que garantem a continuidade da atenção quando o usuário atendido na UBS necessita ser encaminhado para uma consulta especializada.	PMAQ-AB
Visita domiciliar	Percentual médio de equipes do município que realizam visita domiciliar.	PMAQ-AB
Apoio matricial	Percentual médio de equipes do município que recebem apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos.	PMAQ-AB

4.5 Análise Estatística

Para a análise estatística e processamento dos dados foi utilizado o *software* STATA versão 12.0. Inicialmente foram tabulados três bancos de dados. O primeiro correspondeu aos dados dos municípios, coletados pelo DATASUS, o segundo banco correspondeu às questões do Módulo I do PMAQ-AB e o terceiro às variáveis de processo de trabalho das EAB que aderiram ao PMAQ-AB. O segundo e terceiro banco foram unidos através do comando *merge* no STATA, e a variável usada para fazer a fusão dos dados foi o código do IBGE, presente nos três bancos. Em seguida, as variáveis de estrutura e processo de trabalho foram agregadas estimando-se a média

percentual das variáveis por município e feito o merge para o banco final no nível municipal, usado para análise estatística.

Em seguida, foi realizada a análise descritiva para caracterizar a população em estudo, estimando-se médias (\bar{X}) \pm desvios-padrão (dp), bem como medianas (Md) \pm desvios interquartílicos (Q1 e Q3), mínimo (Mín.) e máximo (Max.). O teste de Shapiro Wilk, bem como análises gráficas (histograma e box-plot) foram adotadas para verificar a normalidade na distribuição dos dados.

A análise univariada e multivariada foram realizadas através do modelo de regressão da binomial negativa, utilizando o comando *nbreg*, controlada pela população de cada município através do comando *offset* (log da população).

O modelo de regressão binomial negativa foi adotado devido a variável dependente (nº de ICSAP) ser uma contagem e cuja grande dispersão contraria o pressuposto da regressão de Poisson (médias e variâncias iguais).

A análise de regressão multivariada foi realizada pela análise hierarquizada em três blocos. A análise hierarquizada consiste em modelos de compreensão de um determinado fenômeno a partir de elementos explicativos agrupados em diferentes níveis ou blocos, sejam eles, proximais, intermediários e distais, ou relativos ao indivíduo, ao grupo e organizações (PUENTE-PALACIOS E LAROS, 2009).

O efeito de uma variável independente sobre o desfecho (variável dependente) é interpretado como ajustado para as outras variáveis do mesmo nível e para as variáveis do nível anterior (LIMA, CARVALHO E VASCONCELOS 2008).

A seleção das variáveis baseou-se em evidências que apontam relação com o desfecho neste nível de determinação (NEDEL et al., 2011; BALOGH et al., 2013; PAZÓ et al., 2014).

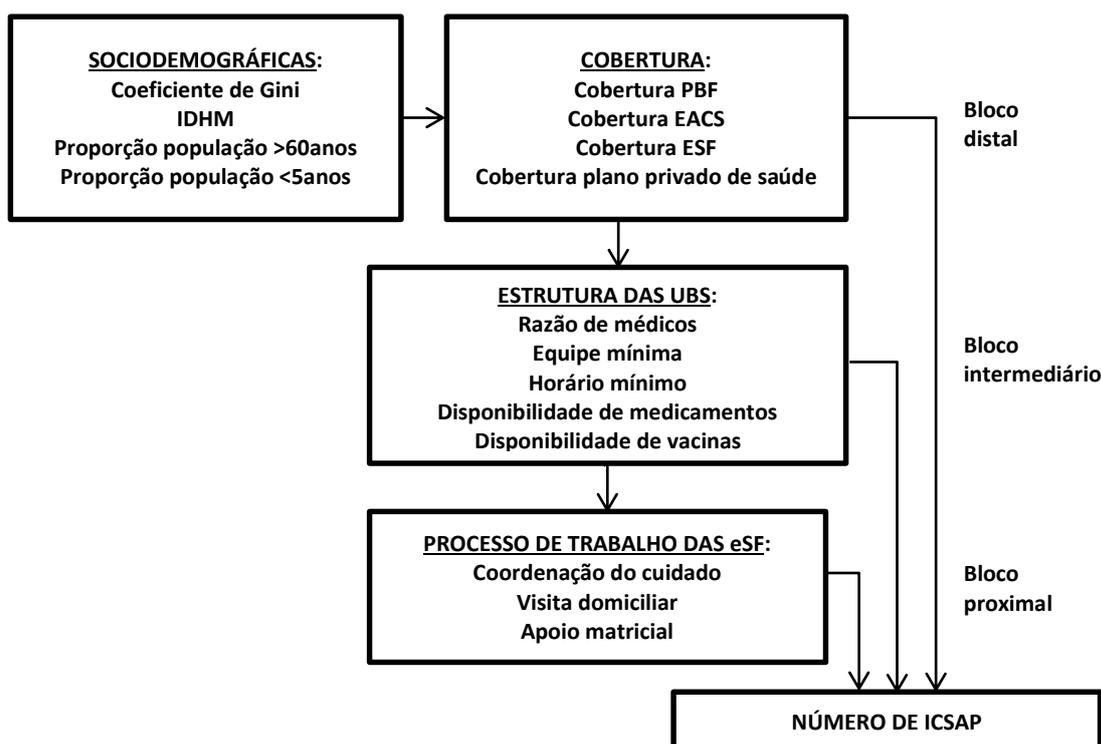
Assim, as variáveis do bloco distal estão relacionadas às características sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais. No bloco intermediário está apresentada a estrutura da UBS nos municípios e procurou incluir a disponibilidade de recursos que podem interferir na qualidade do serviço e podem determinar aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde, que correspondem ao próximo bloco. O bloco proximal, portanto, representa características da equipe de saúde que podem modificar o quadro de saúde da população, reduzindo o número de ICSAP (Figura 3).

Na análise ajustada, inicialmente, todas as variáveis do bloco foram incluídas no modelo. A inclusão de novas variáveis em cada bloco foi realizada pelo método

backward, permanecendo no modelo as variáveis associadas com nível de significância menor que 0,10. As estimativas da regressão e o intervalo de confiança a 95% foram verificadas no bloco correspondente e foi considerada a associação significativa, as variáveis associadas com valor de p menor que 0,05.

A análise estatística ainda contou com uma variável de ponderação no nível proximal, referente ao percentual de equipes que aderiram ao PMAQ-AB, por município, pois nem todas as equipes de saúde dos municípios eram obrigadas a aderirem ao programa. Logo, a variável ‘peso’ foi construída a partir da divisão do número de equipes que aderiram pelo número total de equipes de saúde implantadas no município em dezembro de 2012 (soma de equipes saúde da família, incluindo as parametrizadas com e sem saúde bucal e outros tipos de equipe). Não foram consideradas nesse cálculo as equipes de agentes comunitários de saúde, de penitenciárias, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de equipes de consultório de rua, as domiciliares e indígenas, pois o 1º ciclo do PMAQ-AB não permitiu a adesão dessas equipes. A variável ‘peso’ foi inserida no modelo de regressão com a adição do comando *svy* no início das regressões do nível proximal. No nível proximal, portanto, as análises foram ponderadas pelo inverso da probabilidade de adesão das equipes ao primeiro ciclo do PMAQ-AB.

Figura 2. Esquema do modelo teórico explicativo para investigação de fatores associados à taxa de ICSAP em três blocos hierarquizados.



4.6 Aspectos Éticos

Este estudo representa um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB”, coordenada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Para tanto, o MS instituiu convênios com sete Universidades / Institutos de Pesquisa públicos no Brasil. Estas instituições organizaram-se em consórcios com outras Universidades públicas para a execução da avaliação externa do PMAQ-AB em todo o território nacional. Previamente à fase de coleta dos dados, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas (UFPel), sob o número de Ofício 38/12 em 10 de maio de 2012 (ANEXO D), em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E).

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

**Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações
por condições sensíveis**

(a ser submetido à Revista de Saúde Pública)

**ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS**

**STRUCTURE AND WORK PROCESS IN PRIMARY CARE AND
HOSPITALIZATIONS FOR SENSITIVE CONDITIONS**

FACTORS ASSOCIATED TO HOSPITALIZATIONS IN PHC

Waleska Regina Machado Araujo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão.
São Luís, Maranhão, Brasil.

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís,
Maranhão, Brasil.

Endereço para correspondência

Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Rua Barão de
Itapary, 155 – Centro. CEP: 65020-070. São Luís, MA, Brasil.

ARAUJO, WRM: waleska_regina@hotmail.com

THOMAZ, EBAF: ebthomaz@globo.com

ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS

STRUCTURE AND WORK PROCESS IN PRIMARY CARE AND HOSPITALIZATIONS FOR SENSITIVE CONDITIONS

Waleska Regina Machado Araujo¹

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz¹

RESUMO

Objetivo. Investigar se características da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) estão associadas ao número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). **Métodos.** Trata-se de um estudo ecológico. Foram analisados dados de municípios brasileiros relativos a características sociodemográficas, de cobertura de programas assistenciais, de estrutura de UBS e de processo de trabalho das EAB. Os dados foram oriundos principalmente do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi considerado o número de ICSAP nos anos de 2013 e 2014. Estimaram-se as associações por meio de coeficientes de regressão binomial negativa e respectivos intervalos de confiança a 95%, com abordagem hierarquizada em três blocos ($\alpha=5\%$). **Resultados:** Na análise ajustada de 2013, no bloco distal, a cobertura do Programa Bolsa Família ($\beta= -0,001$) e de plano privado ($\beta= -0,01$) apresentaram associação negativa e o índice de desenvolvimento humano ($\beta= 1,13$), a proporção de pessoa idosa ($\beta= 0,05$) e de menor de cinco anos ($\beta= 0,05$) e a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde ($\beta= 0,002$) mostraram uma associação positiva. No bloco intermediário, apresentaram associação negativa o horário mínimo ($\beta= -0,14$) e a disponibilidade de vacina ($\beta= -0,16$) e associação positiva, a disponibilidade de medicamentos ($\beta= 0,16$). No bloco proximal, apenas a variável apoio matricial ($\beta= 0,10$) mostrou uma associação positiva. Na análise ajustada de 2014, as variáveis apresentaram o mesmo sentido de associação de 2013. **Conclusões:** A maior cobertura de programas de distribuição de renda, maior percentual de UBS funcionando em horário mínimo e a maior disponibilidade de vacinas estão significativamente associados ao menor número de ICSAP nos municípios.

Palavras-chave: Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde). Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

ABSTRACT

Objective: Investigate if characteristics of the structure of the Basic Health Units (UBS) and the work process of Primary Care Teams (EAB) are associated with the number of hospitalizations for Sensitive Conditions Primary (ICSAP). **Methods:** This is an ecological study. Data were derived from sociodemographic characteristics, coverage of assistance programs, structure of the Basic Health Units (UBS) and work teams process of Brazilian municipalities. The data were mainly from the Department of the Unified Health System and the first cycle of Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). We considered the number of ICSAP in the years 2013 and 2014 were estimated associations through negative binomial regression coefficients and confidence intervals at 95%, with hierarchical approach in three blocks (alpha = 5%). **Results:** After adjustment for 2013 in the distal block, the coverage of the Bolsa Família Program ($\beta = -0.001$) and private plan ($\beta = -0.01$) showed a negative association and the human development index ($\beta = 1, 13$), the proportion of elderly ($\beta = 0.05$) and less than five years ($\beta = 0.05$) and the cover of the Community Agents Health Strategy ($\beta = 0.002$) showed a positive association. The intermediate block, showed negative association the minimum time ($\beta = -0.14$) and the availability of vaccine ($\beta = -0.16$) and positive association, the availability of drugs ($\beta = 0.16$). The proximal block, only the variable matrix support ($\beta = 0.10$) showed a positive association. In analysis adjusted 2014, the variables had the same sense of association 2013. **Conclusions:** The increased coverage of income distribution programs, UBS largest percentage of working in minimum time and the greater availability of vaccines are significantly associated with reduce ICSAP.

Key-words: Hospitalization. Primary Health Care. Outcome and Process Assessment (Health Care).

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é prioridade federal e consiste na oferta de serviços na Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS), através, principalmente da Estratégia Saúde da Família (ESF). É estruturada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ações de cuidado e gestão desenvolvidas por equipes multiprofissionais.⁶

Para estimular a ampliação do acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012. O Programa é composto de quatro fases: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. As fases do PMAQ-AB conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Foram avaliadas a estrutura das UBS (módulo I), o processo de trabalho das equipes da AB (módulo II) e a satisfação dos usuários (módulo III).^a

As atividades de competência da AB, como a prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e o controle e acompanhamento de doenças crônicas, podem determinar a redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).¹ Essas condições englobam uma lista de problemas de saúde cuja internação pode ser prevenida com uma intervenção eficaz do primeiro nível de atenção, por meio do controle oportuno de doenças agudas e da gestão de doenças crônicas e suas complicações.⁵

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Asssitência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília (DF); 2012 [citado 2015 set 18]. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>>.

Alguns estudos têm destacado a taxa de ICSAP como indicador de acesso e qualidade de serviços primários de saúde.^{24,25} A população de países com um modelo assistencial baseado na APS tem um menor risco de internar por essas condições²⁸ e, quanto maior cobertura de ações do primeiro nível de atenção, maior impacto na redução das taxas de ICSAP.^{11,16}

Os fatores associados às ICSAP estão relacionados a aspectos socioeconômicos, demográficos e às condições de saúde individual, evidenciado por estudo realizado no Canadá que conclui que indivíduos de renda baixa, que residem em área rural e com maior presença de morbidades têm maior chance de hospitalizações por condições sensíveis.⁴ Em adultos, ser do sexo masculino, ter maior idade, residir em área rural e apresentar desvantagem socioeconômica está associado com maiores taxas de ICSAP, em estudo realizado na Austrália.²

No Brasil, com a expansão da ESF, verificou-se tendência de redução desse indicador.^{11,16} A taxa de ICSAP diminuiu mais de 5% ao ano, é mais alta em áreas com maior oferta de leito hospitalar e com baixa cobertura da ESF.¹⁶ Estudo com indivíduos internados em um hospital universitário no sul do Brasil verificou que a probabilidade de internar por condição sensível à APS é maior em pessoas do sexo feminino, com idade menor de cinco anos, com menos de cinco anos de estudo e consulta médica de emergência no mês anterior e histórico de hospitalização no ano anterior.¹⁹

Revisão sistemática concluiu com forte evidência que, o fornecimento adequado de médicos e a maior continuidade da atenção, definido como acompanhamento em longo prazo na APS, reduz as taxas de ICSAP.²⁵

Estudo ecológico em Madri, Espanha, encontrou que, dentre as variáveis de serviço, apenas a carga horária do médico mostrou associação significativa e sugere que

o maior número de consultas por dia compromete a qualidade do atendimento e poderia prejudicar o usuário.¹⁷

Revisão sistemática revela resultados contraditórios entre o número de pacientes por médico e internações por diabetes, onde mostra estudos em que menos pacientes por médico foi associado a uma diminuição das internações, estudo que encontra o oposto e estudo que não encontra associação significativa.¹² Não foram encontradas evidências de associação entre recursos disponíveis na APS e internações evitáveis.

Diante da necessidade de melhor examinar a relação entre aspectos atrelados à APS e às ICSAP, a hipótese deste trabalho é que, quanto melhor a estrutura e o processo de trabalho na APS nos municípios, menor o número de ICSAP, levando-se em conta uma análise ajustada por variáveis sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais. Logo, o objetivo desse estudo é investigar os fatores associados ao número de ICSAP no Brasil, com dados de estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes de atenção básica (EAB).

Métodos

Desenho e população do estudo

O estudo é do tipo ecológico, analítico e transversal, com dados populacionais disponíveis nas bases de dados do Brasil e na Avaliação Externa do (PMAQ-AB). Foram considerados 5.565 municípios brasileiros, no ano de 2012, para fins de análise. Os dados foram oriundos do Censo Nacional de UBS, no qual foram avaliadas 38.812 UBS e entrevistadas 17.202 EAB que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB. A partir desses dados foram construídos indicadores agregados de dados referentes à UBS e às EAB.

Procedimento de coleta de dados e variáveis do estudo

Para esse estudo foi utilizado o banco de dados secundários do Censo Nacional de UBS correspondente ao Módulo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado em 2012, o qual verificou a estrutura das UBS. As questões relativas ao processo de trabalho das equipes de saúde somente foram respondidas pelas equipes que aderiram ao PMAQ-AB e estão contidas no Módulo II do mesmo instrumento, respondidas por meio de entrevista com um profissional da equipe e verificação de documentos na UBS. Os dados foram coletados por questionário eletrônico, utilizando *tablets*.^a Após a coleta, os dados foram validados e enviados para o banco de dados centralizado pelo Ministério da Saúde.

As variáveis de estrutura (módulo I) foram construídas agregando o conjunto de UBS de cada município, são elas: quantidade de médicos, equipe mínima de saúde, horário mínimo de funcionamento, disponibilidade de medicamentos e de vacinas.

O número de médicos foi obtido através da soma do número de profissionais médicos da equipe mínima e ampliada das UBS do município. Em seguida foi categorizado como UBS com mais de um médico na equipe e UBS com menos de 1 médico na equipe. O indicador quantidade de médico indicou o percentual médio de UBS do município com mais de um médico na equipe.

É preconizado que a equipe mínima seja composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme legislação vigente.⁶ O indicador equipe mínima correspondeu ao percentual médio de UBS do município com equipes que tivessem, pelo menos, a composição mínima.

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília (DF); 2012 [citado 2015 set 18]. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>>.

O horário de funcionamento foi considerado mínimo quando a UBS funcionasse, pelo menos, dois turnos por dia durante cinco dias da semana. Foi construído um indicador para o município, calculando-se o percentual médio de UBS com horário mínimo.

A variável disponibilidade de vacina foi estimada pela existência e disponibilidade dos imunobiológicos preconizados pela Política Nacional de Imunização/calendário básico do Ministério da Saúde no ano de 2012 (Vacina contra tuberculose - BCG, Dupla tipo adulto, Febre amarela, Influenza sazonal, Hepatite B, Meningocócica C, Vacina oral poliomielite, Pneumocócica 10, Tríplice viral, Tríplice Bacteriana, Tetravalente e Vacina oral de Rotavírus Humano). O indicador disponibilidade de vacina correspondeu ao percentual médio de UBS do município que tinham sempre disponível mais de 75% das 12 vacinas do calendário básico do Ministério da Saúde. O ponto de corte faz analogia ao do indicador de proporção de cobertura adequada^b.

Foi verificado o número de 10 classes de medicamentos do Componente Básico da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em quantidade suficiente (antiparasitários; antianêmicos/vitaminas/polivitaminas/sais minerais; antiasmáticos; contraceptivos hormonais/hormônios sexuais; anti-hipertensivos e de ação cardiovascular; antidiabéticos; antibacterianos; analgésicos/antipiréticos; tratamento e prevenção da osteoporose; antiácidos/antieméticos/antissecretores). O indicador disponibilidade de medicamentos correspondeu ao percentual médio de UBS do município onde existia pelo menos 80% desses medicamentos (soma de todos os medicamentos disponíveis em quantidade suficiente, dividido pelo total, multiplicado

^b Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015*. Brasília (DF); 2013 [citado 2015 set 18]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf>.

por 100). O ponto de corte faz referência à meta da OMS de até 80% de disponibilidade de medicamentos essenciais a ser alcançada até 2025.^c

As variáveis de processo de trabalho (módulo II) foram construídas agregando dados das equipes de atenção básica de cada UBS dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB, são elas: coordenação do cuidado, visita domiciliar e apoio matricial.

A coordenação do cuidado é a capacidade de garantir ao usuário cuidados de outros pontos de atenção da rede de atenção, por meio da conexão de serviços de saúde²⁰, a exemplo da referência para outro nível de atenção quando necessário. Foi considerada uma equipe coordenadora do cuidado aquela que informou que quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, ele sai da unidade com a consulta agendada ou a consulta é marcada pela unidade e a data posteriormente informada ao usuário. O indicador corresponde ao percentual médio de equipes do município que garantem a coordenação do cuidado.

A visita domiciliar faz parte do elenco de atividades das equipes da atenção básica. O indicador para o município representa o percentual médio de equipes que informaram realizar visitas, levando-se em conta os ACS e outros membros da equipe.

O apoio matricial na atenção básica é uma metodologia de gestão do cuidado e serve de um suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde.¹⁰ O indicador de apoio matricial representa o percentual médio de equipes do município que informaram receber apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos.

As variáveis sociodemográficas foram coletadas de dados disponibilizados pelo IBGE e PNUD^d, quais sejam: a proporção da população idosa e de menores de cinco anos, o coeficiente de Gini e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

^c World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. WHO: Geneva; 2013 [citado 2015 set 18]. Disponível em: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf>.

Também foram coletados indicadores de cobertura de programas assistenciais dos municípios como a cobertura do Programa Bolsa Família (PBF), da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e ESF, obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A taxa de cobertura de planos privados de saúde foi consultada pelo banco de dados disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde, calculada pela razão entre o número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde e a população da área, multiplicado por 100.

A variável desfecho é o número de ICSAP dos anos de 2012, 2013 e 2014. Também foi construído o indicador taxas de ICSAP (calculado pela razão entre o número de ICSAP e a população do município, sendo estimada para 10.000 habitantes) e a proporção das ICSAP dentre o total de internações para cada ano.

As internações foram selecionadas por local de residência, conforme a lista de morbidades do CID-10, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Foram excluídas as internações de longa permanência (referente às prorrogações) e não foram incluídas as internações por gravidez, parto e puerpério. Os diagnósticos das internações foram selecionados com base na Lista Brasileira de ICSAP publicada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 221/2008, composta por 19 grupos de causas, com um total de 74 diagnósticos.

Análise Estatística

Para a análise estatística e processamento dos dados foi utilizado o *software* STATA versão 12.0. Inicialmente foram tabulados três bancos de dados. O primeiro correspondeu aos dados dos municípios, coletados pelo DATASUS, IBGE e PNUD, o segundo banco correspondeu às questões do Módulo I do PMAQ-AB e o terceiro às

^d PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro*. Brasília: PNUD, IPEA, FJP, 2013. [citado 2015 set 18]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>.

variáveis de processo de trabalho das EAB que aderiram ao PMAQ-AB. O segundo e terceiro banco foram unidos através do comando *merge* no STATA, e a variável usada para fazer a fusão dos dados foi o código do IBGE, presente nos três bancos. Em seguida, as variáveis de estrutura e processo de trabalho foram agregadas estimando-se a média percentual das variáveis por município e feito o *merge* para o banco final no nível municipal, usado para análise estatística.

Em seguida, foi realizada a análise descritiva das variáveis independentes em cada banco para caracterizar a amostra do estudo, estimando-se médias (X) \pm desvios-padrão (dp), bem como medianas (Md) \pm desvios interquartílicos ($Q1$ e $Q3$), além de valores mínimo ($Mín.$) e máximo ($Max.$). Também foi realizada a análise descritiva dos indicadores de ICSAP para os anos de 2012, 2013 e 2014.

A análise univariada e multivariada foram realizadas através do modelo de regressão da binomial negativa, utilizando o comando *nbreg*, controlada pela população de cada município através do comando *offset* (log da população).

A análise de regressão multivariada foi realizada pela análise hierarquizada em três blocos. Assim, o bloco distal corresponde a variáveis sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais, o bloco intermediário apresenta variáveis de estrutura da UBS nos municípios e o bloco proximal representa características do processo de trabalho das EAB (Figura 1).

Na análise ajustada, inicialmente, todas as variáveis do bloco distal foram incluídas no modelo. A inclusão de novas variáveis em cada bloco foi realizada pelo método *backward*, permanecendo no modelo as variáveis associadas com nível de significância menor que 0,10. As estimativas da regressão e o intervalo de confiança a 95% foram verificadas no bloco correspondente e foi considerada a associação significativa, as variáveis associadas com valor de p menor que 0,05.

A análise estatística ainda contou com uma variável de ponderação no nível proximal, referente ao percentual de equipes que aderiram ao PMAQ-AB, por município, pois nem todas as equipes de saúde dos municípios eram obrigadas a aderir ao programa. A variável ‘peso’ foi inserida no modelo de regressão com a adição do comando *svy* no início das regressões do nível proximal. No nível proximal, portanto, as análises foram ponderadas pelo inverso da probabilidade de adesão ao PMAQ-AB.

Aspectos Éticos

Previamente à fase de coleta dos dados, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas (UFPel), sob o número de Ofício 38/12 em 10 de maio de 2012, em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Entre os indicadores do nível distal, destaca-se o coeficiente de Gini médio de 0,5 e IDHM médio de 0,6 (ambos com DP=0,07). A proporção da população idosa teve média de 12,1% e de menores de 5 anos, 7,4%. A cobertura do PBF apresentou média de 80,7% (DP=18,1%), da EACS, média de 90,2% (DP=23,2%) e da ESF, média de 81,9% (DP=29%). A taxa média de planos privados de saúde nos municípios foi de 8,4% (DP=11,6%) (Tabela 1).

Das UBS, 79,1% apresentam mais de um médico por equipe, 60,69% tem pelo menos a equipe mínima completa, 86,52% funcionam pelo menos em horário mínimo e em média, 61,63% apresentam pelo menos 75% dos imunobiológicos do calendário básico do ano de 2012 sempre disponíveis. O pior indicador desse nível foi disponibilidade de medicamentos, onde apenas uma média de 3,18% das UBS tem 80%

ou mais de medicamentos do componente básico da RENAME disponíveis em quantidade suficiente. Das EAB que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ-AB, em média, 67,27% garantem a coordenação do cuidado, 99,31% realizam visita domiciliar e 88,48% recebem apoio matricial (Tabela 1).

O número absoluto, a taxa e a proporção de ICSAP diminuíram. A média da taxa de ICSAP passou de 169,2 [DP=128,5] em 2012 para 154,3/10.000 habitantes [DP=122,1] em 2014.

A análise não ajustada para o desfecho em 2013 e 2014 mostrou a direção da associação semelhante. Apresentou associação negativa significativa a proporção de menores de cinco anos, a cobertura de plano privado de saúde, o horário mínimo e disponibilidade de vacinas. Mostrou associação positiva significativa a proporção de maiores de 60 anos, a cobertura do PBF, da EACS, da ESF, a disponibilidade de medicamentos e o apoio matricial.

Na análise ajustada de 2013, no bloco distal, municípios com maior cobertura do PBF (Coef.= -0,001) e maior cobertura de plano privado (Coef.= -0,01) apresentaram menor número de ICSAP e com maior IDHM (Coef.= 1,13), maior proporção de pessoa idosa (Coef.= 0,05), maior proporção de menor de cinco anos (Coef.= 0,05) e maior cobertura da EACS (Coef.= 0,002) mostraram maior número dessas internações. No bloco intermediário, apresentaram menor número de ICSAP municípios com UBS funcionando pelo menos em horário mínimo (Coef.= -0,14) e com pelo menos 75% das vacinas disponíveis (Coef.= -0,16) e municípios com pelo menos 80% dos medicamentos disponíveis mostram maior número de internações (Coef.= 0,16). No bloco proximal, apenas a variável apoio matricial (Coef.= 0,10) mostrou uma associação positiva e significativa, o que mostra que municípios com mais equipes que recebem apoio matricial, tem maior o número de internações.

Na análise ajustada de 2014, as variáveis do bloco distal e do intermediário apresentaram o mesmo sentido de associação da ajustada de 2013. Apenas no bloco distal, o apoio matricial perdeu a significância estatística (Coef.= 0,10; p=0,092).

Discussão

Após ajuste para variáveis sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais relativas ao município, variáveis de estrutura de UBS (horário mínimo, disponibilidade de medicamentos e de vacinas) e processo de trabalho das EAB (apoio matricial) revelaram-se associadas ao número de ICSAP.

Os indicadores de ICSAP tiveram decréscimo conforme encontrado em outros estudos, que relacionaram a uma melhor cobertura dos serviços de saúde nos últimos anos.^{11,15} Observou-se uma grande dispersão desse indicador nos municípios. Revisão sistemática revela que o número de ICSAP apresenta significativa variação geográfica, atribuída principalmente a facilidade de acesso à atenção secundária e a qualidade e acesso à atenção primária,⁷ o que torna nosso estudo oportuno ao desvendar as características dos serviços primários de saúde associadas ao número de ICSAP.

Variáveis sociodemográficas e de cobertura de programas assistenciais

Apesar da cobertura da ESF não ter sido associada e da cobertura do EACS mostrar associação com o maior número de internações, evidências mostram que a implantação da ESF parece estar associada com a redução de ICSAP.^{15,16} Essa associação permanece mesmo com o controle de um conjunto de fatores de confusão em potencial, tais como econômicos, sociais e de serviços de saúde, apesar de variáveis socioeconômicas reduzirem o impacto da ESF na diminuição das internações.¹¹

Essas estratégias são as principais fontes de acesso a serviços primários e garantem a cobertura desses serviços para a população⁶, logo esperava-se que essa cobertura reduzisse o número de internações por causa sensíveis a esse nível de atenção. Por outro lado, mesmo reconhecido o papel articulador do ACS na AB e como ponte de ligação entre a comunidade e a equipe, estudo conclui que são necessárias atividades de educação permanente, bem como a supervisão de suas ações para garantir a qualidade do processo de trabalho executado por eles e a efetividade de suas práticas.⁹

A associação inversa significativa com o PBF sugere que municípios com uma maior distribuição de renda têm melhores níveis de saúde, revelado em menos internações. A análise descritiva mostra que, em média, 80% das famílias dos municípios com critérios para acompanhamento do PBF estão cobertas pelo programa, garantindo uma melhor distribuição de renda. Estudos também encontraram que áreas de alta renda têm taxas de admissão hospitalares menores⁵ e sugerem que a resolução de problemas socioeconômicos nas zonas mais pobres pode impactar o número de ICSAP.⁴

Como as internações computadas referem-se somente a hospitalizações públicas, era de se esperar que municípios com maior cobertura média de plano privado de saúde tivessem menor número de internações, pelo desvio de internações para a rede privada. O maior número de internações em municípios com maior proporção de idosos e de crianças menores de cinco anos também foi encontrada em outro estudo, que mostra taxas maiores de ICSAP nos extremos das idades.¹⁹

Estrutura da UBS

Parece não existir associação entre o número de médicos e ICSAP, assim como em estudo ecológico que investigou fatores associados à taxa dessas internações em idosos na Espanha.¹⁷

Municípios com UBS funcionando pelo menos com o horário mínimo associado com o menor número de internações pode ter relação com um maior acesso ao serviço de saúde, já que os cuidados primários no país são oferecidos preferencialmente pelas UBS. Uma revisão sistemática mostra que a maioria dos estudos encontra associação inversa entre indicadores de acesso e as ICSAP, ou seja, um melhor acesso resulta em menos internações e atribuem parte desse efeito a maior utilização de serviços de prevenção realizados pela APS.^{19,24}

Dentre as hospitalizações que podem ser evitadas estão as por doenças prevenidas por imunização.⁸ A vacinação é uma ação prioritária e rotineira dos serviços de saúde e o aumento das coberturas vacinais tem reduzido a morbimortalidade infantil das doenças-alvo¹⁴. Logo, pode-se explicar o menor número de ICSAP nos municípios com pelo menos 75% dos imunobiológicos disponíveis, pela melhor disponibilidade de vacinas que possibilita o alcance das coberturas vacinais.

A disponibilidade de medicamentos foi o pior indicador de estrutura. A indisponibilidade de medicamentos no setor público prejudica o acesso a esse recurso e, apesar da RENAME ampliar o acesso gratuito, o suprimento ainda é insuficiente e desigual no país.²¹ Fragilidades na seleção e utilização da RENAME em muitos municípios brasileiros podem justificar esse achado e alerta os gestores para investimentos na gestão da Assistência Farmacêutica.¹⁸

A análise de regressão ajustada mostrou que em municípios com pelo menos 80% de medicamentos disponíveis, o número de ICSAP foi maior, apesar de ser conhecido que o acesso e o uso racional de medicamentos são fundamentais para evitar internações e mortes.^e Esse resultado pode ser atribuído pelo uso incorreto de medicamentos, já que estudo mostra um aumento do número de internações hospitalares

^e WHO, World Health Organization. *Promoting rational use of medicines: core components*. Geneva; 2002. [citado 2015 set 18]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67438>>.

decorrentes de efeitos adversos e intoxicações por medicamentos e revela uma tendência crescente de problemas relacionados ao uso medicamentos por idosos.²² Porém, acredita-se que essa evidência não seja suficiente para explicar o maior número de internações e sugerimos que o indicador disponibilidade de medicamentos não é adequado para explicar o número de ICSAP pelo fato de não medir acesso e utilização e também por apresentar uma causalidade reversa com o desfecho (a população pode primeiro ser internada e depois ter a necessidade de usar um medicamento).

Processo de trabalho

Quase a totalidade das equipes informou ter realizado visita domiciliar, o que pode não ter possibilitado verificar associação com o desfecho.

A equipe receber suporte de um profissional especializado foi a única característica de processo de trabalho dos municípios que mostrou associação direta com o desfecho, ou seja, municípios que a equipe recebe apoio matricial, tem maior número de ICSAP. Essa ferramenta de gestão objetiva assegurar a retaguarda especializada às equipes da AB, mas a escassez de serviços especializados induz sua utilização equivocada de forma substitutiva, o que pode distorcer sua função, empobrecer o atendimento e assim, prejudicar o usuário.¹⁰

Um estudo de coorte no sul do Brasil concluiu que serviços primários de qualidade abaixo do ideal e não adequado para as condições crônicas parece não ter impacto na diminuição de internações evitáveis. Os autores sugerem que para diminuir as ICSAP deve se investir na qualidade da APS e reorganizar o processo de trabalho e coordenação entre os outros pontos de atenção da rede.¹³

Limitações do estudo

Dados oriundos dos Sistemas de Informação de Saúde têm fragilidades, tanto em relação ao diagnóstico da internação quanto à codificação de diagnóstico pela CID, mas por apresentar boa proporção de informações válidas é considerada uma importante base de dados para avaliar hospitalizações no país.²³ Há ainda evidências que os dados do SIAB constituem uma boa estimativa da cobertura efetiva da ESF.³

O processo de coleta de dados do PMAQ-AB também teve limitações. No módulo I a coleta foi realizada através de observação da UBS por avaliadores externos, que apesar de intenso processo de capacitação, pode ter problemas de padronização. Os dados do módulo II foram coletados através de entrevistas com um profissional da equipe de saúde, situação que pode levar ao viés de prevaricação já que se trata de um processo de avaliação.

Para evitar viés de aferição, em relação aos dados do PMAQ-AB, houve um grande investimento na seleção e capacitação dos avaliadores de todo o país, com supervisão e coordenação locais envolvendo instituições e pesquisadores renomados. A construção de manuais instrutivos do programa, o processo de coleta de dados utilizando instrumento eletrônico (*tablets*) para evitar erros de digitação e o processo de validação dos dados possibilitou maior validade das informações.

As questões relativas ao processo de trabalho podem estar superestimadas, já que a adesão ao PMAQ-AB pode estar condicionada a uma melhor situação das equipes de saúde locais. Na tentativa de equilibrar a diferença de adesão entre os municípios, realizamos a ponderação das variáveis do bloco proximal através da variável peso na análise de regressão. Para as variáveis do nível municipal e da UBS não houve viés de seleção já que foram coletados dados para toda a população do estudo.

Pontos fortes do estudo

O estudo dispôs de uma grande amostra, o que garante uma maior precisão da estimativa estatística. Os coeficientes de regressão por meio da binomial negativa possibilitou o ajuste do número de internações pelo tamanho da população do município e a análise de regressão hierarquizada em três blocos permitiu a redução de viés de confundimento.

É importante apontar que o estudo ecológico não permite fazer inferência para o nível individual. O interesse do efeito ecológico nesse estudo é atestar que internações hospitalares por condições sensíveis na atenção primária são resultado de interações entre fatores sociodemográficos, de cobertura de programas assistenciais, de estrutura e processo de trabalho da APS.

Considerações finais

Nossos resultados são oportunos porque apontam que a maior cobertura de programas de distribuição de renda, maior percentual de UBS funcionando pelo menos dois turnos, cinco vezes por semana e que a maior disponibilidade de vacinas nas UBS diminuem significativamente o número de ICSAP nos municípios. Sugerimos a adequação na estrutura da Atenção Básica, principalmente quanto à disponibilidade de medicamentos essenciais nas UBS, e a melhor qualidade do processo de trabalho das equipes de saúde no país, a fim de consolidar o acesso e a qualidade dos serviços primários à população.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA) pelo incentivo à pesquisa.

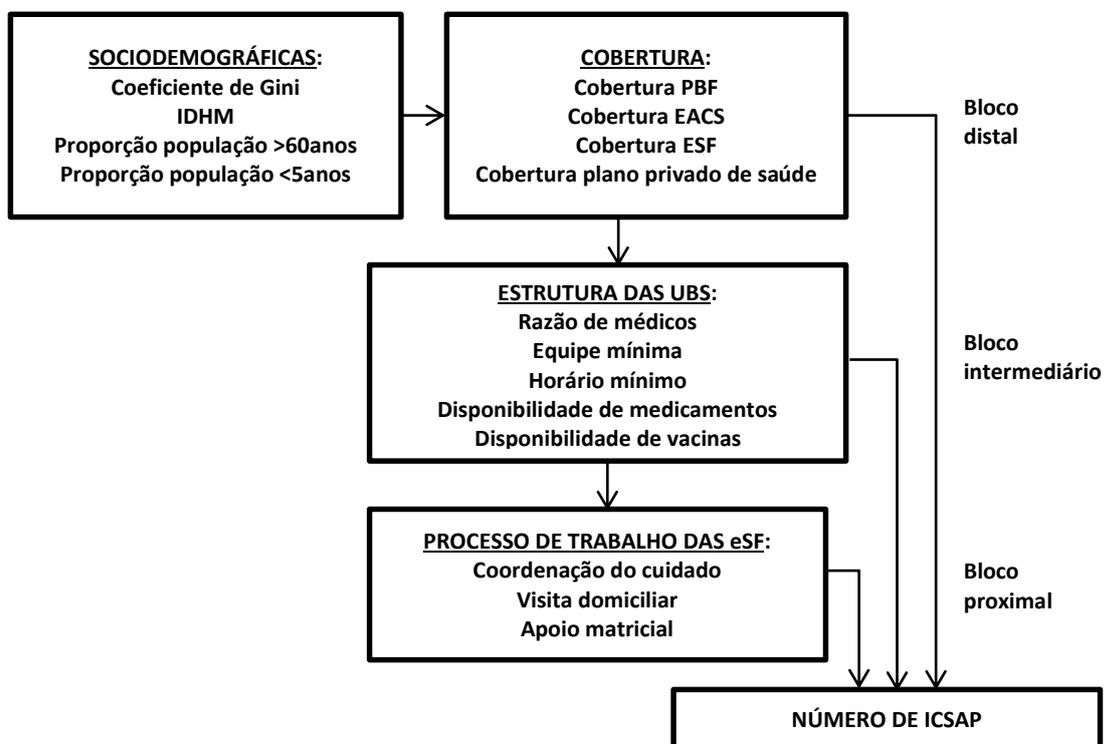
Referências

1. Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonca CS et al. [Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil)]. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(6):1337-49.
2. Ansari Z, Haider SI, Ansari H, de Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:475. DOI: 10.1186/1472-6963-12-475
3. Aquino R, Barreto ML. [The Family Health Program in Brazil and the adequacy of its coverage indicator]. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(4):905-14.
4. Balogh RS, Ouellette-Kuntz H, Brownell M, Colantonio A. Factors associated with hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions among persons with an intellectual disability: a publicly insured population perspective. *J Intellect Disabil Res*. 2013; 57(3):226-39. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2011.01528.x
5. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993; 12(1):162-73.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.
7. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:324. DOI: 10.1186/s12913-015-0964-3
8. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. [Primary care evaluation and hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions. Conceptual framework]. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):61-5.
9. Costa SdM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(7): 2147-2156.
10. Cunha GT, Campos GWdS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):961-970.
11. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011; 49(6):577-84. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31820fc39f
12. Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:336. DOI: 10.1186/1472-6963-13-336.
13. Goncalves MR, Hauser L, Prestes IV, Schmidt MI, Duncan BB, Harzheim E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. *Fam Pract*. 2015. DOI: 10.1093/fampra/cmz051

14. Guimaraes TM, Alves JG, Tavares MM. [Impact of immunization measures by the Family Health Program on infant mortality from preventable diseases in Olinda, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(4):868-76.
15. Maciel AG, Caldeira AP, Diniz FJLdS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais *Saúde debate*. 2014; 38(spe). DOI: 10.5935/0103-1104.2014S024
16. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1963-70. DOI: 10.2105/AJPH.2010.198887
17. Magan P, Alberquilla A, Otero A, Ribera JM. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). *Med Care*. 2011; 49(1):17-23. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181ef9d13
18. Magarinos-Torres R, Pepe VL, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CG. [Essential medicines and the selection process in management practices of pharmaceutical services in Brazilian states and municipalities]. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(9):3859-68.
19. Nedel FB, Facchini LA, Martin-Mateo M, Vieira LA, Thume E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1041-52.
20. Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete, MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(6):485-495.
21. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al. [Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(2):267-80.
22. Paula TCd, Bochner R, Montilla DE. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(4):828-44.
23. Rehem TC, de Oliveira MR, Ciosak SI, Egry EY. Record of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: validation of the hospital information system. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(5):1159-64. DOI: 10.1590/S0104-11692013000500020
24. Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2013; 23(3):356-60. DOI: 10.1093/eurpub/cks053
25. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pract*. 2014; 31(5):502-16. DOI: 10.1093/fampra/cmu053

Figuras

Figura 1. Esquema do modelo teórico explicativo para investigação de fatores associados à taxa de ICSAP em três blocos hierarquizados.



Tabelas

Tabela 1. Características descritivas das variáveis independentes, nos três níveis de análise, em 2012. PMAQ-AB, ciclo 1. Brasil.

Variáveis	\bar{x}	DP	Q1	Med.	Q3	Min.	Máx
Nível distal (município)							
Coefficiente de Gini	0,5	0,07	0,4	0,5	0,5	0,3	0,8
IDHM	0,6	0,07	0,6	0,7	0,7	0,4	0,9
% população ≥ 60 anos	12,1	3,3	9,9	12,1	14,2	2,6	29,4
% população < 5 anos	7,4	1,8	6,2	7,2	8,3	2,3	19,4
Cobertura do PBF	80,7	18,1	72,2	85,1	94,7	0,0	100,0
Cobertura do EACS	90,2	23,2	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Cobertura da ESF	81,9	29,0	71,6	100,0	100,0	0,0	100,0
Cobertura de plano privado	8,4	11,4	1,1	3,6	10,9	0,01	100,0
Nível intermediário (UBS)							
UBS ≥ 1 médico/eq. ¹	79,1	40,7	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Equipe mínima ²	60,7	48,8	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Horário mínimo ³	86,5	34,1	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Disponibilidade de medicamentos $> 80\%$ ⁴	3,18	17,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Disponibilidade de vacinas $> 75\%$ ⁵	61,6	48,6	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Nível proximal (eSF)							
Coordenadora do cuidado ⁶	67,3	46,9	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Realiza visita domiciliar ⁷	99,6	6,2	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Tem apoio matricial ⁸	88,7	31,6	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0

IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. PBF= Programa Bolsa Família. EACS= Estratégia Agente Comunitário de Saúde. ESF= Estratégia Saúde da Família. eSF= Equipe de Saúde da Família. UBS= Unidade Básica de Saúde. \bar{x} = média. DP= desvio-padrão. Q1= 1º quartil. Med.= mediana. Q3= 3º quartil. Mín.= mínimo. Máx.= máximo. %= frequência percentual.

¹média de UBS no município com pelo menos 1 médico na equipe. ²média de UBS no município pelo menos a equipe mínima (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde). ³média de UBS no município com funcionamento em, pelo menos, dois turnos por cinco dias/semana. ⁴média de UBS no município que dispõe de, pelo menos, 80% dos medicamentos da RENAME em quantidade suficiente. ⁵média de UBS no município que dispõe de, pelo menos, 75% das vacinas do calendário básico. ⁶média de equipes no município que garantem a coordenação do cuidado. ⁷média de equipes no município que realizam visita domiciliar. ⁸média de equipes no município que recebem apoio matricial.

Tabela 2. Análise descritiva das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária nos anos de 2012, 2013 e 2014. Brasil.

IHCSAP	\bar{x}^1	DP ¹	Q1 ¹	Med. ¹	Q3 ¹	Mín.	Máx.
Nº de IHCSAP (2012)	433,8	1643,1	57	155,5	434	1	88291
Nº de IHCSAP (2013)	428,0	1636,4	57	155,0	442	1	90379
Nº de IHCSAP (2014)	407,3	1582,8	53	142	414	2	88212
Taxa de IHCSAP/10.000 (2012)	169,2	128,5	77,5	132,9	224,9	0,9	997,9
Taxa de IHCSAP/10.000 (2013)	161,3	121,8	74,7	126,2	212,6	1,7	990,3
Taxa de IHCSAP/10.000 (2014)	154,3	122,1	69,1	116,9	202,2	1,4	960,9
Proporção de IHCSAP (2012)	30,5	12,7	20,9	28,4	38,2	2,2	86,1
Proporção de IHCSAP (2013)	29,9	12,5	20,6	27,7	37,3	1,7	84,8
Proporção de IHCSAP (2014)	28,1	12,3	19,1	25,7	35,2	3,7	85,0

IHCSAP= Internação Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Primária. \bar{x} = média. DP= desvio-padrão. Q1= 1º quartil. Med.= mediana. Q3= 3º quartil. Mín.= mínimo. Máx.= máximo.

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados ao número de ICSAP no bloco distal, bloco intermediário e bloco proximal. 2013-2014. Brasil.

Variáveis	Nº de ICSAP, 2013						Nº de ICSAP, 2014					
	Não ajustada			Ajustada			Não ajustada			Ajustada		
	Coef ¹	IC95% ¹	P ¹	Coef ¹	IC95% ¹	P ¹	Coef ¹	IC95% ¹	P ¹	Coef ¹	IC95% ¹	P ¹
Nível distal												
Coefficiente de Gini	-0,10	-0,40:0,19	0,485				-0,27	-0,40:0,19	0,070			
IDHM	-0,06	-0,33:0,21	0,673	1,13	0,69:1,57	<0,001	0,08	-0,19:0,36	0,565	1,30	0,85:1,75	<0,001
% > 60 anos	0,04	0,03:0,04	<0,001	0,05	0,04:0,06	<0,001	0,04	0,03:0,04	<0,001	0,05	0,04:0,06	<0,001
% <5 anos	-0,03	-0,04:-0,02	<0,001	0,05	0,03:0,07	<0,001	-0,03	-0,04:-0,02	<0,001	0,05	0,03:0,07	<0,001
Cob. PBF	0,001	0,0001:0,002	0,029	-0,001	-0,002:-0,0001	0,033	0,001	0,0001:0,002	0,035	-0,001	-0,002:-0,0002	0,017
Cob. EACS	0,003	0,002:0,004	<0,001	0,002	0,001:0,003	<0,001	0,003	0,002:0,004	<0,001	0,002	0,001:0,003	<0,001
Cob. ESF	0,002	0,001:0,003	<0,001				0,002	0,001:0,003	<0,001			
Cob. plano privado	-0,01	-0,01:-0,007	<0,001	-0,01	-0,01:-0,01	<0,001	-0,009	-0,01:-0,008	<0,001	-0,01	-0,01:-0,008	<0,001
Nível intermediário												
%UBS≥1 médico/eq. ²	-0,02	-0,09:0,05	0,520				-0,02	-0,09:0,05	0,535			
%UBS eq. mínima ³	0,04	-0,02:0,1	0,187				0,02	-0,04:0,08	0,461			
%UBS hor. mínimo ⁴	-0,18	-0,26:-0,1	<0,001	-0,14	-0,23:-0,06	0,001	-0,12	-0,21:-0,03	0,006	-0,09	-0,18:-0,01	0,035
%UBS≥80% medicamentos ⁵	0,14	0,03:0,26	0,016	0,16	0,04:0,27	0,007	0,16	0,04:0,28	0,006	0,17	0,05:0,28	0,004
%UBS≥75% vacinas ⁶	-0,14	-0,20:-0,09	<0,001	-0,16	-0,22:-0,11	<0,001	-0,16	-0,21:-0,10	<0,001	-0,18	-0,24:-0,13	<0,001
Nível proximal												
% eSF coord_cuidado ⁷	-0,01	-0,07:0,05	0,684				-0,01	-0,07:0,05	0,827			
% eSF visita dom. ⁸	0,19	-0,14:0,53	0,256				0,05	-0,33:0,44	0,777			
-% eSF apoio mat. ⁹	0,11	0,03:0,20	0,009	0,10	0,02:0,19	0,015	0,09	0,004:0,18	0,041	0,07	-0,01:0,16	0,092

ICSAP= Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. PBF= Programa Bolsa Família. EACS= Estratégia Agente Comunitário de Saúde. ESF= Estratégia Saúde da Família. eSF= Equipe de Saúde da Família. UBS= Unidade Básica de Saúde. \bar{X} = média. DP= desvio-padrão. Q1= 1º quartil. Med.= mediana. Q3= 3º quartil. Mín.= mínimo. Máx.= máximo. %= frequência percentual.

¹estimativas calculadas para o nível do município. ²média de UBS no município com pelo menos 1 médico na equipe. ³média de UBS no município pelo menos a equipe mínima (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde). ⁴média de UBS no município com funcionamento em, pelo menos, 2 turnos por 5 dias/semana. ⁵média de UBS no município que dispõe de, pelo menos, 80% dos medicamentos da RENAME em quantidade suficiente. ⁶média de UBS no município que dispõe de, pelo menos, 75% das vacinas do calendário básico. ⁷média de equipes no município que garantem a coordenação do cuidado. ⁸média de equipes no município que realizam visita domiciliar. ⁹média de equipes no município que recebem apoio matricial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo destaca a importância da oferta de serviços primários de saúde em reduzir internações evitáveis. Conclui-se que municípios brasileiros com maior cobertura de programas de distribuição de renda, da Estratégia Saúde da Família, maior percentual de UBS funcionando pelo menos dois turnos, cinco vezes por semana e que a melhor disponibilidade de vacinas nas UBS diminuem significativamente o número de ICSAP. Sugere-se adequação na disponibilidade de medicamentos essenciais nas UBS, com sua utilização de forma racional e a melhor qualidade do processo de trabalho das equipes de saúde no país.

É necessário reconhecer os determinantes de saúde no território e garantir a cobertura de serviços de saúde à população. Os gestores municipais de saúde devem atentar para questões de estrutura e processo de trabalho na atenção básica e comprometer-se com o acesso e a qualidade dos serviços primários para atingir resultados desejáveis em saúde.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ALMEIDA, P. F. D.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F. D.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; ESCOREL, S.. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, 286-98, 2010.

BALOGH, R. S.; OUELLETTE-KUNTZ, H.; BROWNELL, M.; COLANTONI, A. Factors associated with hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions among persons with an intellectual disability—a publicly insured population perspective. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 57, n. 3, p. 226-239, 2013.

BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK; CAREY, T. S.; BLANK, A. E.; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assitência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W. d. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 2, 399-407, 2007.

CARVALHO, M. S. d.; SOUSA, M. F. d. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. d. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, 961-970, 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Morbidade Hospitalar do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em 03 de novembro de 2014.

DONABEDIAN, A.; FUND, C. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Harvard University Press Cambridge, 1973. In: ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health services research**, v. 9, n. 3, 208-220, 1974.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G.; MACINKO, J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. D.; SENNA, M. D. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, 164-76, 2007.

GIBSON, O.R.; SEGAL, L.; MCDERMOTT, R.A. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. **BMC Health Serv Res.**, v. 13, n. 336, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2013. 160 p. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em 10 de nov. de 2014.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 17 de setembro de 2015.

JORGE, M. H. P. D. M.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, S. D.; CARVALHO, M. L. D.; VASCONCELOS, A. G. G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1910-1916, 2008.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl 1, 1463-72, 2009.

MACHADO, C. V.; DE FARIA BAPTISTA, T. W.; DE OLIVEIRA NOGUEIRA, C. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B. D.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Public Health Association**, v. 101, n. 10, p. 1963-70, 2011.

MAGÁN, P.; ALBERQUILLA, Á.; OTERO, Á.; RIBERA, J. M. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). **Medical Care**, v. 49, n. 1, p. 17-23, 2011.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; BASTOS, J. L.; MARTÍN-MATEO, M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1145-1154, 2011.

NUNES, R. T; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 6, 485-495, 2006.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.36

PAGOTTO, V.; SILVEIRA, E. A.; VELASCO, W. D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, 2013.

PAZÓ, R. G.; DE OLIVEIRA FRAUCHES, D.; MOLINA, M. D. C. B.; CADE, N. V. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1891-1902, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 358-372, 2014.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, IPEA, FJP., 2013.

PUENTE-PALACIOS, K. E.; LAROS, J. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 26, p. 349-61, 2009.

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F. de; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Registro de internaciones por condiciones sensibles a la atención primaria: validación del sistema de información hospitalaria. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.21, n. 5, p. 1-6, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

ROSANO, A., LOHA; C. A., FALVO; R., VAN DER ZEE; J.; RICCIARDI, W.; GUASTICCHI, G. BELVIS, A. G. de. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **The European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356-360, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SANTOS, A. M. d.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. d.; ANDRADE, C. L. T. d.; MARTINS, M. I. C.; CUNHA, M. S. d. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012.

SOUSA, M. F. D. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2002. p. 61-63.

TRACHTENBERG, A. J., DIK; N., CHATEAU, D.; KATZ, A. Inequities in ambulatory care and the relationship between socioeconomic status and respiratory hospitalizations: a population-based study of a Canadian city. **The Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 5, p. 402-407, 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. D.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

VAN LOENEN, T.; VAN DEN BERG, M. J.; WESTERT, G. P.; FABER, M. J. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. **Family Practice**, n. 31, p. 053, 2014.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. do C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. WHO. Geneva, 2013.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO MÓDULO I DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

- Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

- Orientações gerais:

Na opção de resposta "Outro(s)" poderá descrever a resposta;

Quando a questão possibilitar mais de uma opção de resposta deverá marcar para cada uma "Sim" ou "Não".

Criação do questionário

Número do CNES:
(7 dígitos)

Nome da unidade de saúde:

CPF do avaliador:

I.1 Identificação geral

I.1.1 Instituição principal:

I.1.2 Instituição colaboradora:

I.1.3 Número do supervisor:

I.1.4 Número do entrevistador:

I.2 Identificação da unidade de saúde

I.2.1 Nome da unidade de saúde:

I.2.2 Coordenadas GPS: Latitude:
Longitude:

I.2.3 Estado:

I.2.4 Município:

I.2.5 Endereço:

I.2.6 Telefone (DDD) + 8 dígitos: () ____-____
Não se aplica

continua...

continuação...

1.3 Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica		
1.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
		Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde
		Posto avançado
		Outro(s)
1.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade: (inserir o número no quadrado)	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal
		Outras configurações
		Não sabe
1.3.3	Unidade de saúde tem equipe(s) participante(s) do PMAQ? (Se NÃO, passar para a questão 1.3.5.)	Sim
		Não
1.3.4	Quantidade de equipes participantes do PMAQ na unidade de saúde:	Equipes
1.3.5	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s):	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico de saúde bucal
		Auxiliar de saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico de laboratório
		Microscopista
1.3.6	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s):	Médico especialista
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
		Outro(s)

continua...

continuação...

1.5 Acessibilidade na unidade de saúde				
1.5.1	Observar na área externa da entrada na unidade de saúde:	Sim	Não	A calçada da entrada da unidade de saúde está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para caeirantes e pessoas com necessidades especiais e deficientes
		Sim	Não	Possui tapete
		Sim	Não	Possui antiderrapante
		Sim	Não	Possui piso regular
		Sim	Não	Possui piso liso
		Sim	Não	Possui rampa de acesso
		Sim	Não	Possui corrimão
		Sim	Não	Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas
			Nenhuma das anteriores	
1.5.2	A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?	Sim	Não	Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas
		Sim	Não	Barras de apoio
		Sim	Não	Corrimão
		Sim	Não	Corredores adaptados para cadeira de rodas
		Sim	Não	Portas internas adaptadas para cadeira de rodas
		Sim	Não	Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção
		Sim	Não	Bebedouros adaptados
		Sim	Não	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
			Nenhuma das anteriores	

continua...

continuação...

I.5.3	A unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	Sim	Não	Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva
		Sim	Não	Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados
		Sim	Não	Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)
		Sim	Não	Recursos auditivos (sonoro)
		Sim	Não	Profissionais para acolhimento
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores

I.6 Identificação visual e sinalização das ações e serviços

I.6.1	A(s) equipe(s) divulga(m) para os usuários:	Sim	Não	Que a unidade de saúde participa do "Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade (PMAQ)" e apresenta o endereço do site do Ministério da Saúde
		Sim	Não	O horário de funcionamento da unidade de saúde
		Sim	Não	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe
		Sim	Não	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de maneira que as pessoas com deficiência tenham acesso
		Sim	Não	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho
		Sim	Não	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou do município
				Nenhuma das anteriores
I.6.2	A unidade de saúde possui sinalização interna dos serviços prestados? (Se NÃO, passar para a questão I.6.4.)		Sim	
			Não	
I.6.3	Identificar qual a forma:	Sim	Não	Quadro impresso anexado na parede
		Sim	Não	Quadro desenhado com giz na parede
		Sim	Não	Painel
				Outro(s)

continua...

continuação...

I.6.4	Todos os profissionais da unidade de saúde estão com crachás de identificação?	Sim
		Não
I.6.5	Todos os profissionais da unidade de saúde estão com uniforme (ex. jaleco)?	Sim
		Não

I.7 Horário de funcionamento da unidade de saúde		
I.7.1	Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população?	Sim Não Um turno
		Sim Não Dois turnos
		Sim Não Três turnos
I.7.2	Quais os turnos de atendimento?	Sim Não Manhã
		Sim Não Tarde
		Sim Não Noite
		Nenhuma das anteriores
I.7.3	Esta unidade funciona quantos dias na semana?	Dias
I.7.4	Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?	Sim Não Menos de 8 horas/dia
		Sim Não 8 horas/dia ou mais
		Nenhuma das anteriores
I.7.5	Nos dias em que a unidade de saúde funciona, até que horas ela permanece aberta?	Horário
		Não há horário fixo de funcionamento
I.7.6	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
I.7.7	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Sim
		Não

continua...

continuação...

I.7.8	Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?	Sim	Não	Consultas médicas
		Sim	Não	Consultas de enfermagem
		Sim	Não	Consultas odontológicas
		Sim	Não	Dispensação de medicamentos pela farmácia
		Sim	Não	Recepção aos usuários
		Sim	Não	Realização de curativos
		Sim	Não	Outros procedimentos
		Sim	Não	Vacinação
		Sim	Não	Acolhimento
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores

I.8 Características estruturais e ambiência da unidade de saúde				
I.8.1	Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se:	Sim	Não	Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores), possibilitando a circulação de ar
		Sim	Não	Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível
		Sim	Não	Os pisos, paredes e tetos da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis
		Sim	Não	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo
		Sim	Não	Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário
				Nenhuma das anteriores
I.8.2	Sobre a rede hidráulica, observar a presença de:	Sim	Não	Mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas
		Sim	Não	Tomeiras sem sair água
		Sim	Não	Tomeiras pingando
		Sim	Não	Vasos sanitários com vazamentos
				Nenhuma das anteriores
I.8.3	Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	Sim	Não	Fios expostos, soltos ou desencapados
		Sim	Não	Tubulação de plástico por fora da parede com fio
				Nenhuma das anteriores

continua...

continuação...

1.8.4	Sobre a rede sanitária, observar a presença de:	Sim	Não	Cheiro de esgoto
		Sim	Não	Vasos sanitários entupidos
		Sim	Não	Vasos sanitários interditados
				Nenhuma das anteriores

1.9		Infraestrutura da unidade de saúde		
1.9.1	Banheiro para funcionários			Quantidade
1.9.2	Consultório clínico			Quantidade
1.9.3	Consultório odontológico			Quantidade
1.9.4	Recepção			Quantidade
1.9.5	Sala de acolhimento			Quantidade
1.9.6	Sala de curativo			Quantidade
1.9.7	Farmácia			Quantidade
1.9.8	Sala de espera Se não existir pular para questão 1.9.10			Quantidade
1.9.9	Qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?			Pessoas
1.9.10	Sala de estocagem de medicamentos			Quantidade
1.9.11	Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado			Quantidade
1.9.12	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)			Quantidade
1.9.13	Sala de procedimento			Quantidade
1.9.14	Sala de nebulização			Quantidade
1.9.15	Sala de vacina			Quantidade
1.9.16	Sala de observação			Quantidade
1.9.17	Sala de reunião e atividades educativas			Quantidade
1.9.18	Sanitário para usuário masculino			Quantidade
1.9.19	Sanitário para usuário feminino			Quantidade
1.9.20	Sanitário adaptado para pessoas com deficiência			Quantidade
1.9.21	Expurgo			Quantidade
1.9.22	Local para depósito de lixo comum			Quantidade

continua...

continuação...

I.11 Equipamentos e materiais		
Equipamentos e materiais		
I.11.1	Antropômetro	Quantos em condições de uso?
I.11.2	Aparelho de pressão adulto	Quantos em condições de uso?
I.11.3	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	Quantos em condições de uso?
I.11.4	Aparelho de nebulização	Quantos em condições de uso?
I.11.5	Ar-condicionado farmácia	Quantos em condições de uso?
I.11.6	Ar-condicionado para sala de vacina	Quantos em condições de uso?
I.11.7	Autoclave	Quantos em condições de uso?
I.11.8	Balança antropométrica de 150 kg	Quantos em condições de uso?
I.11.9	Balança antropométrica de 200 kg	Quantos em condições de uso?
I.11.10	Balança infantil	Quantos em condições de uso?
I.11.11	Réguas antropométrica	Quantos em condições de uso?
I.11.12	Estetoscópio adulto	Quantos em condições de uso?
I.11.13	Estetoscópio pediátrico ou neonatal	Quantos em condições de uso?
I.11.14	Foco de luz para exame ginecológico	Quantos em condições de uso?
I.11.15	Geladeira exclusiva para vacina	Quantos em condições de uso?
I.11.16	Geladeira para farmácia	Quantos em condições de uso?
I.11.17	Glicosímetro	Quantos em condições de uso?
I.11.18	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	Quantos em condições de uso?
I.11.19	Lanterna clínica	Quantos em condições de uso?
I.11.20	Mesa para exame ginecológico com perneira	Quantos em condições de uso?
I.11.21	Mesa para exame clínico	Quantos em condições de uso?
I.11.22	Oftalmoscópio	Quantos em condições de uso?
I.11.23	Otoscópio	Quantos em condições de uso?
I.11.24	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)	Quantos em condições de uso?
I.11.25	Sonar ou estetoscópio de Pinard	Quantos em condições de uso?
I.11.26	Microscópio	Quantos em condições de uso?
I.11.27	Termômetro com cabo extensor ou linear	Quantos em condições de uso?

continua...

continuação...

I.11.28	Termômetro clínico		Quanto em condições de uso?
I.11.29	Termômetro de máxima e mínima		Quanto em condições de uso?
I.12 Insumos para atenção à saúde			
I.12.1	Abaixador de língua		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.12.2	Aglhas descartáveis de diversos tamanhos		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis
I.12.3	Ataduras		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis
I.12.4	Caixas térmicas para vacinas		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis
I.12.5	Fita métrica		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.12.6	EPI - luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas		Sempre disponíveis
			Às vezes disponíveis
			Nunca disponíveis
I.12.7	Espéculo descartável		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.12.8	Equipo de soro macrogotas e microgotas		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.12.9	Escovinha endocervical		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.12.10	Espátula de Ayres		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível

continua...

I.13 Material impresso para atenção à saúde		
Verificar na unidade de saúde a existência e disponibilidade dos materiais impressos listados abaixo.		
I.13.1	Caderneta da gestante	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.2	Caderneta de saúde da criança	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.3	Caderneta de saúde da pessoa idosa	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.4	Caderneta do adolescente	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.5	Cartão de vacinação	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.6	Ficha A do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.7	Ficha B-GES do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.8	Ficha B-HA do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.9	Ficha B-DIA do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.13.10	Ficha B-TB do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

continua...

continuação...

L.13.11	Ficha B-Hans do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
L.13.12	Ficha C do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
L.13.13	Ficha D do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
L.13.14	Relatório SSA2 do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
L.13.15	Relatório PMA2 do SIAB	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
L.13.16	Fichas de notificação e investigação de agravos do SINAN	Sempre disponíveis
		Às vezes disponível
		Nunca disponíveis
L.13.17	Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (SISCOLO)	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
L.13.18	Ficha de atendimento pré-natal	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

L.14 Medicamentos componentes da Farmácia Básica			
Medicamentos antiparasitários			
L.14.1	Albendazol/Mebendazol	Sim	Não
L.14.1/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.2	Metronidazol/Teclozana	Sim	Não
L.14.2/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.3	Permetrina/Ivermectina/Benzoato de benzila	Sim	Não
L.14.3/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.4	Espiramicina	Sim	Não
L.14.4/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

continuação...

Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais			
I.14.5	Ácido fólico	Sim	Não
I.14.5/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.6	Cloridrato de piridoxina	Sim	Não
I.14.6/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.7	Cloridrato de hidroxocobalamina	Sim	Não
I.14.7/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.8	Tiamina	Sim	Não
I.14.8/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.9	Palmitato de retinol	Sim	Não
I.14.9/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.10	Sais para reidratação oral	Sim	Não
I.14.10/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.11	Sulfato ferroso	Sim	Não
I.14.11/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos antiasmáticos			
I.14.12	Dipropionato de beclometasona	Sim	Não
I.14.12/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.13	Brometo de ipratrópio	Sim	Não
I.14.13/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.14	Prednisona/fosfato sódico prednisolona	Sim	Não
I.14.14/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.15	Fenoterol	Sim	Não
I.14.15/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.16	Sulfato de salbutamol	Sim	Não
I.14.16/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais			
I.14.17	Etinilestradiol + levonorgestrel	Sim	Não
I.14.17/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.18	Levonorgestrel	Sim	Não
I.14.18/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.19	Acetato de medroxiprogesterona	Sim	Não
I.14.19/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.20	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	Sim	Não
I.14.20/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.21	Noretisterona	Sim	Não

continua...

continuação...

I.14.21/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.22	Estriol creme vaginal	Sim	Não
I.14.22/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.23	Estrogênios conjugados	Sim	Não
I.14.23/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular			
I.14.24	Besilato de anlodipino	Sim	Não
I.14.24/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.25	Atenolol/cloridrato de propranolol/carvedilol/succinato de metoprolol	Sim	Não
I.14.25/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.26	Captopril/maleato de enalapril	Sim	Não
I.14.26/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.27	Cloridrato de hidralazina	Sim	Não
I.14.27/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.28	Espironolactona	Sim	Não
I.14.28/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.29	Furosemida	Sim	Não
I.14.29/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.30	Hidroclorotiazida	Sim	Não
I.14.30/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.31	Cloridrato de verapamil	Sim	Não
I.14.31/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.32	Cloridrato de amiodarona	Sim	Não
I.14.32/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.33	Cloridrato de propafenona	Sim	Não
I.14.33/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.34	Ácido acetilsalicílico	Sim	Não
I.14.34/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.35	Sinvastatina	Sim	Não
I.14.35/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.36	Digoxina	Sim	Não
I.14.36/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.37	Espironolactona	Sim	Não
I.14.37/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.38	Losartana potássica	Sim	Não
I.14.38/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

continuação...

Medicamentos antidiabéticos			
I.14.39	Glibenclamida	Sim	Não
I.14.39/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.40	Metformina	Sim	Não
I.14.40/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.41	Insulina regular	Sim	Não
I.14.41/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.42	Insulina NPH	Sim	Não
I.14.42/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos antibióticos			
I.14.43	Amoxicilina	Sim	Não
I.14.43/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.44	Amoxicilina + clavulanato de potássio	Sim	Não
I.14.44/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.45	Azitromicina	Sim	Não
I.14.45/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.46	Benzilpenicilina benzatina	Sim	Não
I.14.46/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.47	Benzilpenicilina procaina + benzilpenicilina potássica	Sim	Não
I.14.47/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.48	Cefalexina (sódica ou cloridrato)	Sim	Não
I.14.48/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.49	Cloridrato de ciprofloxacino	Sim	Não
I.14.49/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.50	Cetoconazol	Sim	Não
I.14.50/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.51	Clarithromicina	Sim	Não
I.14.51/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.52	Cloranfenicol	Sim	Não
I.14.52/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.53	Cloridrato de clindamicina	Sim	Não
I.14.53/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.54	Estearato de eritromicina	Sim	Não
I.14.54/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.55	Sulfato de gentamicina	Sim	Não
I.14.55/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

continuação...

L.14.56	Nitrofurantoina	Sim	Não
L.14.56/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.57	Sulfametoxazol + trimetoprima	Sim	Não
L.14.57/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.58	Sulfadiazina	Sim	Não
L.14.58/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.59	Cloridrato de tetraciclina	Sim	Não
L.14.59/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.60	Fluconazol/itraconazol	Sim	Não
L.14.60/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.61	Nitrato de miconazol	Sim	Não
L.14.61/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.62	Nistatina	Sim	Não
L.14.62/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos analgésicos/antipiréticos			
L.14.63	Dipirona sódica	Sim	Não
L.14.63/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.64	Ibuprofeno	Sim	Não
L.14.64/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.65	Paracetamol	Sim	Não
L.14.65/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção de osteoporose			
L.14.66	Carbonato de cálcio + colecalciferol	Sim	Não
L.14.66/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.67	Alendronato de sódio	Sim	Não
L.14.67/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos antiácidos/antieméticos/antissecretores			
L.14.68	Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio	Sim	Não
L.14.68/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.69	Cloridrato de metoclopramida	Sim	Não
L.14.69/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.70	Cloridrato de ranitidina	Sim	Não
L.14.70/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
L.14.71	Omeprazol	Sim	Não
L.14.71/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

continuação...

Medicamentos anticonvulsivantes/antidepressivos/antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos			
I.14.72	A dispensação de medicamentos controlados é centralizada?	Sim	Não
Medicamentos anticonvulsivantes/antidepressivos/antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos disponibilizados no município:			
I.14.73	Carbamazepina	Sim	Não
I.14.73/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.74	Clonazepam	Sim	Não
I.14.74/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.75	Fenitoína sódica	Sim	Não
I.14.75/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.76	Fenobarbital	Sim	Não
I.14.76/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.77	Carbonato de lítio	Sim	Não
I.14.77/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.78	Cloridrato de fluoxetina	Sim	Não
I.14.78/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.79	Valproato de sódio ou ácido valproico	Sim	Não
I.14.79/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.80	Cloridrato de nortriptilina	Sim	Não
I.14.80/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.81	Haloperidol	Sim	Não
I.14.81/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.82	Cloridrato de biperideno	Sim	Não
I.14.82/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.83	Cloridrato de clorpromazina	Sim	Não
I.14.83/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.84	Cloridrato de clomipramina	Sim	Não
I.14.84/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.85	Cloridrato de amitriptilina	Sim	Não
I.14.85/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.86	Diazepam	Sim	Não
I.14.86/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

continuação...

Medicamentos fitoterápicos			
A lista de medicamentos Fitoterápicos está baseada na Portaria N° 533, de 28 de março de 2012 Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).			
I.14.87	O município disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos? (Se NÃO, passar para o bloco I.15.)	Sim	Não
Medicamentos fitoterápicos disponibilizados no município:			
I.14.88	Planta fresca	Sim	Não
I.14.88/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.89	Planta seca (droga vegetal)	Sim	Não
I.14.89/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.90	Planta manipulada	Sim	Não
I.14.90/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.91	Industrializados (Se NÃO, passar para o bloco I.15.)	Sim	Não
I.14.91/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
Medicamentos fitoterápicos disponibilizados no município:			
I.14.92	Espinheira-santa	Sim	Não
I.14.92/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.93	Guaco	Sim	Não
I.14.93/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.94	Alcachofra	Sim	Não
I.14.94/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.95	Cáscara-sagrada	Sim	Não
I.14.95/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.96	Arceira	Sim	Não
I.14.96/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.97	Garra-do-diabo	Sim	Não
I.14.97/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.98	Isoflavona de soja	Sim	Não
I.14.98/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.14.99	Unha-de-gato	Sim	Não
I.14.99/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

continua...

continuação...

I.15		Imunobiológicos na unidade de saúde	
I.15.1	BCG-ID		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.2	Dupla tipo adulto - dt		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.3	Febre amarela		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.4	Influenza sazonal		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.5	Hepatite B		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.6	Meningocócica C		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.7	Pneumocócica 23 valente		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.8	Poliomielite		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.9	Pneumocócica 10		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.10	Triplice viral		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível
I.15.11	Triplice bacteriana		Sempre disponível
			Às vezes disponível
			Nunca disponível

continua...

continuação...

I.15.12	Tetraivalente	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.15.13	Vacina oral de rotavirus humano	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

I.16 Testes diagnósticos na unidade de saúde		
I.16.1	Teste rápido de sífilis	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.16.2	Teste rápido gravidez	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.16.3	Teste rápido HIV	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível
I.16.4	Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa)	Sempre disponível
		Às vezes disponível
		Nunca disponível

I.17 Equipamentos de tecnologia da informação e telessaúde na unidade de saúde			
I.17.1	Computador	Sim	Não
I.17.1/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.2	Câmera	Sim	Não
I.17.2/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.3	Caixa de som	Sim	Não
I.17.3/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.4	Estabilizador	Sim	Não
I.17.4/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.5	Microfone	Sim	Não
I.17.5/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.6	Impressora	Sim	Não
I.17.6/1	Quantos em condições de uso?	Sim	Não
I.17.7	Televisão	Sim	Não

continua...

continuação...

L17.7/1	Quanto em condições de uso?	Sim	Não
L17.8	A equipe tem acesso à internet?	Sim	Não
L17.9	A equipe possui tele-saúde?	Sim	Não
L17.10	Número de consultório(s) com computador conectado à internet		Consultório(s)

L18 Veículo na unidade de saúde			
L18.1	A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (ex.: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros)? (Se NÃO, passar para o bloco L19.)		Sim, sempre que necessário
			Sim, algumas vezes
			Não
L18.2	A disponibilidade do veículo atende às necessidades da(s) equipe(s)?		Sim
			Não

L19 Equipamentos e materiais de odontologia			
L19.1	A unidade de saúde possui profissionais de saúde bucal? (Se NÃO, passar para o bloco L21.)	Sim	Não
L19.2	Amalgamador	Sim	Não
L19/2	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.3	Cadeira odontológica	Sim	Não
L19/3	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.4	Compressor de ar com válvula de segurança	Sim	Não
L19/4	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.5	Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)	Sim	Não
L19/5	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.6	Fotopolimerizador	Sim	Não
L19/6	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.7	Mocho odontológico	Sim	Não
L19/7	Quanto estão em condições de uso?	Sim	Não
L19.8	Refletor	Sim	Não

continua...

continuação...

I.19/8	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
I.19.9	Unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal de sugador	Sim	Não
I.19/9	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não
I.19.10	Autoclave para odontologia	Sim	Não
I.19/10	Quantos estão em condições de uso?	Sim	Não

I.20 Insumos para atenção odontológica			
I.20.1	Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	Sim	Não
I.20.1/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.2	Cimentos diversos	Sim	Não
I.20.2/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.3	Fios de sutura odontológica	Sim	Não
I.20.3/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.4	Selantes	Sim	Não
I.20.4/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.5	Anestésicos	Sim	Não
I.20.5/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.20.6	Resinas fotopolimerizáveis	Sim	Não
I.20.6/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

I.21 Insumos para práticas integrativas e complementares			
I.21.1	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados	Sim	Não
I.21.1/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.21.2	Copos de ventosa	Sim	Não
I.21.2/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.21.3	Mapas de pontos de acupuntura	Sim	Não
I.21.3/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não
I.21.4	Moxa (carvão e/ou artemisia)	Sim	Não
I.21.4/1	Em quantidade suficiente?	Sim	Não

Obrigado pela participação!

ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÓDULO II DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB

Criação do questionário	
Número do CNES: (7 dígitos)	
Nome da unidade de saúde:	
CPF do avaliador:	

II.1 Identificação geral	
II.1.1	Instituição principal:
II.1.2	Instituição colaboradora:
II.1.3	Número do supervisor:
II.1.4	Número do entrevistador:

II.2 Identificação da equipe de atenção básica		
II.2.1	Nome da unidade de saúde:	
II.2.2	Coordenadas GPS:	Latitude:
		Longitude:
II.2.3	Estado:	
II.2.4	Município:	
II.2.5	Endereço:	
II.2.6	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	() _____
		Não se aplica

II.3 Informações sobre o entrevistado		
II.3.1	Nome do entrevistado:	
II.3.2	CPF:	
II.3.3	Profissão:	Médico(a)
		Enfermeiro(a)
		Cirurgião(a)-dentista
II.3.4	O(a) senhor(a) é coordenador(a) da equipe?	Sim
		Não
		Não há coordenador(a)
II.3.5	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?	Menos de um ano
		Anos
		Não sabe/não respondeu

continua

continuação

II.4 Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica		
II.4.1	Qual tipo desta equipe?	Equipe de Saúde da Família - com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família - sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica (parametrizada) - com saúde bucal
		Equipe de atenção básica (parametrizada) - sem saúde bucal
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.4.2	Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica:	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico em saúde bucal
		Auxiliar em saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico em laboratório
		Microscopista
II.4.3	Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:	Médico pediatra
		Médico gineco-obstetra
		Médico generalista, além do profissional da equipe mínima
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
		Outro(s)
II.4.4	Na unidade de saúde, as equipes se organizam de modo a permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre qual equipe deseja ser atendido?	Sim
		Não
		Não se aplica (quando só há uma equipe na unidade)
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

II.12 Apoio matricial à equipe de atenção básica		
II.12.1	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.13.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
<p>(Se SIM, seguir para as listas específicas para cada tipo de profissionais indicados nas questões II.12.2/1 a II.12.2/7, de acordo com o tipo de apoio recebido pela equipe. Caso não tenha o apoio dos profissionais de cada tipo, marcar "Nenhuma das anteriores". Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)</p>		
II.12.2/1	Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Médico ginecologista/obstetra
		Assistente social
		Psicólogo
		Médico pediatra
		Farmacêutico
		Médico psiquiatra
		Fisioterapeuta
		Profissional de educação física
		Sanitarista
		Fonoaudiólogo
		Médico acupunturista
		Médico homeopata
		Nutricionista
		Terapeuta ocupacional
		Médico geriatra
		Médico internista (clínica médica)
		Médico do trabalho
Médico veterinário		
Arte educador (com formação em arte e educação)		
Outras especialidades médicas		
Outros profissionais		
Não sabe/não respondeu		
Nenhuma das anteriores		

continua...

continuação...

IL.12.2/2	Profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)	Assistente social
		Psicólogo
		Médico psiquiatra
		Terapeuta ocupacional
		Outros profissionais
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores
IL.12.2/3	Profissionais da vigilância em saúde	Médico ginecologista/obstetra
		Assistente social
		Psicólogo
		Médico pediatra
		Farmacêutico
		Médico psiquiatra
		Fisioterapeuta
		Profissional de educação física
		Sanitarista
		Fonoaudiólogo
		Médico acupunturista
		Médico homeopata
		Nutricionista
		Terapeuta ocupacional
		Médico geriatra
		Médico internista (clínica médica)
		Médico do trabalho
		Médico veterinário
		Arte educador (com formação em arte e educação)
		Periodontista
		Endodontista
		Protesista
		Estomatologista
Outras especialidades médicas		
Outros profissionais		
Não sabe/não respondeu		
Nenhuma das anteriores		

continua...

II.17		Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde	
Agendamento para consultas especializadas			
II.17.1	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)		O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
			A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas
			O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado
			O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado
			Não há um percurso definido
			Não sabe/não respondeu
			Nenhuma das anteriores
II.17.2	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.17.2/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
Utilização de protocolos			
II.17.3	Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.17.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

continuação...

II.17.4	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:	Sim	Não	Câncer do colo do útero
		Sim	Não	Câncer de mama
		Sim	Não	Pré-natal
		Sim	Não	Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
		Sim	Não	Hipertensão arterial sistêmica
		Sim	Não	Diabetes mellitus
		Sim	Não	Tuberculose
		Sim	Não	Hanseníase
		Sim	Não	Saúde mental
		Sim	Não	Álcool e drogas
			Não sabe/não respondeu	
Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica				
II.17.5	Para hipertensão arterial sistêmica? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Creatinina
		Sim	Não	Perfil lipídico
		Sim	Não	Eletrocardiograma
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores
II.17.6	Para Diabetes mellitus?	Sim	Não	Hemoglobina glicosilada
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores
II.17.7	Para tuberculose? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Baciloscopia
		Sim	Não	Radiografia de tórax
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores
II.17.8	Para hanseníase?	Sim	Não	Baciloscopia para hanseníase
				Nenhuma das anteriores
II.17.9	Para saúde da mulher na idade preconizada de 50 a 69 anos?	Sim	Não	Mamografia
		Sim	Não	Nenhuma das anteriores

continua...

continuação...

II.31.2	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Práticas corporais
		Sim	Não	Atividade física
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores
Controle da qualidade da água de cisternas				
II.31.3	Existem cisternas no território de atuação da equipe? (Se NÃO OU NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para bloco II.32.)		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.31.4	Os agentes comunitários de saúde fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas?		Sim	
			Não	
			Não se aplica (não há cisterna)	
			Não sabe/não respondeu	
II.31.4/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	

II.32 Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio				
II.32.1	A equipe realiza visita domiciliar? (Se NÃO, passar para o bloco II.33.)		Sim	
			Não	
II.32.2	A equipe possui protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? (Se NÃO, passar para a questão II.32.3)		Sim	
			Não	
II.32.2/1	Existe documento que comprove?		Sim	
			Não	
II.32.3	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		Sim	
			Não	

continua...

ANEXO C - LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA PUBLICADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1, 11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E88
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H68
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46

8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G48
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3		N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0

16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71

17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3		P35.0

ANEXO D - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE PELOTAS
(UFPEL)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12 Pelotas, 10 de maio 2012.

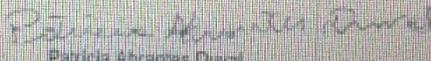
Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – “Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB”

Prezado Pesquisador,

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 193/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEPFAMED/UFPEL



ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do
Ministério da Saúde)**

São Luís, MA, 18 de junho de 2012.

Bom dia (Boa tarde)!

Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde com o objetivo de verificar o acesso e a qualidade da atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o Brasil. Para isso, precisamos entrevistar pessoas que utilizam os serviços de saúde que estamos avaliando.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas perguntas sobre sua saúde e como o(a) Sr(a) é atendido(a) quando vem consultar aqui nesta UBS. O seu nome não será divulgado, todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se o(a) Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade.

Caso o(a) Sr(a) tenha disponibilidade e interesse em participar, por favor, autorize e assine este termo de consentimento.

Obrigado pela sua atenção,

Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Coordenadora da Avaliação Externa do PMAQ-UFMA

ANEXO F – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na

nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do

título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos os manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços.

Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for

Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção

"consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.

9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capla da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer

conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, Data	Asssinatura
-------------	-------------

Local, Data	Asssinatura
-------------	-------------

Taxa de Publicação

Em janeiro de 2012, a **RSP** instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos **aprovados** para publicação, excetuadas situações devidamente justificadas, cuja análise será feita caso a caso.

Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os **manuscritos** aprovados.

Após três anos e meio sem reajuste, **a partir de 01/07/2015**, a taxa será reajustada em 20%. Ou seja, para textos submetidos a partir dessa data, a taxa será de R\$ 1.800,00 para artigo original, revisão e comentário e de R\$ 1.200,00 para comunicação-breve. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa.

A **RSP** fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3061-7985



revsp@org.usp.br