



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



VÂNIA CRISTINA REIS CAVALCANTE

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA DO SUS (PMAQ-AB): ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MARANHÃO**

SÃO LUÍS- MA
2014

VÂNIA CRISTINA REIS CAVALCANTE

**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA DO SUS (PMAQ-AB): ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, para à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dra. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz.

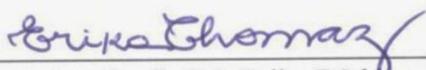
SÃO LUÍS- MA
2014

VÂNIA CRISTINA REIS CAVALCANTE

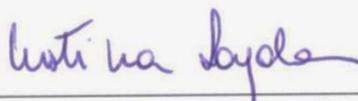
**PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA DO SUS (PMAQ-AB): ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação aprovada em 31 de março de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA



Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz



Prof^ª. Dr^ª. Cristina Maria Douat Loyola (SES-MA/ UNICEUMA)



Prof^ª. Dr^ª. Rejane Christine de Sousa Queiroz

Cavalcante, Vânia Cristina Reis.

Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQAB): Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão./ Vânia Cristina Reis Cavalcante. –São Luis, 2014.

97 f.

Impresso por computador (fotocópia)

Orientador: Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Dissertação (Mestrado) – Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

1. Atenção primária à saúde, 2. Avaliação em saúde, 3. Sistema Único de Saúde, Estrutura dos Serviços. I. Título

CDU 614 (812.1)

À memória de Irandyr Marques Cavalcante, meu amado pai.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por ter possibilitado realizar esta etapa na minha vida.

Aos meus pais, Irandyr Marque Cavalcante (In memorian) e Maria de Nazath Reis Cavalcante, que sempre me apoiaram em todas as minhas conquistas. Amo vocês!

Às minhas irmãs Vera C. Carvalho, Vanderlene C. Olímpio e Vilma Cavalcante e suas famílias. Obrigado pelo apoio e incentivo. Agradeço a Deus por ter vocês como irmãs.

À **Universidade Federal do Maranhão** por ter viabilizado a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF e por torná-lo possível;

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - **FAPEMA**, pelo apoio financeiro;

À coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra, pela amizade e apoio incentivador.

À minha orientadora, Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, pela competência e seriedade impecável com que conduziu a esta orientação, pela amizade e pelo carinho com que sempre me tratou. Obrigada, professora!

À Dra. Maria do Amparo Coêlho dos Santos, pela compreensão e apoio à minha ida para o mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aos meus colegas de trabalho da Atenção Básica de Parnaíba, Michel Carvalho, Herlon Clístenes e Márcio Alves Silva pela amizade e companheirismo.

Aos meus colegas e amigos da turma de Mestrado, pela convivência respeitosa, amizade e aprendizado nesse período inesquecível.

Agradeço a todo o consórcio do PMAQ da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que realizou a avaliação externa das Unidades Básicas de Saúde, bem como aos gestores, usuários e profissionais de saúde do SUS, que responderam às entrevistas.

Ao Ministério da Saúde, por permitir o acesso e a utilização dos dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB.

A todos que de alguma forma estão envolvidos na minha vida e contribuíram para esta caminhada.

Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade.

Albert Einstein

CAVALCANTE, Vânia Cristina Reis. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB): Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 106 p.

RESUMO

Introdução: a avaliação da estrutura dos serviços de saúde constitui instrumento importante na prática gerencial. **Objetivo:** analisar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Maranhão (MA), de acordo com a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB). **Métodos:** desenvolveu-se estudo ecológico transversal. Os dados foram coletados no ano de 2012. Avaliaram-se todas as UBS dos 217 municípios do MA, subdivididas em dois grupos: as que aderiram ao PMAQ-AB (G1) e as que não aderiram (G2). Diferenças entre os grupos foram testadas pelo qui-quadrado ($\alpha=5\%$). Foram avaliados quatro componentes da estrutura: organizacional, recursos, infraestrutura/ambiência e elementos estratégicos, subdivididos em categorias, subcategorias e indicadores. **Resultados:** avaliaram-se 1.879 UBS. *Organizacional:* a maioria das equipes era da estratégia saúde da família (ESF) com equipe de saúde bucal (ESB), referiram funcionar em cinco dias da semana, dois turnos, mas poucas atendiam em horários alternativos. Referiram disponibilidade de veículos automotivos. A média de ESF com ESB ($p<0,001$) e de equipes parametrizadas ($p<0,001$) foi maior no G1 que no G2. *Recursos:* houve déficit de profissionais nas equipes básica e ampliada, em ambos os grupos. Verificou-se ainda déficit de equipamentos gerais e odontológicos, insumos odontológicos, impressos e materiais para testes rápidos. Todo o calendário vacinal de rotina estava sempre disponível em apenas 92 (4,9%) UBS. Porém, havia boa disponibilidade de materiais de consumo em geral e medicamentos na maioria das UBS. A disponibilidade de recursos foi significativamente melhor no G1 ($p<0,001$). *Infraestrutura/ambiência:* verificou-se inadequação da planta física, ambiência, sinalização e acessibilidade na maioria das UBS. A planta física e condições de ambiência foram melhores no G1, já as condições elétricas e hidráulicas, no G2 ($p<0,001$). *Elementos estratégicos:* telessaúde, práticas integrativas complementares e fitoterápicos praticamente não eram ofertados no MA. **Conclusão:** a estrutura das UBS no MA está inadequada, exceto no componente organizacional. As UBS que aderiram ao PMAQ-AB têm melhor estrutura que as demais. Isso demonstra a possibilidade de interferência nos processos de trabalho e na qualidade da atenção básica.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde, Avaliação em saúde, Sistema Único de Saúde, Estrutura dos Serviços.

CAVALCANTE, Vânia Cristina Reis. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB): Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 106 p.

ABSTRACT

Introduction: a review of the structure of health services is an important tool in the management practice. **Objective:** To analyze the structure of the Basic Health Units (BHU) of Maranhão (MA), according to adherence (PMAQ-AB) Program for Improving Access and Quality of Primary Care in the NHS. **Methods:** We developed a cross-sectional ecological study. Data were collected in 2012. We evaluated all of the 217 municipalities of UBS MA, subdivided into two groups: those who joined the PMAQ - AB (G1) and those who did not adhere (G2). Differences between groups were tested by chi-square test ($\alpha = 5\%$). **Organizational resources, infrastructure / ambience and strategic elements, subdivided into categories, subcategories and indicators:** four components of the structure were evaluated. **Results:** 1,879 UBS were evaluated. **Organizational:** most teams was the Family Health Strategy (FHS) with oral health team (ESB), reported working five days a week, two shifts, but few listened to alternative schedules. Reported availability of automotive vehicles. The average FHS with ESB ($p < 0.001$) and parameterized teams ($p < 0.001$) was higher in G1 than in G2. **Resources:** There was a shortfall in basic professional teams and expanded in both groups. There was still a deficit of general and dental equipment, dental supplies, printed materials and for rapid testing. All the routine immunization schedule was always available in only 92 (4.9%) UBS. But there was good availability of consumer medicines in general and in most UBS materials. The availability of resources was significantly better in G1 ($p < 0.001$). **Infrastructure / ambience:** there was inadequate physical plant, ambience, and accessibility signage in most UBS. The physical plant conditions and ambience were better in G1, since the electrical and hydraulic conditions in G2 ($p < 0.001$). **Strategic elements:** telehealth, complementary and integrative practices herbal practically were not offered in MA. **Conclusion:** the structure of UBS in MA is inadequate, except in the organizational component. The UBS joined the PMAQ-AB have better structure than the others. This demonstrates the possibility of interference in the work processes and the quality of primary care.

Keywords: Primary Health Care, Health evaluation, Health System, Structure of Services.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	x
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE TABELAS	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xv
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Avaliações em Saúde	17
3.2 Atenção Básica no SUS	20
3.3 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB)	23
3.4 Outros Estudos de Avaliação da APS no Brasil	27
4 METODOLOGIA	32
4.1 Desenho e Área do Estudo	32
4.2 Coleta de Dados	33
4.3 Variáveis do Estudo	35
4.4 Processamento e Análise dos Dados	36
4.5 Considerações Éticas	36
5 RESULTADOS	37
6 DISCUSSÃO	56
6.1 Componente Organizacional	56
6.2 Componente Recursos	57
6.3 Componente Infraestrutura/Ambiência	66
6.4 Componente: Elementos Estratégicos	70
6.5 Limites e pontos fortes do estudo	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A - Quadro 1 - Modelo teórico para avaliação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde. MA, 2012.	89
ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa esquemático dos municípios do Estado que aderiram ao PMAQ-AB. Maranhão. 2012.	32
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 1 - Organizacional segundo adesão ao PMAQ-AB. Maranhão, 2012	37
Tabela 2. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Humanos e Equipamentos), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.....	38
Tabela 3. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Material de consumo), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.....	41
Tabela 4. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Impressos), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.....	44
Tabela 5. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Medicamentos; Imunobiológicos e Testagem), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012	47
Tabela 6. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 3 - Infraestrutura/ Ambiência (Planta física; Ambiência e Condições estruturais), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012	49
Tabela 7. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 3 - Infraestrutura/ Ambiência (Sinalização e Acessibilidade), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012	51
Tabela 8. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 4 - Elementos Estratégicos, segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

AMAQ - Autoavaliação da Melhoria do Acesso e Qualidade

AMQ - Avaliação da Melhoria da Qualidade

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CS - Centro de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

EAB - Equipe de Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

GM - Gabinete Ministerial

MPSF - Mestrado Profissional Saúde Família

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNE - Pessoas com Necessidades Especiais

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNB - Universidade de Brasília

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nessa construção. Desde Alma-Ata, em 1978, a APS tem sido considerada imprescindível para a organização dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. No Brasil, as diferentes esferas administrativas governamentais (Federal, Estaduais e Municipais), a academia, os trabalhadores e instituições de saúde reconhecem a APS como base dos sistemas de saúde, essencial para o bom desempenho deste. Se por um lado há consenso com relação à sua importância, por outro, as formas de organização e operacionalização da APS são bastante diferenciadas, e no Brasil vigoram distintos modelos (GIOVANELLA, 2009).

Vários motivos contribuem para a existência destes diferentes modelos: diferenças locais; a aparição de novos desafios epidemiológicos; o desenvolvimento de novos conhecimentos e instrumentos sobre melhores práticas; dentre outros. Aplicar um enfoque renovado da APS é uma condição essencial para enfrentar os determinantes sociais da saúde e alcançar o mais alto nível de saúde possível para cada população (MACINKO e cols., 2007).

Segundo MENDES (2008), é necessária a implantação de redes de atenção à saúde como forma de organização do modelo assistencial coordenado pela APS. Para o autor, as redes compreendem organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, atreladas entre si por objetivos comuns e por ação cooperativa, que permite ofertar a determinada população uma atenção contínua e integral.

Baseado nos atributos da APS, vários estudos comparativos entre as unidades vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) e as unidades tradicionais têm sido realizados no intuito de identificar o modelo capaz de alcançar os melhores resultados. De modo geral, o primeiro modelo tem sido melhor avaliado, embora os resultados não sejam unânimes (IBAÑEZ e cols., 2006; ALMEIDA e MACINKO 2006; OLIVEIRA 2007; TRINDADE 2007, CHOMATAS 2009, ZILS 2009, SALA e cols., 2011; LEÃO 2011a, LEÃO 2011b).

Nessa perspectiva a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) objetiva promover a APS no Brasil e define princípios, financiamento, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais para esse nível de atenção. Inclui ainda as especificidades da ESF, determinada como modelo preferencial para a APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS

(BRASIL, 2006a).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos foram capazes de produzir impacto positivo na orientação de um "novo modo de fazer saúde", que, ao longo do tempo, consolidou-se como estratégia prioritária para a reorganização, expansão e consolidação da APS no Brasil (BRASIL, 2006a).

Entretanto, se a APS é a porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado, o monitoramento e avaliação de seu desempenho devem ser parte fundamental do processo de trabalho. Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2002). Segundo Deming, faz parte de um ciclo - planejar, executar, avaliar, agir - e tem um papel norteador na construção do conhecimento (DEMING, 1989 apud CONTADRIOPOULOS, 2006).

No campo da avaliação de saúde, a estrutura é dos componentes destacados por Donabedian. Sua abordagem se baseia no modelo sistêmico onde a estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (os recursos ou insumos financeiros, humanos e materiais utilizados); o processo corresponde ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos; e os resultados, às mudanças verificadas (DONABEDIAN, 1997).

Starfield (2004) também valoriza a estrutura como um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde, salientando a influência do contexto físico, político, econômico e social sobre este e os demais componentes. A estrutura, denominada pela autora como capacidade, corresponde àquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços.

No entanto, apesar de o processo avaliativo nos serviços de saúde ser necessário, muitos são os desafios para efetivá-lo. Alguns estudos de avaliação e análise de programas e serviços de saúde demonstram que a estrutura das unidades básicas de saúde (UBS) pode interferir na organização dos serviços e na qualidade da assistência prestada (SILVEIRA e cols., 2001, COTTA e cols., 2006, COLOMÉ e LIMA, 2006, MASCIA e cols, 2007, COSTA, 2007, SERRA e RODRIGUES, 2010, NASCIMENTO e cols., 2007, COSTA e cols., 2009).

Dessa forma, a prática coletiva em saúde tem suscitado a proposição de programas que implementem melhorias na estrutura das UBS, como o requalifica UBS (Portaria Nº 2.665, de 06 de novembro de 2013). Além disso, em 2011, o governo federal lança o Programa de

Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB). Em suas etapas inclui-se a avaliação periódica da estrutura das UBS, incentivando a promoção de mudanças das práticas de gestão e participação no cotidiano dos serviços de saúde e na APS (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB é um componente da PNAB, sendo “...*uma estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS*”, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na APS (BRASIL, 2011). Foi criado pela Portaria nº 1.654, GM/MS de 19 de Julho de 2011, buscando ampliar o acesso do cidadão aos serviços de saúde e melhorar o atendimento na APS. Visa a garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O objetivo é incentivar os gestores a ampliar o acesso e melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas UBS, por meio das equipes de APS (BRASIL, 2011).

Para tanto, o PMAQ-AB avalia a estrutura, os processos de trabalho e a satisfação dos usuários. No componente estrutura, avaliam-se as condições de funcionamento da UBS, infraestrutura, acessibilidade, ambiência, condições de trabalho, disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos, dentre outros itens, com foco nas linhas de cuidado priorizadas pela PNAB (BRASIL, 2012a). Ao final das avaliações, cada UBS é certificada considerando-se ainda os resultados da autoavaliação e do monitoramento dos indicadores de saúde pactuados. Dependendo do resultado da avaliação, o município receberá ou não repasse adicional de recursos financeiros para a APS, podendo alcançar até 100% a mais do componente de qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB) variável.

A adesão ao programa pelos Estados, municípios e UBS do Brasil reafirma o compromisso de gestores e trabalhadores com o planejamento e elaboração de estratégias adequadas às diferentes realidades nos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012a). Mesmo assim, em alguns Estados a adesão ao PMAQ-AB não foi satisfatória, caso do Maranhão.

A motivação pela pesquisa surgiu da experiência e da vivência como profissional no exercício da gestão na APS, o que possibilitou conhecer angústias e inquietudes no setor. Numa situação de dificuldade de execução de processos avaliativos nos serviços de APS municipal, dispõe-se de dados nacionais por meio do PMAQ-AB. Isso permite a execução de avaliações nunca antes realizadas no país, incluindo análises da realidade estrutural das UBS de todos os municípios de um dos Estados mais pobres da federação - o Maranhão, local onde esta pesquisa

foi desenvolvida. Portanto, o estudo tem o desafio de caracterizar a estrutura das UBS, estratificadas de acordo com a adesão ao PMAQ-AB no Estado do Maranhão.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde no Estado do Maranhão.

2.2 Específicos

- Caracterizar a estrutura segundo os componentes organizacional, recursos, infraestrutura e elementos estratégicos das unidades básicas de saúde do Maranhão;
- Analisar se as condições estruturais das unidades básicas de saúde UBS no Maranhão variam de acordo com a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avaliações em Saúde

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. Deve ser contínuo e sistemático, cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não deve ser apenas de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades (BRASIL, 2003).

Apesar das diversas conceituações acerca da avaliação em saúde entre os autores e seu emprego nas práticas de saúde, todos são unânimes em afirmar que a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito. Com essa finalidade, devem-se mobilizar as estratégias e técnicas necessárias para as ações de saúde (HARTZ, 2010).

O processo avaliativo, contudo, deve propiciar uma análise dos principais obstáculos para, e a partir daí, estabelecer quais medidas deverão ser implementadas, permitindo a superação dos problemas detectados (HARTZ, 2010).

Sabe-se, então, que a avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e, em especial, da avaliação da APS, a avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são corresponsáveis no que se refere à avaliação da APS. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático (BRASIL, 2005a).

A avaliação de serviços de saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente a priorização dos investimentos, subsidiando a identificação de problemas e auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população. Avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos serviços, assim como o impacto no estado de saúde dos grupos populacionais, também é parte integrante deste processo (GONÇALVES, 2007).

O processo de institucionalização da avaliação deve estar vinculado à elaboração de uma

política clara de avaliação de programas e políticas no âmbito do SUS, da qual a política da APS deve fazer parte, sendo importante na sua formulação, o envolvimento dos diversos atores e a definição clara de suas responsabilidades (BRASIL, 2005).

Segundo Felisberto (2006), várias iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil, desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados.

Nesse sentido, Contrandiopoulos e cols. (1997) apud CONASS (2004) apontam várias razões para a elevada produção de conhecimento na área de avaliação em saúde, tais como: o caráter complexo dos sistemas de saúde; as incertezas na relação entre os problemas de saúde e as intervenções; o rápido desenvolvimento de novas tecnologias médicas; e as expectativas crescentes da população.

No âmbito da APS, a avaliação ganha uma importância adicional, principalmente naqueles países que vivenciam reformas em seus modelos de assistência à saúde, como é o caso do Brasil. Distinguir os serviços ambulatoriais baseados na APS daqueles que somente realizam ações programáticas mínimas é essencial para implantação de políticas públicas efetivas e equitativas (GONÇALVES, 2007).

Assim, a avaliação em saúde pode agregar diversos objetos para a investigação, desde as práticas cotidianas até as que dizem respeito ao trabalho, ou seja, as intervenções sociais planejadas, porém com uso de recursos de métodos distintos (SILVA, 2005).

O desenvolvimento atual de diferentes iniciativas no campo da avaliação da APS, representa a tentativa de resgate da compreensão desses diversos aspectos relacionados à implementação das práticas avaliativas nas diferentes dimensões do sistema, bem como a busca da superação das dificuldades para sua aplicação (GONÇALVES, 2007). Com base nisso, pretende-se estruturar sistemas de avaliação que possibilitem promover mudanças com vistas ao alcance de melhores resultados em saúde (VIEIRA, 2005).

Tanto as ações de monitoramento quanto as de investigação avaliativa são ferramentas de gestão. Todavia, o monitoramento é voltado para a análise continuada dos sistemas de informação, acompanhamento de procedimentos, produtos e situações de saúde, enquanto que a avaliação, que é facilitada pelo monitoramento, utiliza informações complementares e deve focalizar a efetividade ou impacto das mudanças produzidas (SILVA, 1999 apud HARTZ, 2000).

Nos últimos anos, a prática de pesquisa para avaliação de serviços vem crescendo e ganhando um papel importante nas agendas de saúde. A avaliação pode se dar de diferentes maneiras: por pesquisa junto aos provedores do serviço, por auditorias ou por instrumentos desenvolvidos para esse fim, dentre outras (OLIVEIRA, 2007).

Com isso, apesar do grande empenho do Ministério da Saúde nos últimos anos em pautar a discussão sobre a avaliação da APS e propor instrumentos como o documento técnico de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b), como também o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) (BRASIL, 2010), a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos são incipientes e pouco incorporados às práticas. Além disso, os instrumentos existentes ainda não constituem ferramentas nem de suporte ao processo decisório e nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2006).

O aprimoramento das práticas da APS só alcançará sua plenitude, na medida em que seja fortalecida a capacidade de gestão de Estados e Municípios nas ações de monitoramento e avaliação (MOROSINI, 2007).

Entre os modelos de avaliação dos serviços de saúde, o desenvolvido por Donabedian está entre os mais empregados (DONABEDIAN, 1997). Esse modelo parte do pressuposto de que boas condições de estrutura são pré-condições para um bom processo, que aumenta a probabilidade da ocorrência de desfechos (resultados) positivos (DONABEDIAN, 1997).

Nesse sentido, os enfoques tomam por base um tripé de componentes que enfocam estrutura, processo e resultados, independentemente da amplitude da definição de qualidade. O termo “estrutura” faz menção a todos os atributos materiais e organizacionais, que são relativamente estáveis no setor que proporciona a assistência. Já o termo “processo” inclui tudo o que os profissionais de saúde fazem por seus pacientes e a habilidade com que exercem tal assistência, bem como o que os pacientes fazem por si mesmos. O termo “resultado” faz referência às mudanças verificadas, sejam elas relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos ou às mudanças de comportamentos, conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços (MOURA e cols., 2010).

Neste cenário, o monitoramento e a avaliação do desempenho dos mesmos constituem-se em importantes ferramentas para subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população e aprimorem a qualidade da atenção à saúde (SZWARCOWALD e MENDONÇA, 2006).

3.2 Atenção Básica no SUS

No Brasil, a partir da década 1970 teve início o movimento da Reforma Sanitária que ganhou força através de parcerias com outros movimentos sociais além de alianças com autoridades parlamentares e da saúde. Destaca-se nessa época, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976 e a formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. (FACCHINI, 2006).

Durante a década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária fortaleceu-se politicamente. Em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco na história da saúde brasileira. Durante a conferência a saúde foi definida como um direito social e foram estabelecidos os fundamentos para o sistema de saúde (CAPILHEIRA, 2006).

A Constituição Brasileira de 1988 cria o SUS, o qual foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS como também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

O artigo 196 da Constituição de 1988 garante a saúde como direito social e dever do Estado. Ainda refere o acesso universal às ações e serviços para a população, indicando que o SUS é um sistema de atenção a saúde que deseja atingir a todos com equidade (GALOBARDES, 2006).

Assim, segundo o SUS a saúde é um direito de cidadania, que equivale ao direito à própria vida. Neste contexto, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo (Federal, Estadual e Municipal), conforme garantia constitucional (CAPILHEIRA, 2006).

Recentemente, a publicação do Decreto 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) inova ao clarear as responsabilidades sanitárias previstas na Lei 8.080 dos entes federados sobre a oferta e organização das ações e serviços de saúde, por meio de contrato jurídico. Estabelece requisitos mínimos para a definição das Regiões de Saúde e prioriza a APS como a principal porta de entrada do SUS.

A APS é normatizada pela PNAB, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que a caracteriza como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...) Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2012).

A expressão Atenção Básica (AB) é utilizada para designar a abordagem brasileira correspondente à APS (BRASIL, 2003a, AGUIAR, 2003). O Ministério da Saúde brasileiro definiu a AB, em 1999, como ações, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006).

A ESF, em particular, vem sendo considerada como estratégia prioritária do governo para a reconstrução da AB no país. E tem potencialidades de racionalizar a demanda originária de seu território para ações de saúde que exigem o uso de tecnologias duras de média e alta complexidade por meio da coordenação do cuidado na rede de serviços. Ser o contexto preferencial dos usuários com o SUS é característica da ESF, que viabiliza esse fluxo coordenado na rede de serviço de saúde (ALEIXO, 2002, TAKEDA, 2004).

A ESF é o eixo estruturante do SUS e, como tática de organização da APS, tem potencialidades para resolver até 85% das demandas às Unidades de Saúde da Família. Dessa forma, tem capacidade de racionalizar a demanda originária de seu território para ações de saúde, o que deve ser viabilizado pela sua característica de primeiro contato dos usuários com o SUS (ALEIXO, 2002, TAKEDA, 2004).

A Constituição Federal atribui ao governo municipal responsabilidades sobre as ações e serviços de atenção à saúde organizados na AB do sistema municipal, criando vínculos entre a população e os serviços, ampliando a atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades (CAPILHEIRA, 2006).

Cada UBS deve prestar assistência a uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos de acordo com seu tamanho e capacidade resolutiva (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde investiu na expansão da implantação das ESF. Algumas iniciativas, financiadas pelo Banco Mundial em conjunto com o Ministério da Saúde, buscaram reafirmar a priorização da ESF como estratégia central para reorganização da assistência no Brasil. Dentre estas medidas destacam-se o Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), em 1997, e o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), em 2002, responsáveis por expansão significativa da ESF (BRASIL, 2000).

A Estratégia deve atuar no território, realizando diagnóstico situacional; desenvolver ações dirigidas a problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado individual das famílias ao longo do tempo; desenvolver atividade de acordo com o planejamento e a programação realizando diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações e ser um espaço de construção e cidadania (BRASIL, 2006).

Em relação à infraestrutura e recursos humanos, entre os itens necessários à implantação das equipes ainda identificamos deficiências e dentre elas: equipes não inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que não possuem minimamente equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolubilidade da APS; e deficiências na manutenção regular de equipamentos, bem como na reposição dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2006).

Quanto ao processo de trabalho, a ESF deve ser caracterizada, entre outros aspectos, pela prática do cuidado familiar, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias. Com a atuação em território adscrito, tal prática possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, permitindo, assim, o planejamento e a programação descentralizada e em conformidade com o princípio da equidade (BRASIL, 2006).

Estudos internacionais demonstram que países com sistema de saúde fortemente orientados à APS têm maior probabilidade de apresentar resultados em saúde melhores e mais equitativos, serem mais eficientes, terem menores custos na atenção à saúde e alcançarem melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação à APS (BAICKER e CHANDRA, 2004, MACINKO e cols., 2007).

3.3 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-

AB)

A prática coletiva em saúde tem suscitado a proposição de programas que implementem melhorias no acesso e na qualidade do SUS e que objetivem constante avaliação, monitoramento e controle da realidade, promovendo mudanças das práticas de gestão e participação no cotidiano dos serviços de saúde, inclusive na AB (BRASIL, 2011).

O PMAQ-AB foi criado pela Portaria nº 1.654, GM/MS de 19 de Julho de 2011, buscando ampliar o acesso do cidadão aos serviços de saúde e melhorar o atendimento na AB. Visa a garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O objetivo é incentivar os gestores a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas UBS, por meio das equipes de AB (BRASIL, 2011).

A primeira fase do PMAQ-AB consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de AB (EAB) com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2011).

A segunda fase é a etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas EAB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde. Pretende-se promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão melhorias no acesso e na qualidade da AB. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional (BRASIL, 2011).

A terceira fase consiste na avaliação externa, que compreende um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios participantes e EAB participantes do programa (BRASIL, 2011). Esta etapa foi executada por instituições públicas de ensino e pesquisa em parceria com o MS. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB (BRASIL, 2011).

E, finalmente, a quarta fase é a recontratualização. É constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios visando ao incremento de novos padrões e indicadores de qualidade estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático de melhoria a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-

AB (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a avaliação externa do PMAQ-AB utiliza instrumento avaliativo construído a partir da revisão e adaptação do AMQ e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality Book of Tools (PORTUGAL, 1999a, 1999b, LEVITT e HILTS, 2010, BRASIL, 2010).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos: I - observação da estrutura da UBS; II - entrevista com o profissional da EAB e verificação de documentos na UBS; III - entrevista com o usuário na UBS; e IV - módulo online informado pelo gestor municipal e pela EAB de forma complementar aos demais módulos (BRASIL, 2012a). As questões foram distribuídas em cinco dimensões.

A dimensão “Gestão municipal para desenvolvimento da AB” se avalia fundamentalmente a estrutura e equipes de gestão da AB do município e o apoio que ela dá às EAB aderidas ao programa (BRASIL, 2012a).

Na “Estrutura e condições de funcionamento da UBS” são verificadas, além da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos importantes para a atenção à saúde com foco nas linhas de cuidado priorizadas na AB (BRASIL, 2012a).

Na “Valorização do trabalhador” avalia-se a formação dos membros da EAB, o investimento feito pela gestão municipal no desenvolvimento profissional, formação e educação permanente da EAB, a garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira e implantação de dispositivos desejáveis de gestão do trabalho (BRASIL, 2012a).

Na dimensão “Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho” avalia-se, na perspectiva do profissional e do usuário, o acesso, a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho, além de padrões de qualidade relacionados à atenção das linhas de cuidado priorizadas, dentre tantos outros aspectos (BRASIL, 2012a).

As dimensões e padrões propostos pelo PMAQ-AB expressam diretrizes do SUS e refletem uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade não é apreendida como topos ou platôs e sim como “fluxo” e “movimento” devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar cenários e, portanto, exige permanente adaptação e evolução da política, de suas estratégias e instrumentos

avaliativos (BRASIL, 2011e). Para tanto, situa a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2011e).

“Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho” avalia-se, na perspectiva do profissional e do usuário, o acesso, a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho, além de padrões de qualidade relacionados à atenção das linhas de cuidado priorizadas, contemplando vários aspectos da satisfação e da implantação de dispositivos e espaços de participação dos usuários e de exercício do controle social (BRASIL, 2012a).

No PMAQ-AB a qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL 2012a). Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, será sempre um grande desafio buscar aproximação do conceito de qualidade em relação à AB, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os sujeitos implicados a sua construção (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) (DONABEDIAN e ARCE, 1998).

Dentre os modelos de avaliação dos serviços de saúde desenvolvido por Donabedian (1991), um dos mais empregados considera a estrutura como um instrumento que pode indicar tendências gerais de qualidade, ou seja, boas condições de estrutura são pré-condições para um bom processo, aumentando a probabilidade de ocorrências satisfatórias.

Dessa forma, a estrutura e condições de funcionamento da UBS são verificadas no PMAQ-AB, além da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos importantes para a atenção à saúde com foco nas linhas de cuidado priorizadas (BRASIL, 2012a).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), acesso à saúde passou a incorporar dimensões que refletem aspectos menos tangíveis do sistema e da população que o utiliza.

Atualmente, as principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Essas dimensões podem ser avaliadas por indicadores de processos e resultados, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde, conforme descrito por Aday e Andersen (1974).

Portanto, a avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (VIEIRA, 2007).

O acesso à saúde está intimamente vinculado às condições de vida, em que nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação são componentes fundamentais. Está intimamente vinculado ao processo saúde/doença (UNGLERT, 1999). Segundo Donabedian (1972), acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde. As características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingresso ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, e sim no fato de os serviços serem utilizados por aqueles que dele necessitem.

Donabedian (1990) utilizou o termo acessibilidade em vez de acesso, descrevendo dois aspectos: sócio organizacional e geográfico. O primeiro envolvendo a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que influencia significativamente o acesso à saúde. O segundo, referindo-se a função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços. O termo “acessibilidade” abrange, portanto, uma gama maior de significados, pois está mais relacionado à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

Nessa perspectiva tem-se o instrumento da AMQ desenvolvida pelo Ministério da Saúde brasileiro com o objetivo de avaliar especificamente a ESF. Esse instrumento de avaliação é composto por cinco formulários direcionados ao gestor, coordenação municipal e profissionais de saúde. Visa a obter informações de provisão dos serviços e adequabilidade da estratégia à realidade local. Mas esse instrumento não capta a

experiência dos usuários, atores fundamentais do processo de cuidado (OLIVEIRA, 2007).

É possível que com o PMAQ-AB o foco avaliativo do Ministério da Saúde alcance outros modelos de AB, uma vez que as UBS ganham incentivos financeiros mediante adesão ao programa pelos municípios e, possivelmente, com base no modelo de formulação de políticas públicas de John Kingdon, encontre neste Programa a janela para alcançar a agenda governamental (CAPELLA, 2007).

3.4 Outros Estudos de Avaliação da APS no Brasil

Na perspectiva de incorporação da avaliação no cotidiano das práticas em saúde, neste tópico serão apresentados estudos de diferentes autores envolvidos com a temática. O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos relevantes sobre o tema “Avaliação de serviços de saúde na APS”. Um conjunto de publicações sobre a temática foi identificado em bases de dados internacionais e nacionais.

A literatura internacional tem enfatizado a necessidade de estimular a coordenação do cuidado com ações estratégicas cruciais tanto para a busca de maior efetividade dos sistemas de saúde como para superar a histórica fragmentação da oferta de serviços de saúde e sua baixa eficácia nas condições sanitárias da população (GUERVAS e RICO, 2005, NOVAES, 2004).

A análise de experiências avaliativas nos países da União Europeia tem acenado para diferentes formatos que a coordenação do cuidado pode assumir, variando de acordo com os autores sociais envolvidos na perspectiva de avaliação adotada (GIOVANELLA, 2006).

Estudos internacionais têm demonstrado que países com sistemas de saúde fortemente orientados à APS têm probabilidade de apresentar resultados em saúde melhores e mais equitativo, serem mais eficientes, terem menores custos na atenção à saúde e alcançarem melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação à APS (BAICKER e cols., 2007).

Starfield (2004), baseada nos componentes da avaliação proposto por Donabedian (estrutura, processos e resultados), recomenda a abordagem na capacidade e desempenho para a avaliação do alcance das principais características da APS por um sistema de saúde. Segundo a autora é necessário um elemento estrutural e um elemento processual para medir a capacidade e o empenho de cada uma das características essenciais da APS e das limitações atuais de avaliar aspectos organizacionais e de desempenho da AB em nível local.

Alguns estudos brasileiros apontam a deficiência da coordenação da assistência como grande obstáculo para a efetivação da atenção, recomendando que ações devam ser tomadas para o aprimoramento entre os níveis de atenção (GIOVANELLA, 2006, BRASIL, 2004).

Estudo realizado para avaliar a qualidade da estrutura disponível para consultas de enfermagem prestadas às crianças de um ano de idade nas UBS da ESF no município de São Paulo evidenciou consultórios com dimensões espaciais inferiores aos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde. Dentre os 15 tipos de materiais relacionados, nove foram considerados indispensáveis, dentre estes, seis estavam presentes nos 12 consultórios (mesas de escritório, mesas para exames, mesas para balança pediátrica, balança pediátrica, régua antropométrica e estetoscópio). Contudo, faltavam cadeiras em quantidade adequada, estetoscópio infantil, esfigmomanmetro e aneroide infantil. Dessa forma, a estrutura não atendia aos critérios normatizados (SAPAROLLI e ADAMI, 2010).

Para que a prática assistencial tenha a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas abrangendo: áreas físicas, instalações materiais e equipamentos, número adequados de profissionais, dentre outras. Assim, a disponibilidade de estrutura adequada para a prestação da assistência nos serviços de saúde promove condições básicas para o alcance de um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e aos resultados dos cuidados prestados à clientela. Contudo, não assegura necessariamente, que determinado processo assistencial seja satisfatório, mesmo que dela dependa, constituindo um indicador indireto da qualidade prestada (SAPAROLLI e ADAMI, 2010).

No Brasil a avaliação em saúde ainda está pouco incorporada às práticas do serviço de saúde e ainda não constitui forte elemento influenciador dos processos de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. É preciso superar o caráter punitivo erroneamente atrelado ao termo “avaliação” (CONTANDRIOPOULOS e cols., 1997).

Diversas iniciativas nas três décadas vêm buscando impulsionar a avaliação em saúde no Brasil, sendo realizadas pesquisas acadêmicas com a intenção de avaliar serviços em saúde ou programas de saúde no Brasil. Atualmente o interesse pela avaliação vem crescendo e não se restringe ao meio acadêmico. Os documentos do Ministério da Saúde já apontam preocupação com a avaliação e têm recomendado estudos nessa perspectiva (BRASIL 2006, BRASIL 2010).

O Ministério da Saúde, através da portaria 4.279, estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS e retoma os atributos da APS estabelecidos por Starfield (2004). Na prática, porém, há poucas pesquisas que testem

especificamente esses elementos (STARFIELD, 2004). No entanto, já são verificados, no Brasil, esforços para possibilitar a avaliação da APS na perspectiva de envolver gestores, profissionais e usuários dos serviços (BRASIL, 2012a).

A reunião dos artigos revisados permitiu identificar alguns estudos relacionados à organização dos serviços, estrutura física e acesso, tanto nas UBS como na rede de assistência em diversos programas e ações desenvolvidas pelas equipes de ESF.

Nesse sentido, estudo sobre estrutura física e funcionamento dos centros de saúde em Montes Claro-MG, Brasil, constatou divergências entre as normas e a realidade das UBS, através de pesquisa descritiva quali-quantitativa. Retratou as más condições das UBS, que apresentam deficiências de ordem estrutural externa e interna relevantes como: parte elétrica exposta, pisos com obstáculos, banheiros mal conservados e mal estruturados, salas de reuniões inadequadas, estruturas mal sinalizadas ou sem nenhuma sinalização, a marcação de atendimento não dispõe de qualquer recurso tecnológico, como computadores, por exemplo (OLIVEIRA, 2008).

Apesar de haver padrões normativos específicos e exigências do Ministério da Saúde sobre a estrutura das UBS à realidade dos municípios, as normas gerais e a qualidade dos serviços não seguem as recomendações. Existe um longo percurso entre a realidade e as normas preconizadas pelo manual para estrutura física das UBS da ESF (OLIVEIRA, 2008).

Nesta mesma perspectiva, desenvolveu-se o estudo de avaliação de desempenho da ESF no município de Campina Grande, Paraíba, mediante estudo transversal da estrutura e do processo de trabalho. Na estrutura, a ventilação e as condições da área física foram os parâmetros com maior quantidade de avaliações inadequadas (92,3%), seguidos da dimensão da área física (40%), ruído (30%) e iluminação (10%). No que se refere ao processo de trabalho, todas as modalidades de atividade programadas eram desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde. Assim, a estrutura física representou o principal problema para a realização das atividades (ROCHA e cols., 2012).

A avaliação da estrutura e processo constitui instrumento importante na prática gerencial devendo ser estimulada e seus conhecimentos aplicados e discutidos. Tais aspectos poderão contribuir para aumentar o desempenho e o impacto nas ações da AB em saúde.

Nessa perspectiva, a OMS define os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, a ESF tem como principais características a adstrição da clientela, através da definição de território de

abrangência da equipe; o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; a estruturação de equipe multiprofissional; a ênfase em ações preventivas em saúde; a detecção das necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde.

Estudo transversal, realizado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, descreve as condições das UBS em relação às barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física e analisa a estrutura física das UBS em sete Estados do Brasil (SIQUEIRA e cols., 2009). A amostra incluiu UBS de sete Estados, dois na região Sul, Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC), e cinco na região Nordeste, Alagoas (AL), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI) e Rio Grande do Norte (RN). Observaram-se degraus dificultando o acesso de deficientes em 44,2% das UBS. A inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas foi verificada em 63% da UBS e, entre aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão. Os corrimãos também eram inexistentes em 95% dos corredores e em 91,7% dos degraus de acesso das UBS. Em 77,4% dos banheiros das UBS não existiam portas que garantissem o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. As calçadas não garantiam o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas com necessidades especiais em 66,7% das UBS. Em relação ao modelo de atenção, os prédios da ESF foram considerados os mais inadequados (65,3%; $p=0,03$) para os idosos e deficientes, incluindo maior proporção de UBS com degraus dificultando o acesso (49,3%; $p=0,04$), menor presença de rampas alternativas (68,1%; $p=0,04$). A análise estratificada por região constatou que não existe diferença entre as regiões Sul e Nordeste na inadequação dos prédios, na existência de degraus, na ausência de rampas alternativas, na inadequação das calçadas, na ausência de corrimãos nos corredores das unidades e de banheiros com portas adaptados (SIQUEIRA e cols., 2009).

O distrito sanitário em Natal realizou pesquisa onde se verificaram as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal inserida na ESF, identificando características operacionais de funcionamento, ambiente físico, disponibilidade de equipamentos e insumos. Os resultados apontaram limitações do trabalho em decorrência de estrutura física inadequada, indisponibilidade de equipamentos, instrumental e material para a realização das ações previstas, ausência de articulação de referência e contrarreferência para as urgências de maior complexidade e baixa capacidade dos profissionais em trabalhar em equipe (ROCHA e ARAÚJO, 2009).

Em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para APS (OLIVEIRA, 2007).

A APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Starfield (2004), APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Assim, para uma melhor assistência na APS faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, particularmente do atendimento integral ao usuário, tendo em vista sua implicação numa prática de qualidade, que desenvolva capacidade de análise crítica de contextos. A ação integral pressupõe mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde e os usuários (PINHEIRO, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho e Área do Estudo

Trata-se de um estudo ecológico transversal, inserido numa pesquisa multicêntrica de avaliação do acesso e qualidade da AB no SUS. A pesquisa integra a terceira etapa do PMAQ-AB, avaliação externa, que ocorreu em todo o território nacional, numa parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino e pesquisa. No Maranhão, a avaliação externa foi realizada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em colaboração com seis centros de pesquisa: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O grupo foi coordenado pela UFPEL.

Para este estudo foi considerado o desempenho das EAB nos 21 municípios maranhenses que aderiram ao PMAQ-AB no Estado do Maranhão. Além disso, foram também incluídos os demais 196 municípios que não aderiram ao PMAQ-AB, mas que efetuaram o censo obrigatório das UBS, totalizando, portanto, todos os municípios do Estado. A Figura 1 representa a distribuição dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB no Estado.

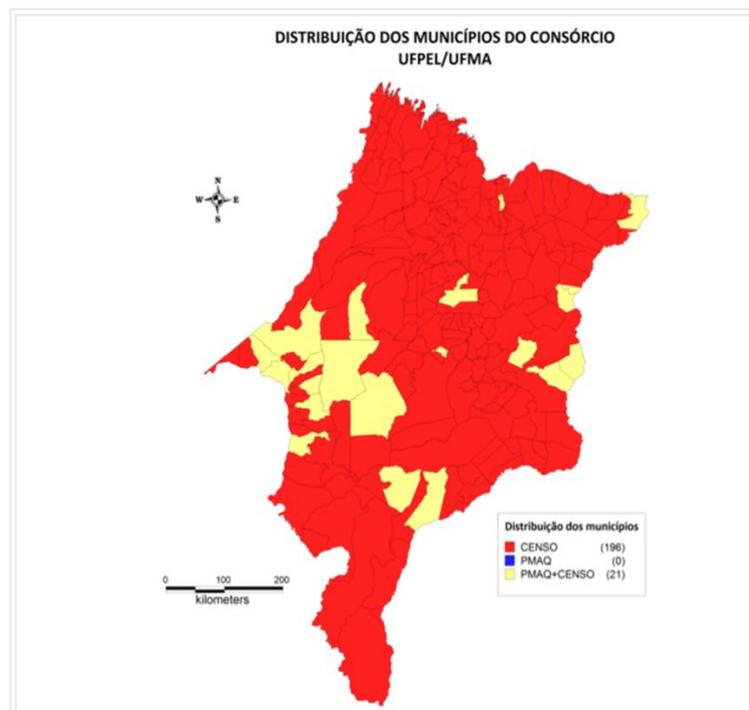


Figura 1: Mapa esquemático dos municípios do Estado que aderiram ao PMAQ-AB. Maranhão. 2012.

O Estado do Maranhão é uma das 27 unidades federativa do Brasil. Está localizado no

oeste da região nordeste e tem como limites, ao norte o Oceano Atlântico, a leste o Estado do Piauí, a sul e sudeste o Estado de Tocantins e o Estado do Pará a oeste. Ocupa uma área de 331.935,507 km², densidade demográfica 19,81 hab. /km², possui índice de IDHM 0,639% em 2010, sendo o segundo maior Estado da região nordeste e o oitavo maior Estado do Brasil, com população de 6.574.789 habitantes, distribuída em 217 municípios. O clima é tropical. Sua capital é a ilha de São Luís, cidade histórica que possui o título de patrimônio da humanidade (IBGE, 2013).

Até 1998, no Maranhão, somente São Luís possuía equipes da ESF implantadas (dez equipes). Já em dezembro de 2010, contava com 1.725 equipes, cobrindo 78,22% da população do Estado (BRASIL, 2010). Segundo dados oficiais do DATA/SUS o Maranhão possuía, em 2011, quando da adesão do Estado ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, 1.751 ESF implantadas, distribuídas nos 217 municípios e cobrindo uma população estimada de 5.052.814. Mesmo a capital maranhense possuía rede de serviços de saúde ainda em fase de ampliação. Atualmente, a maioria das UBS é composta por ESF, com aproximadamente 1.853, e 1.222 de outras equipes modalidades (MS/SAS/DAB, 2013).

4.2 Coleta de Dados

Neste estudo foram utilizados dados da avaliação externa do PMAQ-AB. Efetuou-se seleção e capacitação da equipe de coleta de dados no período de 11 a 22 de junho de 2012. Para tanto, foram distribuídos e discutidos os manuais da avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2012), bem como cada um dos três módulos que compõem esta avaliação. O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido em formato digital pelo MS. Os avaliadores foram treinados para o seu adequado manuseio.

O treinamento foi teórico-prático, utilizando simulações de situações de campo, leitura e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados diretamente no equipamento digital (tablet), seguido de discussão e esclarecimento das dúvidas da equipe. Efetuou-se estudo piloto durante um dia em campo, com aplicação in loco dos módulos do instrumento. Para tanto, selecionaram-se, por conveniência, duas UBS localizadas na capital do Estado. Somente os candidatos que apresentaram bom desempenho ao longo das duas semanas de treinamento foram selecionados para compor o grupo.

A coleta dos dados ocorreu no período de 26/06/2012 a 24/08/2012. As entrevistas foram efetuadas por equipe composta de 35 avaliadores e cinco supervisores de campo, distribuídos

em cinco equipes. Cada equipe era composta por um supervisor e 5 a 9 avaliadores, distribuídos em diferentes rotas.

As rotas foram traçadas pela coordenação com auxílio do *GoogleMaps* e do software *OpenProject*. Posteriormente, as rotas foram consolidadas pelos supervisores e avaliadores, que conheciam os territórios da pesquisa.

O Ministério da Saúde disponibilizou para cada Estado uma lista contendo informações dos municípios e unidades que solicitaram avaliação externa, bem como das demais, onde deveria ser desenvolvido o senso das UBS. Neste documento havia, dentre outras informações, o número do CNES, nome da UBS, código de área de cada ESF, endereço e telefone.

Antes do deslocamento da equipe, a coordenação e supervisor contatavam os gestores municipais, informando a data provável da visita. Ao chegar a cada município, o supervisor se deslocava até a SEMUS e confirmava as unidades em funcionamento, turnos de trabalho, endereço e telefone. Mesmo as UBS inativas foram visitadas, fotografando-se a fachada do prédio, quando havia. Cada avaliador, então, na UBS sob sua responsabilidade, aplicava o módulo I do instrumento a todas as unidades (censo). Os módulos II e III somente foram efetuados nas equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB e solicitaram a avaliação. O módulo II compreendia entrevista com o coordenador da equipe e o III era aplicado em quatro usuários que se encontravam na UBS por ocasião da visita.

A seleção dos usuários foi efetuada de modo não probabilístico entre os usuários que preenchiam os critérios de inclusão. Os critérios de elegibilidade foram: usuários que ainda não tivesse passado pela consulta/atendimento com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista; não ser a primeira vez que utiliza os serviços desta UBS; ter utilizado o serviço há menos de 12 meses; ter aceitado participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de entrevista com o responsável pela UBS, avaliação documental e observação in loco de itens da estrutura da UBS (módulo I), com o coordenador da ESF (módulo II) e com quatro usuários de cada equipe de saúde da família (módulo III).

4.3 Variáveis do Estudo

O quadro 1 apresenta o modelo teórico construído para a análise da estrutura das UBS. O modelo foi construído a partir das 21 dimensões referentes ao Módulo I da avaliação externa do PMAQ-AB preconizados pelo Ministério da Saúde. Foram avaliados quatro componentes (Organizacional, Recursos, Infraestrutura/ambiência e Elementos estratégicos). Os

componentes foram subdivididos e categorias, subcategorias e indicadores. Detalhes sobre os indicadores podem ser visualizados no Apêndice A.

Quadro 1 - Modelo teórico para análise da estrutura das UBS. Maranhão. 2014.

COMPONENTE	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Organizacional	Tipo de equipe	
	Horário de funcionamento	
	Disponibilidade de veículo	
Recurso	Humanos	Equipe mínima
		Equipe ampliada
	Equipamentos	Geral
		Odontológico
	Material de consumo	Geral
		Odontológico
	Impressos	
	Medicamentos	
	Imunobiológicos	
Testagem		
Infraestrutura/ Ambiência	Planta física	
	Ambiência	Circulação de ar
		Iluminação
		Ambientes laváveis
		Acústica
		Privacidade ao usuário
	Condições estruturais	Sanitárias/hidráulicas
		Elétricas
	Sinalização	Externa
		Interna
		De recursos humanos
	Acessibilidade	Externa
		Interna
Elementos estratégicos	Telessaúde	
	Práticas integrativas	
	Fitoterápicos	

4.4 Processamento e Análise dos Dados

As análises foram efetuadas no software Stata, versão 11.0. Foram estimadas frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a distribuição das variáveis quantitativas. Se a distribuição fosse normal os dados eram sumarizados por meio de médias (\bar{x}) e desvios-padrão (dp); se não fosse normal, por medianas (med) e desvios interquartílicos (dq).

A comparação da estrutura das EAB que aderiram ou não ao PMAQ-AB foi realizada pelo teste exato de Fisher, Qui-quadrado ou Kruskal-Wallis. O nível de significância de 5% foi adotado para rejeição da hipótese nula.

4.5 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo CONCEP, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel (Apêndice). Somente participaram da pesquisa os usuários que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do TCLE.

5 RESULTADOS

Avaliaram-se todas as 1.879 UBS em funcionamento no Maranhão. No componente organizacional: a maioria das equipes foi do tipo ESF com ESB, referiram funcionamento nos cinco dias da semana, durante dois turnos, mas poucas ofereciam atendimento em horários alternativos. Referiram ainda disponibilidade adequada de veículos automotivos. No componente de recursos: verificou-se déficit no número de profissionais nas equipes básica e ampliada.

As UBS tinham problemas na disponibilidade de equipamentos gerais, alguns impressos (caderneta do idoso e do adolescente, ficha B para tuberculose e hanseníase e ficha C) e materiais para testes rápidos. Todas as vacinas referentes ao calendário vacinal de rotina estavam sempre disponíveis em apenas 92 (4,9%) UBS. Porém, houve boa disponibilidade dos recursos do tipo material de consumo em geral, insumos odontológicos e medicamentos.

No componente infraestrutura/ambiência: verificou-se inadequação da planta física e ambiência, bem como da sinalização e acessibilidade na maioria das UBS. Porém, as condições estruturais sanitárias, hidráulicas e elétricas eram adequadas na maioria das UBS. Praticamente não houve oferta dos elementos estratégicos (telessaúde, práticas integrativas complementares e fitoterápica) no Estado.

A tabela 1 apresenta o componente organizacional da estrutura das UBS, segundo adesão ao PMAQ-AB. As UBS que aderiram ao programa apresentaram maior média de ESF com saúde bucal (ESF c/ SB) ($p < 0,001$), bem como equipes parametrizadas ($p < 0,001$). Verificou-se que, em média, as equipes trabalhavam cinco dias na semana e, principalmente, durante dois turnos, sem diferenças significativas entre aquelas que aderiram e as que não aderiram ao PMAQ-AB. As UBS que aderiram ao programa apresentam menor proporção de funcionamento nos finais de semana ($p = 0,003$) e maior no período do almoço ($p < 0,001$) quando comparadas às que não aderiram. As que aderiram apresentaram menor disponibilidade de veículos ($p < 0,001$), mas sem diferença quanto à capacidade de atender à demanda ($p = 0,782$).

Tabela 1. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 1 - Organizacional, segundo adesão ao PMAQ-AB. Maranhão, 2012.

COMPONENTE ORGANIZACIONAL	ADESÃO AO PMAQ-AB				P-VALOR
	SIM		NÃO		
	n(%)	x(dp)	n(%)	x(dp)	
Tipo de equipe					
EFS c/ SB		1,07(0,57)		0,76(0,75)	<0,001 ¹
EFS s/ SB		0,57(0,77)		0,48(0,65)	0,678 ¹
Parametrizada c/ SB		0,24(0,43)		0,04(0,50)	<0,001 ¹
Parametrizada s/ SB		0,22(0,53)		0,02(0,35)	<0,001 ¹
Outras		0(0,00)		0,14(0,57)	0,032 ¹
Horário de funcionamento					
Qt de dias		5,10 (0,34)		4,90(0,79)	0,051 ¹
Nº de turnos					
1	16(10,26)		140(89,74)		0,066 ²
2	93(5,62)		1563(94,38)		
3	3(5,88)		48(94,12)		
Funciona no final de semana					
Sim	15(6,38)		220(93,62)		0,003 ²
Às vezes	6(1,86)		316(98,14)		
Não	91(6,97)		1215(93,03)		
Funciona no almoço					
Sim	38(8,19)		426(91,81)		0,023 ²
Não	74(5,29)		1325(94,71)		
Disponibilidade de veículo na UBS					
Possui veículo					<0,001 ²
Sim	50(4,12)		1163(95,88)		
Não	62(9,55)		587(90,45)		
Atende à demanda					
Sim	36(4,06)		851(95,94)		0,782 ²
Não	2(3,33)		58(96,67)		

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. EFS: Estratégia Saúde da Família. SB: saúde bucal. UBS: unidade básica de saúde. x: média. dp: desvio-padrão.

¹Teste de Mann-Whitney. ²Teste Qui-quadrado.

As tabelas 2 a 5 referem-se aos recursos das UBS. Registrou-se déficit de profissionais nas equipes avaliadas. Havia, em média, menos de um profissional por UBS tanto nas equipes mínimas, quanto nas ampliadas. Apenas enfermeiros ($1,06 \pm 0,74$), técnicos de enfermagem

($1,27 \pm 1,28$) e ACS ($6,67 \pm 5,02$) apresentaram média de, pelo menos, um por UBS. Observou-se que a disponibilidade de equipamentos de uso geral e odontológicos foi maior entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB ($p < 0,001$) – (Tabela 2).

Tabela 2. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Humanos e Equipamentos), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

RECURSOS	ADESÃO AO PMAQ-AB				P-VALOR
	SIM		NÃO		
	n(%)	x(dp)	n(%)	x(dp)	
HUMANOS					
Equipe mínima					
Médicos		0,27(1,00)		0,25(1,20)	0,015¹
Enfermeiros		1,05(0,32)		1,06(0,76)	0,560 ¹
Dentistas		0,84(0,41)		0,67(0,71)	<0,001¹
Técnico de enfermagem		1,24(0,87)		1,27(1,30)	0,358 ¹
Auxiliar de enfermagem		0,19(0,46)		0,46(0,92)	<0,001¹
Técnico de saúde bucal		0,35(0,52)		0,29(0,59)	0,076 ¹
Auxiliar de saúde bucal		0,52(0,52)		0,37(0,61)	<0,001¹
Agente comunitário da saúde		7,38(2,69)		6,63(5,14)	<0,001¹
Técnico de laboratório		0,07(0,36)		0,06(0,35)	0,548 ¹
Microscopista		0,01(0,10)		0,04(0,30)	0,301 ¹
Equipe ampliada					
Médico especialista		0,27(1,01)		0,25(1,20)	0,144 ¹
Psicólogo		0,20(0,44)		0,11(0,40)	0,002¹
Fisioterapeuta		0,27(0,54)		0,14(0,50)	<0,001¹
Nutricionista		0,25(0,48)		0,10(0,34)	<0,001¹

Assistente social	0,27(0,54)	0,10(0,43)	<0,001 ¹
Outros profissionais	0,57(1,00)	0,14(0,6)	<0,001 ¹
EQUIPAMENTOS			
Geral			
Antropômetro	0,95(1,20)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Aparelho de pressão adulto	2,43(1,49)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Aparelho de pressão pediátrico /neonatal	0,65(0,55)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Aparelho de nebulização	1,05(0,67)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Ar condicionado farmácia	0,26(0,44)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Ar condicionado para sala de vacina	0,67(0,47)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Autoclave	0,32(0,47)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Balança antropométrica de 150 kg	0,62(1,50)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Balança antropométrica de 200 kg	0,19(0,51)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Balança infantil	0,97(0,45)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Régua antropométrica	0,78(0,83)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Estetoscópio adulto	2,65(1,65)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Estetoscópio pediátrico ou neonatal	0,69(0,60)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Foco de luz para exame ginecológico	1,16(0,68)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Geladeira exclusiva para vacina	0,95(0,34)	0,52(0,56)	<0,001 ¹
Geladeira para Farmácia	0,16(0,37)	0,03(0,18)	<0,001 ¹
Glicosímetro	1,51(1,06)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Jogo de cânulas de Guedel	0,07(0,26)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Lanterna clínica	0,55(0,79)	0,00(0,00)	<0,001 ¹

Mesa p/ exame ginecológico c/ perneira	1,02(0,73)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Mesa para exame clínico	2,44(1,57)	1,37(1,02)	<0,001 ¹
Oftalmoscópio	0,12(0,38)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Otoscópio	0,65(0,70)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Kit de monofilamentos (Estesiômetro)	0,30(0,61)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Sonar ou estetoscópio de Pinard	1,14(0,66)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Microscópio	0,05(0,23)	0,00(0,00)	<0,001 ¹
Termômetro com cabo extensor ou linear	1,60(0,87)	0,69(0,94)	<0,001 ¹
Termômetro clínico	1,78(1,85)	1,02(0,87)	<0,001 ¹
Termômetro de máxima e mínima	0,98(0,94)	0,48(0,77)	<0,001 ¹
Odontológico			
Amalgamador			<0,001 ²
Sim	57(10,34)	494(89,66)	
Não	35(2,70)	1260(97,30)	
Cadeira odontológica			<0,001 ²
Sim	75(8,30)	829(91,70)	
Não	17(1,80)	925(98,20)	
Compressor de ar			<0,001 ²
Sim	73(8,77)	759(91,23)	
Não	19(1,87)	995(98,13)	
Equipo odontológico com pontas			<0,001 ²
Sim	75(8,61)	796(91,39)	
Não	17(1,74)	958(98,26)	
Fotopolimerizador			<0,001 ²
Sim	71(9,94)	643(90,06)	
Não	21(1,86)	1111(98,14)	
Mocho odontológico			<0,001 ²
Sim	72(8,16)	810(91,84)	

Não	20(2,07)	944(97,93)	
Refletor			<0,001 ²
Sim	71(8,01)	815(91,99)	
Não	21(2,19)	939(97,81)	
Unidade auxiliar			<0,001 ²
Sim	71(8,09)	807(91,91)	
Não	21(2,17)	947(97,83)	
Autoclave			<0,001 ²
Sim	46(12,71)	316(87,29)	
Não	46(03,10)	1438(96,90)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. x: média. dp: desvio-padrão.

¹Teste de Mann-Whitney. ²Teste Qui-quadrado.

Dos 21 itens referentes aos materiais de consumo de uso geral, houve maior disponibilidade de 19 deles entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB. A proporção de “*equipo de soro macrogotas e microgotas*” e “*frasco plástico com tampa*” não apresentou diferença entre os grupos. Já o item “*lâmina para malária*” esteve mais disponível entre as equipes que não aderiram ao programa ($p=0,001$). De modo semelhante, houve diferença na disponibilidade dos materiais de consumo de odontologia, mais disponível entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB do que entre as que não aderiram ($p<0,001$) – (Tabela 3).

Tabela 3. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Material de consumo), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

RECURSOS	ADESÃO AO PMAQ-AB		P-VALOR ¹
	SIM	NÃO	
	n(%)	n(%)	
MATERIAL DE CONSUMO			
GERAL			
Abaixador de língua			<0,001
Sempre disponíveis	103(7,50)	1270(92,50)	
Às vezes disponíveis	6(2,45)	239(97,55)	
Nunca disponíveis	3(1,22)	242(98,78)	

Agulhas descartáveis			0,036
Sempre disponíveis	98(6,39)	1436(93,61)	
Às vezes disponíveis	13(6,47)	188(93,53)	
Nunca disponíveis	1(0,78)	127(99,22)	
Ataduras			0,002
Sempre disponíveis	78(6,09)	1202(93,91)	
Às vezes disponíveis	30(8,65)	317(91,35)	
Nunca disponíveis	4(1,69)	232(98,31)	
Caixas térmicas para vacinas			<0,001
Sempre disponíveis	104(9,21)	1025(90,79)	
Às vezes disponíveis	2(0,57)	349(99,43)	
Nunca disponíveis	6(1,57)	377(98,43)	
Fita métrica			<0,001
Sempre disponíveis	106(7,44)	1319(92,56)	
Às vezes disponíveis	4(2,80)	139(97,20)	
Nunca disponíveis	2(0,68)	293(99,32)	
EPI			0,041
Sempre disponíveis	54(6,02)	843(93,98)	
Às vezes disponíveis	43(7,64)	520(92,36)	
Nunca disponíveis	15(3,72)	388(96,28)	
Espéculo descartável			0,006
Sempre disponíveis	96(6,91)	1293(93,09)	
Às vezes disponíveis	10(5,46)	173(94,54)	
Nunca disponíveis	6(2,06)	285(97,94)	
Equipo de soro macrogotas e microgotas			0,588
Sempre disponíveis	53(5,79)	863(94,21)	
Às vezes disponíveis	16(5,18)	293(94,82)	
Nunca disponíveis	43(6,74)	595(93,26)	
Escovinha endocervical			0,008
Sempre disponíveis	96(6,96)	1283(93,04)	
Às vezes disponíveis	9(4,74)	181(95,26)	
Nunca disponíveis	7(2,38)	287(97,62)	
Espátula de ayres			0,002
Sempre disponíveis	98(7,14)	1274(92,86)	

Às vezes disponíveis	8(4,37)	175(95,63)	
Nunca disponíveis	6(1,95)	302(98,05)	
Esparadrapo/fita micropore e outras			0,011
Sempre disponíveis	95(6,51)	1365(93,49)	
Às vezes disponíveis	14(7,25)	179(92,75)	
Nunca disponíveis	3(1,43)	207(98,57)	
Fixador de lâmina			<0,001
Sempre disponíveis	96(7,72)	1147(92,28)	
Às vezes disponíveis	10(5,24)	181(94,76)	
Nunca disponíveis	6(1,40)	423(98,60)	
Frasco plástico com tampa			0,341
Sempre disponíveis	65(6,79)	892(93,21)	
Às vezes disponíveis	12(5,43)	209(94,57)	
Nunca disponíveis	35(5,11)	650(94,89)	
Gaze			0,025
Sempre disponíveis	90(5,85)	1448(94,15)	
Às vezes disponíveis	19(9,55)	180(90,45)	
Nunca disponíveis	3(2,38)	123(97,62)	
Lâmina de vidro com lado fosco			0,001
Sempre disponíveis	99(7,26)	1265(92,74)	
Às vezes disponíveis	7(3,93)	171(96,07)	
Nunca disponíveis	6(1,87)	315(98,13)	
Porta lâmina			0,002
Sempre disponíveis	87(7,51)	1071(92,49)	
Às vezes disponíveis	8(4,68)	163(95,32)	
Nunca disponíveis	17(3,18)	517(96,82)	
Tiras reagentes de medida de glicemia			<0,001
Sempre disponíveis	91(8,37)	996(91,63)	
Às vezes disponíveis	16(5,32)	285(94,68)	
Nunca disponíveis	5(1,05)	470(98,95)	
Seringas descartáveis			0,047
Sempre disponíveis	101(6,53)	1446(93,47)	
Às vezes disponíveis	9(5,06)	169(94,94)	
Nunca disponíveis	2(1,45)	136(98,55)	

Seringas descartáveis c/ agulha acoplada			0,023
Sempre disponíveis	94(6,60)	1330 (93,40)	
Às vezes disponíveis	14(6,31)	208 (93,69)	
Nunca disponíveis	4(1,84)	213 (98,16)	
Recipientes p/ descarte pérfuro-cortantes			<0,001
Sempre disponíveis	92(7,60)	1119(92,40)	
Às vezes disponíveis	15(6,85)	204(93,15)	
Nunca disponíveis	5(1,15)	428(98,85)	
Lâmina (para malária)			0,001
Sempre disponíveis	34(9,97)	307(90,03)	
Às vezes disponíveis	1(1,27)	78(98,73)	
Nunca disponíveis	77(5,34)	1366(94,66)	
Material de consumo odontológico			
Amálgama			<0,001
Sim	54(11,42)	419(88,58)	
Não	38(2,77)	1335(97,23)	
Cimentos diversos			<0,001
Sim	65(10,19)	573(89,81)	
Não	27(2,24)	1181(97,76)	
Fios de sutura			<0,001
Sim	67(9,01)	677(90,99)	
Não	25(2,27)	1077(97,73)	
Selantes			0,009
Sim	35(7,20)	451(92,80)	
Não	57(4,19)	1303(95,81)	
Anestésicos			<0,001
Sim	70(8,93)	714(91,07)	
Não	22(2,07)	1040(97,93)	
Resinas fotopolimerizáveis			<0,001
Sim	63(9,01)	636(90,99)	
Não	29(2,53)	1118(97,47)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. EPI: equipamento de proteção individual.

¹Teste Qui-quadrado.

A disponibilidade de impressos é melhor entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB ($p < 0,001$). Apenas a caderneta do adolescente teve distribuição semelhante entre os grupos ($p = 0,914$) - (Tabela 4).

Tabela 4. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Impressos), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

RECURSOS	ADESÃO AO PMAQ-AB		P-VALOR
	SIM	NÃO	
	n(%)	n(%)	
IMPRESSOS			
Caderneta da gestante			<0,001
Sempre disponível	108(7,83)	1,271(92,17)	
Às vezes disponível	2(1,22)	162(98,78)	
Nunca disponível	2(0,63)	318(99,38)	
Caderneta de saúde da criança			<0,001
Sempre disponível	95(7,51)	1,170(92,49)	
Às vezes disponível	7(3,20)	212(96,80)	
Nunca disponível	10(2,64)	369(97,36)	
Caderneta de saúde da pessoa idosa			<0,001
Sempre disponível	77(7,93)	894(92,07)	
Às vezes disponível	20(7,78)	237(92,22)	
Nunca disponível	15(2,36)	620(97,64)	
Caderneta do adolescente			0,914
Sempre disponível	18(6,55)	257(93,45)	
Às vezes disponível	7(5,65)	117(94,35)	
Nunca disponível	87(5,94)	1,377(94,06)	
Cartão de vacinação			<0,001
Sempre disponível	100(7,52)	1,230(92,48)	
Às vezes disponível	7(3,89)	173(96,11)	
Nunca disponível	5(1,42)	348(98,58)	
Ficha A do SIAB			<0,001
Sempre disponível	105(9,34)	1,019(90,66)	
Às vezes disponível	2(0,78)	253(99,22)	
Nunca disponível	5(1,03)	479(98,97)	
Ficha B-GES do SIAB			<0,001
Sempre disponível	106(9,02)	1,069(90,98)	

Às vezes disponível	3(1,34)	221(98,66)	
Nunca disponível	3(0,65)	461(99,35)	
Ficha B-HA do SIAB			<0,001
Sempre disponível	102(8,91)	1,043(91,09)	
Às vezes disponível	6(2,67)	219(97,33)	
Nunca disponível	4(0,81)	489(99,19)	
Ficha B-DIA do SIAB			<0,001
Sempre disponível	107(9,11)	1,067(90,89)	
Às vezes disponível	2(0,89)	223(99,11)	
Nunca disponível	3(0,65)	461(99,35)	
Ficha B-TB do SIAB			<0,001
Sempre disponível	100(10,01)	899(89,99)	
Às vezes disponível	4(1,53)	257(98,47)	
Nunca disponível	8(1,33)	595(98,67)	
Ficha B-Hans do SIAB			<0,001
Sempre disponível	99(10,05)	886(89,95)	
Às vezes disponível	3(1,14)	261(98,86)	
Nunca disponível	10(1,63)	604(98,37)	
Ficha C do SIAB			<0,001
Sempre disponível	78(9,54)	740(90,46)	
Às vezes disponível	8(2,87)	271(97,13)	
Nunca disponível	26(3,39)	740(96,61)	
Ficha D do SIAB			<0,001
Sempre disponível	99(9,86)	905(90,14)	
Às vezes disponível	5(1,87)	262(98,13)	
Nunca disponível	8(1,35)	584(98,65)	
Relatório SSA2 do SIAB			<0,001
Sempre disponível	104(9,18)	1,029(90,82)	
Às vezes disponível	6(2,46)	238(97,54)	
Nunca disponível	2(0,41)	484(99,59)	
Relatório PMA2 do SIAB			<0,001
Sempre disponível	104(9,49)	992(90,51)	
Às vezes disponível	3(1,23)	241(98,77)	
Nunca disponível	5(0,96)	518(99,04)	
Fichas de notificação do SINAN			<0,001
Sempre disponível	103(9,74)	954(90,26)	
Às vezes disponível	4(1,57)	250(98,43)	
Nunca disponível	5(0,91)	547(99,09)	

Ficha do SISCOLO			<0,001
Sempre disponível	104(8,76)	1,083(91,24)	
Às vezes disponível	3(1,28)	231(98,72)	
Nunca disponível	5(1,13)	437(98,87)	
Ficha de atendimento pré-natal			<0,001
Sempre disponível	107(9,04)	1,077(90,96)	
Às vezes disponível	2(0,92)	216(99,08)	
Nunca disponível	3(0,65)	458(99,35)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS.

¹Teste Qui-quadrado.

Verificou-se ampla disponibilidade dos medicamentos nas UBS. Havia, pelo menos, uma opção de cada classe de medicamentos na maioria das unidades avaliadas, sem diferença entre as UBS que aderiram e as que não aderiram ao programa. Apenas os medicamentos da classe dos antiácidos/antieméticos/antissecretores estavam mais disponíveis entre as UBS que não aderiram ao PMAQ-AB se comparadas às que aderiram ($p=0,039$) - (Tabela 5).

Os 13 imunobiológicos que compõem o calendário básico de vacinação nunca estavam disponíveis em 15,14% das UBS avaliadas. A disponibilidade foi maior entre as UBS que aderiram ao PMAQ-AB ($p=0,024$) - (Tabela 5). Nunca estavam disponíveis as vacinas pneumocócica 23 valente (77,23%), BCG-ID (33,3%), tríplice bacteriana (20,68%), tetravalente (26,58%), pneumocócica 10 (19,87%), influenza (18,42%), tríplice viral (18,21%), meningocócica C (17,83%), rotavírus oral (16,97%), febre amarela (16,86%), poliomielite (16,70%), dupla Dt (16,43%) e hepatite B (16,33%) em uma proporção considerável das UBS.

Os testes rápidos nunca estavam disponíveis para testagem de sífilis (92,86%), gravidez (86,25%), HIV (94,68%) e plasmódio (96,40%) em quase a totalidade das UBS do Maranhão, sem diferenças entre as equipes que aderiram ou não ao PMAQ-AB (Tabela 5).

Tabela 5. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 2 - Recursos (Medicamentos; Imunobiológicos e Testagem), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

RECURSOS	ADESÃO AO PMAQ-AB		P-VALOR ¹
	SIM	NÃO	

	n(%)	n(%)	
MEDICAMENTOS			
Antiparasitários			0,609
Sim	91(8,02)	1044(91,98)	
Não	0(0,00)	3(100,00)	
Antianêmicos /polivitamínicos/sais minerais			*
Sim	102(7,35)	1285(92,65)	
Não	0(0,00)	0(0,00)	
Antiasmáticos			0,763
Sim	92(8,33)	1013(91,67)	
Não	0(0,00)	1(100,00)	
Contraceptivos hormonais			*
Sim	94(7,65)	1135(92,35)	
Não	0(0,00)	0(0,00)	
Anti-hipertensivos/cardiovascular			*
Sim	104(7,34)	1312(92,66)	
Não	0(0,00)	0(0,00)	
Antidiabéticos			0,683
Sim	99(7,70)	1187(92,30)	
Não	0(0,00)	2(100,00)	
Antibacterianos			*
Sim	103(8,13)	1164(91,87)	
Não	0(0,00)	0(0,00)	
Analgésicos/ antipiréticos			0,768
Sim	84(8,04)	961(91,96)	
Não	0(0,00)	1(100,00)	
Tratamento/prevenção osteoporose			0,674
Sim	14(15,05)	79(84,95)	
Não	0(0,00)	1(100,00)	
Antiácidos/antieméticos/antissecretores			0,039
Sim	90(8,68)	947(91,32)	
Não	1(50,00)	1(50,00)	
Psicotrópicos			*
Sim	87(6,61)	1230(93,39)	
Não	0(0,00)	0(0,00)	
Imunobiológicos			
Sempre disponível	7(7,61)	85(92,39)	0,024
Às vezes disponível	98(6,58)	1391(93,42)	

Nunca disponível	7(2,48)	275(97,52)	
Testagem (Teste rápido)			
Sífilis, gravidez, HIV e plasmódio			0,524
Sempre disponível	0(0,00)	15(100,00)	
Às vezes disponível	19(6,81)	260(93,19)	
Nunca disponível	93(5,93)	1476(94,07)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. Asterisco (*) indica a impossibilidade de teste estatístico (ausência de dois ou mais grupos).

¹Teste Qui-quadrado.

A disponibilidade de infraestrutura e ambiência é apresentada nas Tabelas 6 e 7. A maioria das UBS não apresentava planta física com os cômodos mínimos necessários para o atendimento ao usuário. Apenas os ambientes consultório clínico ($2,89 \pm 2,00$), sala de espera ($1,09 \pm 0,58$) e banheiro para profissionais ($1,70 \pm 1,61$) – nas UBS que aderiram ao PMAQ-AB – e consultório clínico ($1,79 \pm 2,00$), e banheiro para profissionais ($1,02 \pm 0,87$) – nas UBS que não aderiram ao PMAQ-AB - tinham média maior ou igual a um. Com exceção da sala de esterilização e de expurgo, os demais ambientes foram mais presentes nas UBS que aderiram ao programa. Nestas UBS, as condições de ambiência apresentaram-se em pior estado. Maior proporção de unidades com más condições de iluminação ($p=0,005$), acústica ($p=0,014$) e de privacidade ao usuário ($p=0,001$) foram registradas entre as UBS sem adesão ao PMAQ-AB. Falta d'água nas torneiras ($p=0,012$), mofo ($p=0,002$) e fios elétricos em más condições ($p=0,022$) foram mais prevalentes nas UBS que não aderiram ao programa. Mas a presença de tubulação elétrica exposta foi mais observada entre as que aderiram ($p=0,001$) - (Tabela 6).

Tabela 6. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 3 – Infraestrutura/ Ambiência (Planta física; Ambiência e Condições estruturais), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

INFRAESTRUTURA/AMBIÊNCIA	ADESÃO AO PMAQ-AB				P-VALOR
	SIM		NÃO		
	n(%)	x(dp)	n(%)	x(dp)	
Planta física					
Consultório clínico		2,89(2,00)		1,79(1,08)	<0,001 ¹
Consultório odontológico		0,93(0,32)		0,54(0,53)	<0,001 ¹
Recepção		0,94(0,42)		0,79(0,42)	<0,001 ¹
Farmácia		0,72(0,49)		0,51(0,50)	<0,001 ¹

Banheiro p/funcionário	1,70(1,61)	1,02(0,87)	<0,001 ¹
Banheiro masculino	0,70(0,80)	0,48(0,60)	0,001 ¹
Banheiro feminino	0,85(0,86)	0,49(0,61)	<0,001 ¹
Banheiro adaptado p/deficiente	0,28(0,83)	0,10(0,38)	0,003 ¹
Sala de espera	1,09(0,58)	0,86(0,43)	<0,001 ¹
Sala de observação	0,18(0,51)	0,09(0,33)	0,020 ¹
Sala de acolhimento	0,11(0,32)	0,06(0,23)	0,009 ¹
Sala de reunião/ Ativ. Educativa	0,20(0,44)	0,09(0,29)	0,002 ¹
Sala de procedimento	0,41(0,49)	0,30(0,46)	0,017 ¹
Sala de curativo	0,64(0,48)	0,50(0,50)	0,003 ¹
Sala de nebulização	0,14(0,35)	0,10(0,30)	0,160 ¹
Sala de vacina	0,88(0,32)	0,50(0,50)	<0,001 ¹
Sala de esterilização	0,20(0,40)	0,10(0,31)	0,003 ¹
Sala de expurgo	0,09(0,29)	0,06(0,25)	0,321 ¹
Ambiência			
Boa circulação de ar			0,066 ²
Não	71(6,93)	954(93,07)	
Sim	41(4,89)	797(95,11)	
Bem iluminados			0,005 ²
Não	92(7,02)	1219(92,98)	
Sim	20(3,62)	532(96,38)	
Pisos, paredes e tetos laváveis			0,151 ²
Não	41(7,21)	528(92,79)	
Sim	71(5,49)	1223(94,51)	
Boa acústica			0,014 ²
Não	42(8,22)	469(91,78)	
Sim	70(5,18)	1282(94,82)	
Privacidade ao usuário			0,001 ²
Não	98(7,11)	1280(92,89)	
Sim	14(2,89)	471(97,11)	
Condições Estruturais Sanitárias/ hidráulicas			
Cheiro de esgoto			0,222 ²
Sim	10(8,62)	106(91,38)	
Não	102(5,84)	1645(94,16)	
Vasos sanitários entupidos			0,753 ²

Sim	5(5,26)	90(94,74)	
Não	107(6,05)	1661(93,95)	
Vasos sanitários interditados			0,182 ²
Sim	13(4,33)	287(95,67)	
Não	99(6,33)	1464(93,67)	
Torneiras pingando			0,095 ²
Sim	6(3,24)	179(96,76)	
Não	106(6,32)	1572(93,68)	
Vasos sanitários c/ vazamento			0,144 ²
Sim	6(3,49)	166(96,51)	
Não	106(6,27)	1585(93,73)	
Possui torneiras s/ sair água			0,012²
Sim	10(3,03)	320(96,97)	
Não	102(6,65)	1431(93,35)	
Possui mofo			0,002²
Sim	10(2,64)	369(97,36)	
Não	102(6,87)	1382(93,13)	
Condições elétricas			
Fios em más condições			0,022²
Sim	14(3,57)	378(96,43)	
Não	98(6,66)	1373(93,34)	
Tubulação exposta			0,001²
Sim	23(11,33)	180(88,67)	
Não	89(5,36)	1571(94,64)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. x: média. dp: desvio-padrão.

¹Teste de Mann-Whitney. ²Teste Qui-quadrado.

A sinalização externa com totem foi verificada em apenas 33 (1,77%) UBS, especialmente naquelas que aderiram ao PMAQ-AB ($p < 0,001$). Outras formas de sinalização das unidades foram registradas, com diferenças entre as unidades. As que aderiram estavam melhor sinalizadas ($p = 0,042$). A sinalização das ações e serviços da UBS (interna) e dos recursos humanos também foi melhor nas unidades que aderiram ao PMAQ-AB ($p < 0,001$). De modo semelhante, dos oito itens referentes à acessibilidade da área externa à UBS e oito da interna, apenas a presença de tapete ($p = 0,984$) e piso liso ($p = 0,440$) – externa – e banheiro adaptado para pessoas com necessidades especiais ($p = 0,751$) – interna – não mostraram diferença entre os grupos. Os demais foram melhores avaliados entre as UBS que aderiram ao PMAQ-AB (Tabela 7).

Tabela 7. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 3 – Infraestrutura/ Ambiente (Sinalização e Acessibilidade), segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

ESTRUTURA/AMBIÊNCIA	ADESÃO AO PMAQ-AB		P-VALOR ¹
	SIM	NÃO	
	n(%)	n(%)	
Sinalização			
Externa			
Totem			<0,001
Sim	7(21,21)	26(78,79)	
Não	105(5,74)	1725(94,26)	
Placas			0,272
Sim	20(7,49)	247(92,51)	
Não	92(5,76)	1504(94,24)	
Outras sinalizações			0,042
Sim	73(6,54)	1043(93,46)	
Não	19(3,96)	461(96,04)	
Interna (ações e serviços)			
Sim	31(62,00)	19(38,00)	<0,001
Não	81(4,47)	1731(95,53)	
Horário de funcionamento			
Sim	76(7,86)	891(92,14)	0,001
Não	36(4,02)	859(95,98)	
Lista de ações/serviços			
Sim	91(10,03)	816(89,97)	<0,001
Não	21(2,20)	934(97,80)	
Escala dos profissionais			
Sim	77(10,75)	639(89,25)	<0,001
Não	35(3,05)	1111(96,95)	
Telefone da Ouvidoria			
Sim	50(18,80)	216(81,20)	<0,001
Não	62(3,88)	1534(96,12)	
De recursos humanos			
Uso de uniforme			
Sim	43(12,01)	315(87,99)	<0,001
Não	69(4,58)	1436(95,42)	
Uso de crachá			
			<0,001

Sim	31(36,05)	55(63,95)	
Não	81(4,56)	1696(95,44)	
Acessibilidade			
Externa			
Possui calçada			0,006
Sim	33(9,12)	329(90,88)	
Não	79(5,26)	1422(94,74)	
Possui tapete			0,984
Sim	14(5,98)	220(94,02)	
Não	98(6,02)	1531(93,98)	
Piso antiderrapante			0,012
Sim	28(9,12)	279(90,88)	
Não	84(5,40)	1472(94,60)	
Possui piso regular			0,003
Sim	66(7,80)	780(92,20)	
Não	46(4,52)	971(95,48)	
Possui piso liso			0,440
Sim	45(6,57)	640(93,43)	
Não	67(5,69)	1111(94,31)	
Rampa de acesso			<0,001
Sim	56(9,38)	541(90,62)	
Não	56(4,42)	1210(95,58)	
Possui corrimão			<0,001
Sim	10(16,67)	50(83,33)	
Não	102(5,66)	1701(94,34)	
Porta e corredor adaptados			<0,001
Sim	45(10,54)	382(89,46)	
Não	67(4,67)	1369(95,33)	
Interna			
Banheiros adaptados			0,751
Sim	7(6,73)	97(93,27)	
Não	105(5,97)	1654(94,03)	
Barras de apoio			0,007
Sim	13(12,04)	95(87,96)	
Não	99(5,64)	1656(94,36)	
Corrimão			0,036
Sim	6(13,33)	39(86,67)	

Não	106(5,83)	1712(94,17)	
Corredores adaptados			0,001
Sim	26(10,97)	211(89,03)	
Não	86(5,29)	1540(94,71)	
Portas adaptadas			0,002
Sim	27(10,15)	239(89,85)	
Não	85(5,32)	1512(94,68)	
Espaço para cadeira de rodas			<0,001
Sim	32(11,55)	245(88,45)	
Não	80(5,04)	1506(94,96)	
Bebedouros adaptados			<0,001
Sim	21(21,65)	76(78,35)	
Não	91(5,15)	1675(94,85)	
Cadeira de rodas disponível			<0,001
Sim	25(14,37)	149(85,63)	
Não	87(5,15)	1602(94,85)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS.

¹Teste Qui-quadrado.

Vinte (1,07%) UBS no Estado referiram alguma prática ligada ao Telessaúde, nenhuma delas havia aderido ao PMAQ-AB. A média de consultórios conectados à internet foi menor que um por UBS, sem diferenças entre os grupos ($p=0,928$). Apenas 74 (3,97%) UBS referiram alguma prática integrativa/complementar, especialmente acupuntura ($n=71$; 3,82%). Tais práticas foram registradas especialmente nas unidades que aderiram ao PMAQ-AB ($p=0,023$). Já o uso de plantas medicinal ou fitoterápico não diferiu entre as unidades ($p=0,130$) – (Tabela 8).

Tabela 8. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Componente 4 – Elementos Estratégicos, segundo adesão ao PMAQ. Maranhão, 2012.

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS	ADESÃO AO PMAQ-AB				P-VALOR
	SIM		NÃO		
	n(%)	x(dp)	n(%)	x(dp)	
Telessaúde					
Possui atividades ligadas ao Telessaúde					0,255 ¹
Sim	0(0,00)		20(100,00)		

Não	112(6,08)	1730(93,92)	
Nº de consultórios com computador conectado à internet		0,24(0,49)	0,27(0,67) 0,928 ²
Práticas integrativas ou complementares			
Município disponibiliza prática alternativa ou complementar?			0,023¹
Sim	9(12,16)	65(87,84)	
Não	103(5,76)	1686(94,24)	
Fitoterápicos			
Município disponibiliza plantas medicinais ?			0,130 ¹
Sim	3(13,64)	19(86,36)	
Não	109(5,92)	1731(94,08)	

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. x: média. dp: desvio-padrão.

¹Teste Qui-quadrado. ²Teste Mann-Whitney.

6 DISCUSSÃO

O recorte estrutural da pesquisa possibilitou analisar aspectos relacionados aos componentes organizacionais, recursos, infraestrutura e elementos estratégicos, focando nas diferenças entre as equipes que aderiram ou não ao PMAQ-AB no 1º ciclo do Programa. Para melhor compreensão dos resultados, a discussão será feita segundo o componente avaliado.

6.1 Componente Organizacional

Na categoria **tipo de equipe** o estudo mostrou que a maioria das equipes das UBS no Maranhão é do tipo ESF com ($x=0,77$; $dp=0,74$) e sem ($x=0,48$; $dp=0,66$) saúde bucal. Este achado está em consonância com os dados do Ministério da Saúde, que apontam que o Maranhão possui cobertura da ESF próxima a 80% (MS/SAS/DAB, 2013). Segundo dados do CNES a maioria das equipes é do tipo ESF com ($x=0,76$; $dp=0,59$) e sem ($x=0,33$; $dp=0,53$) saúde bucal, valores bem próximos aos identificados pelo PMAQ-AB (MS/SAS/DAB, 2013). Deve-se considerar, porém, que estes dados nem sempre são atualizados adequadamente. De qualquer forma, há evidências de que a implantação e implementação inicial da ESF foi mais rápida e alcançou maior cobertura na região Nordeste e em municípios menores (GIOVANELLA e cols., 2010; PORTELA e RIBEIRO, 2011), evidenciando o caráter substitutivo da estratégia na AB (SILVA e cols., 2002).

Evidenciou-se ainda que as UBS que aderiram ao PMAQ-AB possuíam maior média de ESF c/ SB e de equipes parametrizadas, dado que pode ser explicado na implantação do PMAQ-AB, segundo Portaria 1.089, de 28 de maio de 2012, que define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, no seu parágrafo único. A adesão em concomitância das duas modalidades da ESF c/ SB na primeira fase do programa pelo município propiciava mais vantagens no incentivo financeiro inicial ao município. Já a portaria N°576 de 19 de setembro de 2011, estabelece regras para as equipes parametrizadas que aderiram ao PMAQ-AB, condicionadas ao cadastro no CNES, podendo justificar os achados favoráveis a esse tipo de equipe nos municípios maranhenses.

Na categoria **horário de funcionamento**, verificou-se que as equipes trabalham em média cinco dias da semana, principalmente em dois turnos, sem diferenças significativas entre as que aderiram e não aderiram ao PMAQ-AB. Por outro lado, as equipes que aderiram ao

programa apresentaram menor proporção de funcionamento nos finais de semana, mas maior proporção de funcionamento no horário do almoço. A portaria N°576 de 19 de setembro de 2011 estabelece normas mínimas de adequação de carga horária semanal para os profissionais das equipes aderidas ao PMAQ-AB. No entanto, há grande déficit de profissionais de saúde no Estado, especialmente médicos. Isso contribui para o não cumprimento da carga-horária mínima.

Quanto à disponibilidade de veículos, as unidades que aderiram ao programa apresentavam menor disponibilidade de veículos. Provavelmente este dado se justifica pela grande número de procedimentos fora da UBS que as equipes que aderiram ao PMAQ-AB devem cumprir como prioridades, elencados no Manual Instrutivo do AMQ. Contudo, a disponibilidade de veículos possibilita as visitas domiciliares, principalmente em áreas rurais e de difícil acesso, dificultando que estas equipes exerçam a coordenação do cuidado (STANG e cols., 2010).

Segundo a Portaria N°2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS, são especificidades da equipe de saúde da família e itens necessários à ESF: existência de equipe multiprofissional; cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF e carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais. Esta prerrogativa reforça a necessidade de cumprimento dos dois turnos, tanto nas unidades que aderiram como nas que não aderiram ao programa.

6.2 Componente Recursos

Registrou-se déficit nos recursos humanos, em ambas as equipes mínima e ampliada. Apenas enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS apresentaram média de, pelo menos, um profissional por UBS, tanto para as UBS que aderiram e as que não aderiram ao Programa, confirmando a carência de recursos humanos da saúde no Estado.

Segundo o Ministério da Saúde, o esforço coletivo, ou seja, o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, técnicos e pesquisadores) é imprescindível para que a avaliação se torne orgânica aos processos de trabalho a ponto de influenciar o comportamento dos envolvidos no SUS (BRASIL, 2006). Não possuir alguns profissionais nas equipes nas unidades de saúde pode ser um indicador, de um descompasso entre a política oficial do SUS e a gestão do processo de trabalho local, o que é desfavorecido pela alta rotatividade de gestores e profissionais de saúde.

Estudo analisando o processo de trabalho de implantação e o gerenciamento da ESF no Maranhão com observação sistemática em campo identificou o não cumprimento de carga horária por parte da maioria dos profissionais das equipes e a alta rotatividade do profissional médico. Questões complexas como o acúmulo de empregos, salários inadequados, dificuldade de continuidade da formação profissional podem estar influenciando a disponibilidade dos profissionais, principalmente médico nas unidades de saúde dos municípios maranhenses, especialmente no interior (COIMBRA, 2005).

Outro estudo referente à AB no Maranhão (LEONARDO e cols., 2013) identificou melhoria em alguns indicadores de atenção à saúde da criança no estado do Maranhão, possivelmente relacionada aos processos de implantação e aprimoramento da Estratégia Saúde da Família, determinantes do processo de consolidação do Sistema Público de Saúde no Brasil – evolução que pode parecer lenta aos olhos das pesquisas, mas que tem a dimensão necessária para configurar-se na maior política de inclusão social do país.

Segundo BRASIL (2006), o SUS se depara hoje com outro enorme problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais, como o setor saúde. Verifica-se nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização. O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade, forma de inserção e os vínculos de trabalho, a forma de remuneração e o modo de trabalhar, configuram-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis para se trabalhar (NOGUEIRA, 2003).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em pesquisa recente, alerta para a estrutura organizacional precária da área de recursos humanos na saúde. A relação médico por habitantes é um exemplo desta problemática: no Brasil, há um médico para 594 habitantes; na Região Norte, 1/1.190; no Nordeste, 1/1.027; no Sudeste, 1/132; no Sul, 1/597; e no Centro-Oeste, 1/510. Estima-se em 1,5 mil o número de municípios que não têm médicos trabalhando e residindo neles, levando os gestores a contratações compartilhadas (um mesmo profissional atua em dois ou três municípios vizinhos), ou deixando a população sem acesso a estes serviços.

De acordo com o manual do PMAQ-AB “...um dos desafios a serem superados é justamente a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe” (BRASIL, 2012a).

Estudo realizado em Maceió, capital do Estado com menor Índice de Desenvolvimento

Humano (IDH) do Brasil, seguido pelo Maranhão, revela que as condições de trabalho em saúde são precárias. Os autores destacam a sobrecarga de trabalho e funções devido à elevada demanda, a fragilidade da organização política dos trabalhadores e as práticas de gestão não participativas como alguns dos motivos para os problemas estruturais da AB no Estado (CAVALCANTE e LIMA, 2013).

Particularmente no Maranhão, a relação médico por habitantes é uma das piores do Brasil. Dados de 2013 do Conselho Federal de Medicina revelam que atualmente no Maranhão existem 4.750 médicos no Estado e 0,71 % a razão de médico registrado (CFM)/1.000 habitantes ou seja existe menos de um médico para cada mil habitantes. No sentido de reduzir este déficit, o Ministério da Saúde lançou os programas PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Portaria nº 2.087 de 21 de setembro de 2011, com base na Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011) e Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013), através dos quais estimula a fixação destes profissionais em locais estratégicos do país. No Maranhão já foram contratados 440 médicos, principalmente oriundos de Cuba e 134 do PROVAB no ano de 2013 (UNA/SUS/UFMA, 2014).

Há também deficiência de equipamentos de uso geral e odontológico. Apenas 10 dos 29 equipamentos avaliados apresentavam média maior ou igual a um por UBS. A maior disponibilidade de equipamentos de uso geral foi observada entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Apenas os equipamentos “mesa para exame clínico” e “termômetro clínico” apresentaram média de 1 ou mais unidades por UBS nas equipes que não aderiram ao Programa. Isso pode mostrar estrutura para a execução dos procedimentos da AB. Equipamentos como “geladeira” e “ar condicionado” exclusivos para sala de vacina, “termômetro de máxima e mínima” estavam presentes em quantidade inferior ao recomendado. De acordo com a Política Nacional de Imunização (PNI), as salas destinadas à rede de frio devem ser climatizadas para melhor conservação dos imunobiológicos (ROCHA e col., 2007). Estudo realizado em municípios com casos de raiva humana no Maranhão evidenciou uma série de problemas na rede de frios destas localidades (SARAIVA, 2011).

A deficiência de equipamentos foi maior para aqueles direcionados às crianças quando comparadas aos adultos. Este e outros problemas estruturais deviam ser ainda maiores, uma vez que as equipes que aderiram ao PMAQ-AB receberam incentivos no momento da adesão para investimento em equipamentos e estrutura. Por meio da Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012, firmaram-se compromissos pela gestão e pactuaram-se metas nas equipes de ESF.

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades,

providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento (PNAB, 2011). Considerando a complexidade dos problemas que demandam a rede de AB e a necessidade contínua de formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações, incluindo as condições da estrutura.

Para as equipes de saúde bucal maranhense a disponibilidade de equipamentos odontológicos também foi maior nas que aderiram ao programa. Para funcionar em condições mínimas de adequação, as equipes de saúde bucal necessitam dos seguintes equipamentos: cadeira odontológica, mocho, unidade auxiliar, equipo com pontas, compressor, refletor, autoclave (ou estufa), fotopolimerizador e amalgamador. Porém, apesar de a maioria das equipes de AB no Maranhão serem do tipo ESF com saúde bucal, apenas 210 equipes (11,18% do total) tinham todos os nove equipamentos em boas condições de funcionamento. Assim, embora a estrutura dos serviços de saúde não seja a única condição que impacte na saúde das populações (BRASIL 2004), este é considerado um item mínimo e essencial para a adequação dos processos de trabalho.

Um estudo de caráter descritivo-qualitativo com objetivo de analisar como enfermeiros que atuavam em UBS tradicionais do município de Cuiabá, Mato Grosso, concluiu que a infraestrutura da unidade tem influência nas práticas dos enfermeiros das equipes de saúde. A deficiência na estrutura física dificulta a realização de ações com a necessária resolubilidade e impede o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados. O estudo evidencia a necessidade de adequação da estrutura física e de melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos importantes para uma assistência de qualidade à saúde da população (PEDROSA e cols., 2011).

Estes achados podem contribuir para o quadro de más condições de saúde bucal verificado no Maranhão, comparado a Estados das regiões Sul e Sudeste, conforme dados dos últimos levantamentos epidemiológicos realizados no país (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Estudo sobre as condições de trabalho das equipes de saúde bucal no programa Saúde da Família apontam dificuldades e aspectos que impedem a operacionalização nas ESB, como espaço físico inadequado, falta de manutenção dos equipamentos, desarticulação da referência e contrarreferência, grande demanda reprimida de pacientes advinda de mais de uma ESF, o que aumenta o desgaste de equipamentos e o consumo de materiais odontológicos (ROCHA e ARAUJO, 2009).

A Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das

três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto/implementação dos objetivos definidos na referida política. Nesta mesma perspectiva e em decorrência da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) centrada na promoção e na vigilância em saúde bucal, demanda-se o aprimoramento e investimento em estratégias avaliativas que suportem a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde bucal.

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos - ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Observa-se ainda que os usuários têm recorrido aos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) para realização de procedimentos da AB (GOES e cols., 2012). Estes CEO têm, em geral, melhor estrutura que as UBS.

Para assegurar condições de trabalho em plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária e a PNAB.

Na categoria material de consumo, dos 21 itens de uso geral avaliados, 19 estavam disponíveis entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Apenas “equipo de soro macrogotas e microgotas” e “frasco plástico com tampa” apresentaram disponibilidade semelhante entre os dois grupos.

Chama atenção à baixa disponibilidade de “lâmina para malária” e “equipo de soro macrogotas e microgotas” em ambos os grupos. O primeiro nunca estava disponível em 68,75% das equipes que aderiram e em 78,01% das demais. Isso pode ser atribuído a não incorporação do teste de malária de forma rotineira nas UBS do Maranhão. Porém, já são observadas diferenças com a implantação do PMAQ-AB, tendo em vista que a intensificação desse teste foi potencializada pelas equipes que aderiram ao Programa. Já o “equipo de soro macrogotas e microgotas” nunca estava disponível em 28,39% das equipes que aderiram e em 33,98% das demais, o que pode ser justificado pelos frequentes encaminhamentos aos prontos socorros pela ESF nos casos que necessitem de observação ou internação, reduzindo significativamente o consumo desse material na UBS e conseqüentemente resultando em menor disponibilidade.

Estudo sobre o papel da saúde da família na atenção às urgências esclarece as dificuldades no primeiro atendimento nesse nível de atenção. (LUMER e RODRIGUES, 2011).

De modo semelhante, todos os seis itens de consumo de uso odontológico avaliados apresentaram maior disponibilidade entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Amálgama (473 equipes - 25,62%), selantes (486 equipes - 26,33%), cimentos diversos (638 equipes - 34,56%) e resinas (699 equipes - 37,87%) foram os insumos com menor percentual de disponibilidade nas UBS. Isso implica em prejuízo à execução de procedimentos restauradores e preventivos, corroborando os achados dos levantamentos nacionais de cárie dentária, onde o componente cariado ainda é maior do que o restaurado, demonstrando déficit de tratamento odontológico diante da necessidade (BRASIL, 2004, BRASIL, 2012).

Na categoria material impresso, a disponibilidade de impressos foi melhor entre as equipes que aderiram ao PMAQ-AB ($p < 0,001$). Apenas a caderneta do adolescente teve distribuição semelhante entre os grupos.

A administração de controle de impressos sempre foi um desafio perseguido pelos gestores municipais. A burocracia administrativa somada à ausência de um planejamento eficaz compromete a distribuição equânime entre as diversas redes de atenção a saúde.

É prática institucionalizada em nossos municípios priorizar demandas por necessidade e urgências iminentes o que pode justificar maior disponibilidade de impressos nas equipes que aderiram ao PMAQ-AB, visto que os indicadores que norteiam o monitoramento e as ações do programa nas UBS elencam uma infinidade de metas a serem atingidas dentre os programas ministeriais implantados na unidade. No entanto, a Caderneta do adolescente, a Caderneta de saúde da pessoa idosa, a Ficha B-TB, a Ficha B-Hans e a Ficha C foram os impressos menos disponíveis nas UBS. Justifica-se a baixa disponibilidade da Caderneta de saúde do adolescente – nunca disponível em 77,68% das equipes que aderiram e em 78,64% das demais – pela sua recente implantação. Somente no ano de 2009 pela Portaria nº 3.147, de 17 de dezembro de 2009 foi padronizado o acompanhamento do adolescente por meio deste impresso.

Estudo sobre as práticas do enfermeiro em UBS de Porto Alegre destaca que a disponibilidade de insumos ocorre de acordo com o planejamento/realização de ações na unidade. No entanto, alguns enfermeiros admitem fazer pequenos estoques, enquanto outros preferem, em caso de falta de material e insumos, lançar mão de remanejamento e empréstimo de outras unidades. Tal atitude é justificada pelo fato de, eventualmente, ocorrer racionamento no abastecimento das UBS, sendo esta uma forma de evitar a

interrupção da assistência, que desqualifica o serviço, uma vez que as ações do enfermeiro requerem a disponibilidade permanente de materiais suficientes para o desenvolvimento das ações propostas pela PNAB (BRASIL, 2012a).

Verificou-se ampla disponibilidade de medicamentos nas UBS. Nesta pesquisa, os medicamentos foram agrupados em 11 classes farmacológicas. Nem todos os medicamentos da farmácia básica estavam disponíveis, mas ao serem agrupados por classe, havia pelo menos uma opção de medicamentos por classe farmacológica na maioria das unidades avaliadas. Todas as UBS que aderiram ao PMAQ-AB tinham algum medicamento de cada classe.

Foi possível avaliar a presença do item na farmácia, bem como se havia em quantidade suficiente. Todavia, limitou-se à análise quantitativa destes indicadores e o conjunto de medicamentos pesquisado restringiu-se àqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde na AB. Assim, seria esperada que a disponibilidade para as equipes fosse bastante elevada.

A Portaria nº 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). A Política de Assistência Farmacêutica e a vasta variedade de medicamentos garantidos na RENAME e/ou a Relação Municipal de Medicamentos (REMUNE), somado à facilidade de aquisição pode explicar a ampla disponibilidade de medicamentos nas UBS dos municípios do Maranhão.

Estudo descrevendo a evolução do financiamento da assistência farmacêutica no SUS conclui que houve ampliação do financiamento de medicamentos. Os autores identificaram aumento dos valores alocados para aquisição de medicamentos, para o Programa Farmácia Popular e para estruturação de serviços farmacêuticos públicos. Os valores referentes ao financiamento da União foram obtidos do sistema Siga Brasil e dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (VIEIRA e ZUCCHI, 2013).

Na categoria dos imunobiológicos, constatou-se que todos os 13 imunobiológicos que compõem o calendário básico preconizado pela PNI estavam disponíveis em apenas 92 (4,9%) UBS maranhenses. Isso indica planejamento ineficiente de distribuição e/ou armazenamento desses imunobiológicos para rede assistencial. A disponibilidade foi maior entre as unidades que aderiram ao PMAQ-AB.

O processo de reposição de imunobiológicos nas UBS obedece a uma rotina

estabelecida pelo PNI. A disponibilização dos imunobiológicos é resultante de compromissos firmados nas três esferas de governo. No entanto, seguindo um armazenamento e distribuição hierárquica até o nível municipal esse processo traz consigo a necessidade de garantir a qualidade dos imunobiológicos no nível local. Para tanto, são necessários recursos como refrigeradores, termômetros específicos, ambiente com ar condicionado, condições elétricas e hidráulicas adequadas como também constante manutenção. É preciso identificar quais aspectos da rede de atenção à saúde estão falhando no PNI.

Os imunobiológicos produzidos no nível nacional (CENADI) são distribuídos para os Estados de acordo com o controle de movimentação de estoque. Estes insumos são recebidos até dia 10 de cada mês e a seguir são enviados por via aérea ou terrestre (caminhões frigoríficos), em caixas térmicas devidamente preparadas, para os municípios de sua área de abrangência. O armazenamento e distribuição para as UBS dependerão da existência de equipamentos para a conservação dos imunobiológicos em temperaturas de +2°C (geladeiras) ou de -20°C (freezers), conforme a temperatura recomendada para cada vacina (BRASIL, 2006).

Para o planejamento das necessidades de instalações, equipamentos, materiais de consumo e transporte, a análise da situação baseia-se em inventário sobre a disponibilidade e condições de uso. Para a vacinação é importante incluir entre outras necessidades: congeladores; refrigeradores; termômetros; estufas; autoclaves; agulhas e seringas descartáveis; algodão; álcool a 70% para situações excepcionais; caixas térmicas grandes e pequenas; gelo reciclável; sacos plásticos; impressos (material de divulgação, formulários, folhas de registro, Cartão da Criança, Cartão do Adulto, Cartão da Gestante e Cartão de Controle, etc.); recipiente rígido para descarte de materiais perfura cortantes. Deve-se considerar ainda a necessidade de manutenção e recuperação dos equipamentos e instalações ou a previsão de local e de condições para estocagem e destino final do lixo da sala de vacinação, além de uma análise do processo de aquisição e suprimento de materiais, insumos e equipamentos, bem como o registro e controle (BRASIL, 2006).

No tocante ao transporte, deve-se levar em conta a disponibilidade de veículos (condições de uso e conservação, formas de utilização e gastos com combustível), a disponibilidade de motoristas e de serviços de manutenção mecânica. Devem-se identificar, também, outras formas de locomoção da equipe e de transporte dos imunobiológicos e de outros materiais, tais como coletivos e veículos de outras instituições

ou organizações da comunidade, analisando a viabilidade e o resultado dessa utilização (BRASIL 2001).

A pneumocócica 23-valente (polissacarídica) (77,23%) deve ser administrada em uma dose durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos de 60 anos e mais que vivem em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial (DATA/SUS/SI-PNI). Pode ter influenciado na baixa disponibilidade desta vacina.

Relacionado à indisponibilidade da vacina BCG-ID (33,3%), entretanto podemos considerar que tal fato não constitui barreira para o alcance da cobertura vacinal podendo ser justificado em função da BCG ser uma vacina que deve ser ministrada ao nascer e, portanto, as crianças recebem a mesma antes da alta, na maternidade de referência do município.

Na categoria testagem, verificou-se alta indisponibilidade dos testes rápidos nas UBS. Isso pode ser explicado pela ausência de rede laboratorial municipal, ficando os municípios reféns de serviços terceirizados, limitados na prestação eficaz de alguns testes e exames complementares realizados nos programas de responsabilidades da AB.

O apoio diagnóstico (exames complementares) e a referência para a atenção especializada são alguns dos maiores desafios a serem vencidos para a reorganização do SUS (BRASIL, 2005). É imprescindível a construção de redes assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e a continuidade da atenção, mediante a oferta organizada de serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2011).

Para desenvolver-se o elenco de programas prioritários na AB (Saúde da criança, Programa da mulher, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Saúde bucal), as equipes de saúde das UBS necessitam do suporte diagnóstico. Estudos realizados por Giovanela e Escorel (2009) e por Almeida e cols. (2010) evidenciaram que a realização de exames na própria unidade contribui para a resolubilidade e facilita a conformação da UBS como um serviço de procura regular. No entanto, a inexistência de coleta de material para exames na própria unidade dificulta o acesso a exames (ALMEIDA e cols., 2010).

Com base na PNAB, compete às secretarias municipais de saúde garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2012b). No Manual Instrutivo do PMQ, um dos itens de monitoramento dos centros de saúde diz respeito aos equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos (BRASIL, 2012a). Isso evidencia a

importância desse componente para a prestação do serviço.

6.3 Componente Infraestrutura/Ambiência

No que se refere ao aspecto normativo, a PNAB valoriza aspectos estruturais das unidades de saúde como itens necessários à realização das ações de APS. Destacam-se uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada UBS, além dos equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas às equipes multiprofissionais, garantindo os fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados.

Para que atinjam seus objetivos, as UBS devem ser construídas conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 da ANVISA (fevereiro/2002), que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e descreve como primeiro nível de atendimento os “Estabelecimentos de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde”. Outras diretrizes são apontadas na NBR 9050 da ABNT e RDC 508/ANVISA/2002.

Estes documentos oficiais apresentam a regulamentação técnica para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS. Além destes, a Portaria GM 648/2006 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a ESF (incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS) e especifica padrões de infraestrutura, recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações das equipes da ESF.

Os espaços sugeridos no Manual de Estrutura Física das UBS (BRASIL, 2008) devem ser adequados à realidade local, ao número de equipes, ao quantitativo da população atendida e sua especificidade e ao número de usuários esperado. É necessário também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem.

Na categoria planta física, a maioria das UBS maranhenses não apresentavam os cômodos mínimos necessários para o atendimento ao usuário. Apenas os ambientes “consultórios clínicos”, “sala de espera” e “banheiros para profissionais” nas UBS que aderiram; e “consultórios clínicos” e “banheiros para profissionais” tinham média maior ou igual a um cômodo por UBS. Com exceção da “sala de esterilização” e do “expurgo”, os demais ambientes foram mais presentes nas UBS que aderiram ao programa.

A inadequação da planta física foi identificada quase que na totalidade das UBS dos municípios maranhenses. Mesmo as unidades que haviam aderido ao programa apresentavam

planta física inadequada para o atendimento dos usuários. As deficiências na estrutura física e ambiência pouco acolhedora resultam de estruturas físicas (mal) adaptadas, que não contemplam espaços para o desenvolvimento das ações das equipes.

É de responsabilidade dos municípios garantir a estrutura física necessária para o funcionamento dos EAS, podendo contar com o apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Esse estudo mostra que, apesar dos incentivos financeiros firmados pelo PMAQ-AB, ainda encontra-se grande inadequação estrutural nas UBS dos municípios maranhenses, mesmo aqueles que aderiram ao programa.

A ESF obedece, portanto, à lógica das políticas focalizadoras, e não à lógica de universalidade do SUS. A inadequação da planta física, somada à falta de pessoal e material parecem indicar que a ESF não é valorizada pelo poder público municipal como uma estratégia para mudança, mas como um serviço de baixo custo, com a finalidade de se processar a assistência à saúde em locais onde há ausência de equipamentos instalados (MISHIMA, 2003).

Dado de estudo realizado em 2008 sobre gerenciamento da ESF e o processo de trabalho dos gestores e de gerentes municipais nas UBS do Maranhão corroboram com os resultados da presente pesquisa. Os autores fizeram entrevista com profissionais e gestores, evidenciando inúmeras deficiências nos três componentes de estrutura analisados – ambiente física, recursos material e pessoal (COIMBRA, 2005).

Nesse sentido, para que a ESF seja responsável pela mudança do modelo assistencial, devem ser identificadas “possibilidades de aperfeiçoamento e ou redefinição dessa estratégia de modo que possa efetivamente contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, cobertura, efetividade e humanização da prestação de ações e serviços” (TEIXEIRA, 2004).

A categoria ambiência apresentou pior resultado nas UBS que não aderiram ao PMAQ-AB, dentre os quais destacamos a iluminação, acústica e condições de privacidade ao usuário.

A ambiência de uma unidade de saúde significa o espaço físico (arquitetônico), o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. A ventilação adequada é imprescindível para se manter a

salubridade nos ambientes das unidades de saúde, recomendando-se que todos os locais disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar (BRASIL, 2008).

Estudo no município de Campina Grande, Paraíba, avaliou o desempenho da ESF mediante estudo transversal, utilizando indicadores de estrutura e processo. Na avaliação da estrutura, a ventilação e as condições da planta física foram os parâmetros com maior quantidade de avaliações inadequadas (92,3%), seguidos da dimensão (40%), ruído (30%) e iluminação (10%) (ROCHA e cols., 2012).

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço no sentido de configurar um ambiente confortável nas UBS. São exemplos: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação com o usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência (banheiro adaptado, barra de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão, bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura), entre outros. Os pisos das UBS devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. Ademais, os ambientes devem garantir privacidade ao usuário (BRASIL, 2008).

Na categoria sinalização, a presença de totem (sinalização externa) foi verificada em apenas 33 (1,77%) UBS, especialmente naquelas que aderiram ao PMAQ-AB. Outras formas de sinalização das unidades foram registradas, com diferenças entre os grupos. As que aderiram estavam melhor sinalizadas. A sinalização das ações e serviços da UBS (sinalização interna) e dos recursos humanos também foi melhor nas unidades que aderiram ao PMAQ-AB.

A adequação às recomendações do Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS, disponível na Portaria N° 2.838, de 01 de dezembro de 2011, ainda não pôde ser verificada neste primeiro ciclo do PMAQ-AB. Espera-se que o processo de avaliação externa e autoavaliação tenham fomentado um movimento nos gestores a fim de implantar melhorias na sinalização externa e interna nas UBS do Maranhão.

Pelo manual de estrutura física para UBS do Ministério da Saúde, fica evidente que nas UBS devem ser consideradas as sinalizações de ambientes, bem como as formas de comunicação e sinalização realizadas através de textos ou figuras (visual), caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) e recursos auditivos. Os espaços que não apresentam condições de acessibilidade devem possuir informação visual indicando a localização do

caminho mais próximo que atenda às condições estabelecidas na Norma Brasileira ABNT NBR 9050/2004 (BRASIL, 2008).

Dos oito itens referentes à acessibilidade da área externa à UBS e oito da interna, apenas a presença de tapete e piso liso (externa) e banheiro adaptado para pessoas com necessidades especiais (interna) não mostraram diferença entre os grupos. Os demais foram melhor avaliados entre as UBS que aderiram ao PMAQ-AB.

O mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física, seja ele portador de deficiência física ou idoso, demonstrou uma realidade alarmante, visto que a maioria das unidades pesquisadas apresentou inadequação estrutural. No caso das UBS, muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas aos portadores de deficiências, muitas vezes em decorrência da utilização de edificações adaptadas (VASCONCELOS, 2006).

Mesmo as construções mais recentes e projetadas para abrigar UBS são alvos de reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas. Dentre os itens mais críticos cabe destacar as calçadas, por não permitirem o deslocamento seguro dos portadores de deficiência visual, ausência de corrimão nas que possuíam escadas, bem como de cadeiras de roda e o acesso das mesmas às instalações sanitárias. É oportuno ressaltar que cerca de 15% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, mas nossa rede de atenção à saúde não está preparada para recebê-los (SIQUEIRA, 2006). Considerando ainda as mudanças na pirâmide demográfica brasileira, com aumento da população idosa (acima dos 60 anos) e da carga de doenças neste grupo etário, a garantia de boas condições de acesso é uma necessidade.

Estudo realizado nos centros de saúde de Montes Claros, MG, avaliou a estrutura física, observando divergências entre as normas preconizadas pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas do Ministério da Saúde e a realidade das unidades de saúde. Foram observados, entre outros achados, pisos irregulares, mal conservados, com obstáculos de toda ordem, o que dificulta, consideravelmente, o acesso de pessoas que tenham algum tipo de limitação motora e/ou sensorial (FREITAS e cols., 2006).

Estes mesmos autores mencionam que o acesso de pessoas com necessidades especiais às dependências das unidades está bastante prejudicado, pois as UBS não possuem estrutura adequada e completa que possibilita a todos os deficientes adentrarem nas unidades sem que isso seja um risco à sua integridade física ou, no mínimo, uma tarefa desconfortável. Faltam sinalizações para embarque e desembarque de passageiros, rampas nos passeios, áreas livres para o trânsito de cadeirantes, dentre outros. Nesse caso, há necessidade de rever e reestruturar

esses acessos (FREITAS e cols., 2006).

As salas de espera que são disponibilizadas pelas UBS para os usuários não contam com qualquer conforto ou assentos para suficientes para os que aguardam atendimento. É necessário corrigir as falhas nas UBS do Estado. Bebedouros com parte elétrica exposta, pisos com obstáculos, banheiros mal conservados e mal estruturados, salas de reuniões e palestras inadequadas, ausência de medidas informativas direcionadas à população daquelas UBS, estruturas mal sinalizadas ou sem sinalização. Tudo isso faz parte da realidade da atenção básica no Brasil, conforme (FREITAS e cols. 2006).

O estudo acima detalhado corrobora em riqueza de detalhe com os achados encontrados na infraestrutura e na ambiência das UBS nos municípios maranhenses.

6.4 Componente: Elementos Estratégicos

Apenas 20 (1,07%) UBS do Estado referiram alguma prática ligada à Telessaúde. Nenhuma delas havia aderido ao PMAQ-AB. Considerando que a implantação de núcleos de Telessaúde nos municípios maranhenses não está apenas vinculada aos espaços das UBS, é possível que haja consultas ao serviço fora do espaço físico da unidade, independente de sua adesão ao Programa.

O uso de equipamentos relacionados à tecnologia da informação parece estar ainda muito focado na coleta dos dados para alimentar os sistemas de informação do SUS. Mesmo as UBS que dispõem de consultórios conectados a internet, não utilizam esse sistema para realizar consultas ao núcleo no componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das UBS.

O Telessaúde objetiva ampliar a resolubilidade da AB e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Propõe desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de AB, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho das equipes. Objetiva melhorar a qualidade de serviços da saúde por meio da qualificação continuada dos profissionais das equipes de Saúde da Família; aumentar a facilidade de acesso a serviços especializados; promover inclusão digital das equipes de saúde da família, formar rede integrada para acompanhar os problemas de saúde; e reduzir o custo da saúde por meio da redução de deslocamento, ajudando na fixação dos médicos e demais profissionais de saúde nas

áreas mais remotas (Portaria nº 2.554, de 28 de Outubro de 2011). No entanto, a sua implantação é dependente de tecnologia, profissionais capacitados. E muitos dos municípios maranhenses não possuem a infraestrutura mínima necessária à sua adequada implantação (SOARES e cols., 2009).

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério de Telecomunicações e o de Ciência e Tecnologia, pretende melhorar estas condições estruturais em todo o território brasileiro (CONASS, 2006). No entanto, há questões ainda mais graves e urgentes a serem priorizadas.

Estudo realizado sobre a construção de ambiente virtual de aprendizagem para educação à distância também apontou que a falta de infraestrutura e limitações com o acesso a internet são algumas das principais dificuldades no Brasil (GROSSI e KOBAYASHI, 2013).

O uso de tecnologias de informação traz benefícios para além do Telessaúde. Estudo realizado por Almeida e cols. (2010) mostrou que cidades que implantaram sistemas informatizados de marcação de consultas e exames especializados na própria unidade facilitam a integração do sistema ao possibilitar a marcação de consultas *on line*. Isso permite dimensionar o tamanho das filas de espera, avaliar as especialidades com maior demanda e definir prioridades clínicas.

Dentre as práticas integrativas e complementares, apenas 74 (3,97%) UBS referiram alguma destas atividades, especialmente acupuntura (n=71; 3,82%). Tais práticas foram registradas nas unidades que aderiram ao PMAQ-AB.

A acupuntura é uma das práticas integrativas e complementares pertencentes à medicina tradicional chinesa. Ela consiste em um conjunto de técnicas terapêuticas que busca tratar o indivíduo como um todo, através da interação harmoniosa entre o homem e a natureza. Age na promoção, manutenção, recuperação da saúde e prevenção de doenças (FIROOZMAND, 2011).

No Brasil vem sendo exercida por profissionais de saúde, reconhecidos pelo Conselho Regional e Federal de cada profissão como: Fisioterapia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Biomedicina, entre outros (KUREBAYASHI, 2009).

O serviço de acupuntura tem grande importância no setor secundário e na AB, verificando-se diminuição dos custos hospitalares de internação e dos custos com medicação, principalmente em relação aos anti-inflamatórios, drogas mais prescritas no mercado. A acupuntura poderia trazer uma diminuição drástica nos custos dos tratamentos na APS. No entanto, a prática da acupuntura requer um rigoroso treinamento, disciplina, investimento

financeiro e boa capacidade de comunicação (FIROOZMAND, 2011).

O Ministério da Saúde publicou na Portaria nº 971, de maio de 2006, e no Decreto Presidencial 5.813, de 22 de junho de 2006, as diretrizes e responsabilidades para implantação e implementação das ações e serviços relativos às práticas integrativas e complementares em âmbito nacional. Busca-se incentivar as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios a readequarem seus planos, programas, projetos e atividades, tendo em vista a inclusão dessas práticas nos serviços oferecidos à população.

As portarias normatizam a atuação do setor público, o exercício por profissionais habilitados e entidades credenciadas em relação às práticas de Medicina Tradicional Chinesa. Mesmo com o incentivo ministerial, a prática ainda é muito incipiente e a disponibilidade de profissionais habilitados para exercer tal atividade ainda é pequena, principalmente na região nordeste (BARROS, 2006).

Não foram encontradas práticas relevantes na categoria de fitoterápicos no Maranhão. Estes resultados corroboram achados em outros Estados brasileiros, como do estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em Crato-CE, sobre o uso de fitoterápicos na atenção básica, e sua utilização. Os resultados dificuldades para a implantação de práticas fitoterápicas, como a não valorização por parte da gestão e do restante da equipe de saúde (SAMPAIO e cols., 2013). Demonstrando que a fitoterapia no serviço público é ainda incipiente (BRASIL, 2009).

6.5 Limites e pontos fortes do estudo

Neste estudo, avaliou-se apenas a estrutura. Não foram considerados o processo de trabalho, nem os resultados, a fim de completar a tríade donabediana (DONABEDIAN, 1980, DONABEDIAN, 2003). Embora o enfoque do resultado seja considerado a medida mais direta da qualidade da atenção, a avaliação de indicadores de resultado não permite inferências sobre a estrutura ou sobre os processos.

Alguns dados foram obtidos por entrevista e não por observação direta ou análise de documentos, a exemplo da carga-horária dos profissionais. Isso pode ter gerado viés de aferição, superestimando a carga de trabalho. Mesmo assim, foram identificadas diversas irregularidades neste quesito. Uma das mais comuns foram o compartilhamento dos profissionais, principalmente médicos e dentistas, por mais de uma equipe da ESF.

O uso de um instrumento avaliativo único em todo o território nacional, desde os

municípios mais ricos até aqueles com os piores indicadores socioeconômicos, ao tempo em que gera comparações entre desiguais, suscitando críticas, permite um movimento em busca de padrões mínimos de qualidade. Neste sentido, o PMAQ-AB é uma iniciativa ímpar de avaliação da AB no país.

Todo processo avaliativo da abrangência do PMAQ-AB está sujeito a erros. No entanto, acredita-se que a incorporação das Universidades e dos Institutos de Pesquisa públicos como coordenadores da avaliação externa tenha contribuído para reduzir erros de aferição. Investiu-se na seleção e capacitação dos avaliadores, enfatizando o papel da “neutralidade” e “imparcialidade” nas avaliações, deixando de fora as preferências político-partidárias locais. Outra grande vantagem deste programa diz respeito à avaliação *in loco*. Todas as UBS cadastradas no CNES foram visitadas, mesmo aquelas localizadas nas regiões mais longínquas e de difícil acesso. Isso permite visualizar a configuração das AB em todo o país.

A despeito dos problemas e dificuldades do PMAQ-AB, ressalta-se o seu caráter inovador, sua enorme abrangência, bem como seu potencial de indução de melhorias na estrutura, processo de trabalho, nas práticas de gestão da saúde, com repercussões no acesso e qualidade da AB. A experiência deste primeiro momento está servindo de base para um novo ciclo avaliativo do PMAQ-AB. Outros setores da saúde, como os Centros de Especialidade Odontológica, as Maternidades, os Hospitais de Pequeno Porte, já estão tomando providências no sentido de instituir o PMAQ à semelhança do que se faz na AB. Assim, uma das potencialidades do PMAQ-AB se refere à institucionalização dos processos avaliativos, como instrumentos de gestão no SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da estrutura das UBS, com e sem adesão ao PMAQ-AB, do Estado do Maranhão sugere a não adequação de uma série de elementos recomendados. O componente organizacional da estrutura parece estar adequado, no entanto, é recomendado o aumento da oferta de serviços em dias e horários alternativos. O componente recurso tem maiores deficiências nas categorias de recursos humanos, equipamentos, insumos odontológicos, imunobiológicos e testagem. Por outro lado, os materiais de consumo de uso geral, impressos e medicamentos parecem adequados na maioria das UBS. O componente infraestrutura/ambiência tem problemas em quase todas as categorias, exceto para as condições estruturais (sanitárias, hidráulicas e elétricas).

Os elementos estratégicos praticamente não existem nas UBS do Estado. A média de consultórios conectados à internet e a ausência de práticas ligadas ao telessaúde nas unidades que aderiram ao PMAQ-AB demonstram a fragilidade dos municípios maranhenses aos recursos tecnológicos, inviabilizando a educação à distância, a melhoria da ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e na qualidade do atendimento ao usuário.

Ressaltam-se ainda as deficiências que comprometem a biossegurança dos procedimentos, o acesso de pessoas com necessidades especiais e a ausência de estruturas que favorecem o desenvolvimento de intervenções coletivas, necessárias à mudança do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde.

As equipes que aderiram ao PMAQ-AB nos municípios maranhenses tiveram maior disponibilidade na maioria dos componentes analisados da estrutura das UBS, ressaltando a preocupação de gestores e equipes com a certificação, pressuposto estabelecido na quarta fase prevista pelo PMAQ-AB que visa a beneficiar as equipes que apresentaram melhor desempenho.

Há necessidade de repensar novos processos de monitoramento local que aprimorem e possam cada vez mais direcionar a busca pela qualidade, principalmente no tocante à estrutura, pois a inadequação de elementos básicos da estrutura das UBS no Maranhão pode influenciar os processos de trabalho e a qualidade da atenção básica.

Recomenda-se a implantação de políticas locais focadas nas necessidades e demandas da população assistida pelas unidades locais, melhoramento de infraestrutura, contratação de recursos humanos e planejamento na distribuição equitativa desses quatro componentes, tanto nas equipes que aderiram ao PMAQ-AB como naquelas que não aderiram. Ressaltam-se ainda

as deficiências que comprometem a biossegurança dos procedimentos, o acesso de pessoas com necessidades especiais e a ausência de estruturas que favorecem o desenvolvimento de intervenções coletivas, necessárias à mudança do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde.

É necessário, portanto, que todos esses desafios possam ser superados para que a qualidade tão perseguida na Atenção Básica possa ser alcançada. Programas como o PMAQ-AB são importantes para potencializar a difícil tarefa de avaliar serviços e aprimorá-los. Para tanto, é necessário o compromisso dos gestores do SUS nas três instâncias de reconhecerem suas responsabilidades administrativas na construção de uma atenção primária que contemple aos anseios da população.

A realização de avaliação da estrutura constitui instrumento importante na prática gerencial devendo ser estimulada e seus conhecimentos aplicados e discutidos. Tais aspectos poderão contribuir para aumentar o desempenho e o impacto nas ações da atenção básica na saúde da população. Espera-se, portanto, que a informação desta pesquisa possa contribuir de forma significativa para tomada de decisão nos diferentes níveis de gestão, embora o estudo tenha se limitado a análise dos componentes estruturais.

REFERÊNCIAS

ADAY L. A.; ANDERSEN R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.** 1974;9(3):208-20.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. In: **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: OPAS/MS, 2006. 215p.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H.; ESCOREL, S. Desafios á coordenação do cuidado em saúde. Estratégias de integração entre níveis assistenciais em grande centros urbanos. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** 2010.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Botucatu: Interface, 2005;9(16):39-52.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. **Am J Public. Health.** 2009, 99(1) 88-93.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, 2007; 12: 455-64.

AYRES JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva** 2004; 9:583-92.

BAICKER, K.; CHANDRA, A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries quality of care. *Health aff (Millwood)*, **Suppl Web Exclusives:** W 184-97, 2004.

BARON, G.; MONNIER, E. Uneapproch e pluralist et participative: co produirevaluation avec la sociétécivile. **Informaions Social és**, n.110:1-7,2003.

BARROS, N. F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde collectives.** Rio de Janeiro: v. 11, n. 3, p. 850-850. 2006.

BERRA, S; AUDISIO, Y; MÁNTARAS, J; NICORA, V; MAMONDI, V; STARFIELD, B. **Ponencia IX Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.** Buenos Aires, 2011.

BRASIL (2011 d). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Presidência da República. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta

a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.

_____ (2011c). 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.

_____ (2011e). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde).

_____ (2012a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2011. 55 p.

_____ (2012b). Ministério da Saúde. **Portaria 866, de 03 de maio de 2012**. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa.

_____ (2012c). Ministério da Saúde. **Portaria 1.089, de 28 de maio de 2012**. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

_____ (2013). Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.665, de 06 de novembro de 2013**. Habilita propostas a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componentes Construção, Ampliação e Reforma; incentivo para construção dos Polos da Academia da Saúde e Aquisição de Equipamento e Material Permanente para estabelecimentos de saúde.

_____, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS, Gestão Participativa**. Co-Gestão. Brasília, 2006.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)**. n.50: 21/02/2002.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília: CONASEMS, 2009.200 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS /**

Brasília: CONASS, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. ISI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **pni.datasus.gov.br**/.2014.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF; 2006.

_____. Ministério da Saúde. (2009b). **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_meninas.pdf> Acessado em> 02 Mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3. ed. Brasília; 2006 72p

_____. Ministério da Saúde. **Lei n° 12.871, de 22 de Outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento**: marco conceitual e estratégia metodológica. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Avaliação**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n° 2.087, de 01 de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 267/GM, de 06 de março de 2001**. Cria o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.377, de 13 de junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de

retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.084, de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da assistência farmacêutica na atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 out. 2005. Seção 1, p. 71. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2084.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554, de 28 de Outubro de 2011**. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.147, de 17 de dezembro de 2009**. Cria a Caderneta de Saúde do Adolescente e estabelece recursos financeiros a serem transferidos para os Fundos Estaduais de Saúde, para a sua implantação.

_____. 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).

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

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: MS; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. Ed. Revista e atualizada. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_integral.pdf> Acessado em: 02 Mar 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento e Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>
Acessado em: 12/Jan/2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização/Coordenação técnica**: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasil: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador**. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 26 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. Elaboração de Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. ed. Brasília: 2001 316 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS; 2011. p. 291.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).

Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=25&VMun=250400&VSubUni> Acesso em: 24 de Nov. 2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. **Número de equipes de Saúde da Família**. Acesso em: 22 jan 010.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. Hucitec, 2000. ISBN: 85-271-0531-4 Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAVALCANTE, M. V. S; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 235-256, jan./jun. 2013.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161- 77 set. 2004/fev. 2005. Censo. Acesso em: 22 jan 2010.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. 2009. 95f.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre.

COIMBRA, L. C. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em (des) construção?** 2005. 223f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Programa de Políticas Públicas, UFMA, São Luís-MA.

COIMBRA, V. C. C; OLIVEIRA, M. M.; KANTORSKI, L. P.; HECK, R. M.; JARDIM, V. M. R; CEOLIN, T. Avaliação da Estrutura - processo de acesso de usuários a uma Unidade de Saúde da Família. **R Pesq. Cuid Fundam** (Online). 2010;2(3):1095-1107.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev Gauch Enferm** [Internet]. 2006 ;27(4):548-56. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4640>> Acesso em: 19 Maio 2011.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública** 2002;18(Supl):191-202.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília: CONASS, 2004. 220 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.11(3) :705-712,2006

CONTANDRIOPOULOS A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. HARTZ, Z. A. M. (Org.). Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29-46

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência

de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1576.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2013.

COSTA, J. S. D.; BORBA, L. G.; PINHO, M. N.; CHATKIN, M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 24(7): 1699-1707. Rio de Janeiro: 2008.

DEMARZO, M. M. P.; OLIVEIRA, C.A.; GONÇALVES; D. A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família - UNA-SUS | UNIFESP**, 2008. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br>. Acessado em: 2 Mar. 2013.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. - São Paulo: Conselho **Regional de Medicina do Estado de São Paulo**: Conselho Federal de Medicina, 2013.

Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/article/viewArticle/96>> Acesso em: 23 de junho, 2010.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.

_____. The quality of care. How can it be assessed? **Arch Pathol Lab Med**. 1997 Nov; 121(11): 1145-1150.

_____. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003. The definition of quality: a conceptual exploration. In: The definition of quality and approaches to Its assessment. ANN ARBOR, M. **Health Administration Press**, 1980. p. 3-31. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1).

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2007.

FACCHINI L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil**: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciências Saúde Coletiva**. 2006;11(3):669-81.794.

_____; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. 2008;24(Suppl 1):S159-72.

FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev Bras. Saúde Materno Infantil**; 2004; 4: 317-21.

FIROOZMAND, L. T.; ROBLES, C. C. **Práticas Integrativas e Complementares com ênfase em acupuntura no âmbito da atenção básica: SUS**. São José dos Campos: 2011. 11p.

FORREST, C. B.; STARFIELD, B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. **Am J Public Health**. 1998; 88(9):1330-1336.

FRIEDRICH, D. B. C; PIERANTONI, C. R. **O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora**. Physis. 2006;16(1):83-97.

FURTADO, J. P. Avaliação para conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação Qualitativa de programas de Saúde**. Enfoques Emergentes. Editora Voz, pp.191 – 306, 2006.

GALOBARDES, B.; SHAW, M.; LAWLOR, D. A.; LYNCH, J. W.; DAVEY, S. G. Indicators of socioeconomic position (part 1). **J Epidemiol Community Health**. 2006; 60(1):7-12. DOI: 10.1136/jech.2004.023531.

GIOVANELLA, L. A. Atenção primária à saúde nos países da União Europeia: Configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**. 2006.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, M. M. H. **Estudos de caso sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. **Saúde em Debate**, 34(85):248-64, 2010.

GOES, P. S. A. et al. Avaliação da Atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos Centro de especialidades Odontológicas do Brasil. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro;28 Sup.:S81-S89,2012.

GROSSI, M. G.; KOBAYASHI, R. M. A construção de um ambiente virtual de aprendizagem para educação à distância: uma estratégia educativa em serviço. **Rev. Esc. Enferm.** Universidade de São Paulo, 2013; 47(3):756-60. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/> Acessado em: 12 jan. 2009.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, pp.21-49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation, pp.184-227, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e Padrões em Meta-Avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11(3):733-738, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; Silva L. M. V. **Avaliação em saúde: dos métodos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora

Fiocruz; 2005.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(4):809-19.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y; CASTRO, P. C; RIBEIRO, M. C. S. A.; FOSTER, A. C. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006 Jul-Set; 11(3): 683 - 703.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acessado em: 14 Mar 2013.

KUREBAYASHI, L.F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paul Enferm**. 2009; 22(2):210-12.

LUMER, S.; RODRIGUES, P. H. A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev APS**. 2011 jul/set; 14(3): 289-295.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; FATIMA, M. de.; SOUZA, M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol Community Health**, 60(1):13-9,2006.

MACINKO, J.; MONTENEGRO, H.; NEBOT, A. C.; ETIENNE, C. Y. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev. Panam Salud Publica**. 2007; 21(2/3):73-84.

MAO, J. J.; KAPUR, R. Acupuncture in primary care. **Prim Care**. 2010; 37 (1): 105-17.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicina**. Minas Gerais 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec: 2002. ISBN: 85-271-0580-2

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção à saúde da família** / Org. Marcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria Díandrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOURA, B. L. A; CUNHA, R. C.; FONSECA, A. C. F; AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; VILAS BÔAS, A. L. Q. et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras Saúde Mater Infant**. 2010; 10 (Supl. 1):S69-S81.

MOURA, B. L.A.; CUNHA, R. C.; FONSECA, A. C. F.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; VILAS BÔAS, A. L. Q. et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras Saúde Mater Infant**. 2010;10(Suppl 1):S69-S81.

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. MA.; SAUNDERS, C.; LEAL. M. C.; Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro. **Brasil. Rev. Bras Saúde Mater**.

Infant. 2010;10 (Suppl 1):S61-S68.

NUNES, Bruno Pereira. **Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas – RS.** Bruno Pereira Nunes; orientador Luiz Augusto Facchini. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2013.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude** 2011 Jan/Mar; 10(1):058-065 .

PERSPECTIVAS AVALIATIVAS PARA A SAÚDE BUCAL S11. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 28 Sup: S9-S19, 2012

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2006; 11(3): 657-67.

PINTO, H. A., KOERNER, R. S.; e SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica.** Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-emelhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> PNAD. Acesso em: 19 out 2011.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. The economic-financial sustainability of the Family Health Strategy in large municipalities. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1719-1732, 2011.

ROCHA, A. C. D; SOUSA, C. P. C; QUEIROZ, D.; FIGUEROA, P. D. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, Vol. 14, n° 54, Abril-Junho, 2012.

ROCHA, C. M. V.; et al. **Manual de rede de frio.** 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde; 2007.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. **Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família:** o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, rap - Rio de Janeiro 43(2):481-517, MAR./ABR. 2009 RN.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde:** Bases Conceituais e Operacionais Organizadores. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.196p.

SAMPAIO, L. A.; OLIVEIRA, D. R.; KERNTOP, M.; JUNIOR, E. B. J.; MENEZES, I. R. A. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. **Rev Min Enferm.** 2013 jan/mar; 17(1): 76-84. DOI: 10.5935/1415-2762.20130007.

SANTOS, S. M. R.; JESUS, M. C. P.; AMARAL, A. M. M.; COSTA, D. M. N.; ARCANJO, R. A. **A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde.** Juiz de Fora: Minas Gerais. Texto Contexto - Enferm. 2008;17(1):124-30.

SAPAROLLI, E. C. L; ADAMI, N. P. Avaliação da estrutura destinada á consulta de enfermagem à crianças na atenção básica. **Revista Esc. Enfem.** Universidade Federal de São Paulo, 2010;44(1):92-8.

SARAIVA, D. S.; **Raiva humana no estado do Maranhão:** análise das metas básicas de eliminação da raiva transmitida por cães. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. 2011. 71p.

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – SGTES. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes> Acessado em: 02 Mar. 2013.

SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A.; PAIM, J. S. O Programa Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. 2002. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf. Acesso em: 15/03/2014.

SILVA, V.G.; MOTTA, M. C. S; ZEITOUNE, R. C. G. **A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família:** o caso do município de Vitória/ES. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):441-8. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>>. Acesso em: 22 de maio de 2011.

SILVA, W. G.; RAMOS, M. P. Telesaúde no Brasil: uma visão geográfica. Universidade Federal de São Paulo. Brasil. **Enciclopédia Biosfer A**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, vol.7, N.12; 2011.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública.** 2001;17(1):131-39.

SILVEIRA, F. A. D. **A Saúde Bucal no PSF:** o desafio de mudar a prática. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/artigo_rbsf_> Acessado em: 22 Maio 2011.

SIQUEIRA, F. C. V; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2009; 14(1):39-44.

SIQUEIRA, F. C. V; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2009;14(1):39-44.)

SOARES, L. V. B; NOGUEIRA, R. T. E.; SILVA, A.B.; FIGUEIREDO, N. J. A. **A Liga Acadêmica de Telessaúde da UFMA:** Superando desafios. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/973.pdf>>. Acesso em: 25 de outubro 2009.

STARFIELD B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO; 2004. 726 p.

STARFIELD B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: UNESCO, 2004. 726

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006; 11: 643-655. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300013 Abril-Junho, 2012. [toni.pdf](#)> Acessado em: 12/Jan/2009.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios de humanização em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2011; 16(3):1969-80.

UNA-SUS/UFMA. Disponível em: <www.unasus.ufma.br, www.ufma.br. >

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento da Estratégia Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão, 246p. 2008.[tese] .[Ribeirão Preto]:universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

VASCONCELOS L. R.; Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc. Anna Nery*. 2006;10(3):494-500.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz/Edufba, pp. 15 - 39 2005.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.73-84, 2013.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de Programas Sociais**. 1ª ed. São Paulo: Instituto Fonte - Ed. Gente, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Quadro 1 - Modelo teórico para avaliação da estrutura das Unidades Básicas de Saúde. MA, 2012.

Componente	Categoria	Subcategoria	Indicador	Classificação da variável
1 – Organizacional	Tipo de equipe		Nº de EFS c/ SB	Discreta
			Nº de EFS s/ SB	Discreta
			Nº de equipes parametrizada c/ SB	Discreta
			Nº de equipes parametrizadas s/ SB	Discreta
			Nº de outras equipes	Discreta
	Horário de funcionamento		Quantidade de dias	Discreta
			Nº de turnos	Discreta
			Funcionamento no FDS	Sim ou Não
			Funcionamento no almoço	Sim ou Não
			Possui veículo	Sim ou Não
Atende demanda			Sim ou Não	
2 - Recursos	Humanos	Equipe mínima	Nº de profissionais da equipe mínima	Discreta
		Equipe ampliada	Nº de profissionais da equipe ampliada	Discreta
	Equipamentos	Geral ¹	Nº de antropômetros	Discreta
			Nº de aparelhos de pressão adulto	Discreta
			Nº de aparelhos de pressão pediátrico ou neonatal	Discreta
			Nº de aparelhos de nebulização	Discreta
			Nº de ar condicionado farmácia	Discreta
			Nº de ar condicionado para sala de vacina	Discreta
			Nº de autoclaves	Discreta
			Nº de balanças antropométricas de 150 kg	Discreta
			Nº de balanças antropométricas de 200 kg	Discreta
			Nº de balanças infantis	Discreta
			Nº de réguas antropométricas	Discreta
			Nº de estetoscópios adultos	Discreta
			Nº de estetoscópios pediátricos ou neonatais	Discreta
			Nº de focos de luz para exame ginecológico	Discreta
			Nº de geladeiras exclusiva para vacina	Discreta
			Nº de geladeiras para farmácia	Discreta
			Nº de glicosímetros	Discreta
			Nº de jogos de cânulas de	Discreta

			guedel (adulto e infantil)	
			Nº de lanternas clínicas	Discreta
			Nº de mesas para exame ginecológico com perneira	Discreta
			Nº de mesas para exame clínico	Discreta
			Nº de oftalmoscópios	Discreta
			Nº de otoscópios	Discreta
			Nº de kits de monofilamentos (Estesiômetro)	Discreta
			Sonar ou estetoscópio de Pinard	Discreta
			Microscópio	Discreta
			Termômetro com cabo extensor ou linear	Discreta
			Termômetro clínico	Discreta
			Termômetro de máxima e mínima	Discreta
		Odontológico	Possui amalgamador	Sim ou Não
			Cadeira odontológica	Sim ou Não
			Compressor de ar com válvula de segurança	Sim ou Não
			Equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)	Sim ou Não
			Fotopolimerizador	Sim ou Não
			Mocho odontológico	Sim ou Não
			Refletor	Sim ou Não
			Unidade auxiliar	Sim ou Não
			Autoclave para odontologia	Sim ou Não
	Material de consumo	Geral	Abaixador de língua	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Agulhas descartáveis	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ataduras	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Caixas térmicas para vacinas	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Fita métrica	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			EPI- luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas, etc	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Espéculo descartável	Sempre, Às vezes ou

				Nunca disponível
			Equipo de soro macrogotas e microgotas	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Escovinha endocervical	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Espátula de Ayres	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Esparadrapo/fita micropore e outras	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Fixador de lâminas	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Frasco plástico com tampa	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Gaze	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Lâmina de vidro com lado fosco	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Porta lâmina	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Tiras de medida de glicemia capilar	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Seringas descartáveis de diversos tamanhos	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Seringas descartáveis com agulha acoplada	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Recipiente duros para descarte de pérfuro-cortante	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Lâmina para malária	Sempre, Às

				vezes ou Nunca disponível
		Odontológico	Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	Sim ou Não
			Cimentos diversos	Sim ou Não
			Fios de sutura odontológica	Sim ou Não
			Selantes	Sim ou Não
			Anestésicos	Sim ou Não
			Resinas fotopolimerizáveis	Sim ou Não
	Impressos			Caderneta da gestante
			Caderneta de saúde da criança	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Caderneta de saúde da pessoa idosa	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Caderneta do adolescente	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Cartão de vacinação	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha A do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha B-GES do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha B-HA do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha B-DIA do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha B-TB do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha B-Hans do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha C do SIAB	Sempre, Às

				vezes ou Nunca disponível
			Ficha D do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Relatório SSA2 do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Relatório PMA2 do SIAB	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Fichas do SINAN	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha do SISCOLO	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
			Ficha de atendimento pré-natal	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
	Medicamentos		Antiparasitários ²	Sim ou Não
			Antianêmicos/ polivitamínicos/sais minerais ³	Sim ou Não
			Antiasmáticos ⁴	Sim ou Não
			Contraceptivos hormonais/ hormônios sexuais ⁵	Sim ou Não
			Anti-hipertensivos/ cardiovascular ⁶	Sim ou Não
			Antidiabéticos ⁷	Sim ou Não
			Antibacterianos ⁸	Sim ou Não
			Analgésicos/ antipiréticos ⁹	Sim ou Não
			Tratamento/ prevenção osteoporose ¹⁰	Sim ou Não
			Antiácidos/ antieméticos/antissecretores ¹¹	Sim ou Não
			Psicotrópicos ¹²	Sim ou Não
	Imunobiológicos		Disponibilidade de todas as vacinas do calendário vacinal básico ¹³	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
	Testagem		Disponibilidade de testes rápidos ¹⁴	Sempre, Às vezes ou Nunca disponível
3 – Infraestrutura e Ambiência	Planta física	Presença do ambiente	Nº de banheiros para funcionários	Discreta
			Nº de consultório odontológico	Discreta

			Nº de consultório clínico	Discreta
			Nº de recepção	Discreta
			Nº de sala de acolhimento	Discreta
			Nº de sala de curativo	Discreta
			Nº de farmácia	Discreta
			Nº de sala de espera	Discreta
			Nº de sala de estocagem e de medicamento	Discreta
			Nº de sala de esterilização e estocagem	Discreta
			Nº de sala de lavagem/descontaminação	Discreta
			Nº de sala de procedimento	Discreta
			Nº de sala de nebulização	Discreta
			Nº de sala de vacina	Discreta
			Nº de sala de observação	Discreta
			Nº de ala de reunião e atividades educativas	Discreta
			Nº de sanitário para usuário masculino	Discreta
			Nº de sanitário para usuário feminino	Discreta
			Nº de sala de expurgo	Discreta
			Local para depósito de lixo comum	Discreta
	Ambiência	Ambientes possibilitam circulação de ar	Possui circulação de ar adequada	Sim ou Não
		Ambientes são bem iluminados	Possui ambientes claros	Sim ou Não
		Pisos, paredes e tetos lisos e laváveis	Possui piso liso e lavável	Sim ou Não
		Ambientes têm acústica adequada	Possui acústica que reduz ruídos	Sim ou Não
		Consultório permite privacidade ao usuário	Possui consultórios com privacidade	Sim ou Não
	Condições estruturais	Sanitárias/hidráulicas	Cheiro de esgoto	Sim ou Não
			Vasos sanitários entupidos	Sim ou Não
			Vasos sanitários interditados	Sim ou Não
			Torneiras pingando	Sim ou Não
			Vasos sanitários com vazamento	Sim ou Não
			Possui torneiras sem sair água	Sim ou Não
		Possui mofo	Sim ou Não	
		Elétricas	Fios expostos soltos ou desencapados	Sim ou Não
		Tubulação de plástico por fora	Sim ou Não	

			da parede	
	Sinalização	Externa	Totem	Sim ou Não
			Placa	Sim ou Não
			Outra sinalização	Sim ou Não
		Interna (das ações e serviços)	Divulga participação no PMAQ-AB	Sim ou Não
			Divulga horário de funcionamento	Sim ou Não
			Divulga lista de ações/serviços ofertados	Sim ou Não
			Divulga escala dos profissionais	Sim ou Não
		De recursos humanos	Divulga telefone da Ouvidoria	Sim ou Não
			Usa crachá	Sim ou Não
			Usa uniforme	Sim ou Não
	Acessibilidade	Externa	Possui calçada em boas condições p/cadeirante	Sim ou Não
			Possui tapete	Sim ou Não
			Possui piso antiderrapante	Sim ou Não
			Possui piso regular	Sim ou Não
			Possui piso liso	Sim ou Não
			Possui rampa de acesso	Sim ou Não
			Possui corrimão	Sim ou Não
			Possui porta e corredor de entrada adaptados	Sim ou Não
		Interna	Banheiros adaptados	Sim ou Não
			Barras de apoio	Sim ou Não
			Corrimão	Sim ou Não
			Corredores e portas internos adaptados	Sim ou Não
			Portas internas adaptadas para cadeira de rodas	Sim ou Não
			Espaço p/cadeira de rodas na sala de espera e recepção	Sim ou Não
			Bebedouros adaptados	Sim ou Não
			Cadeira de rodas disponível para o usuário	Sim ou Não
			Uso de símbolos internacionais p/ deficientes	Sim ou Não
			Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)	Sim ou Não
			Sinalização	Sim ou Não
			Recursos auditivos (sonoro)	Sim ou Não
			Profissionais para acolhimento	Sim ou Não
			Outro(s)	Sim ou Não
4 – Elementos estratégicos			Telessaúde	
		Nº de consultórios com computador conectado à internet		Discreta
	Práticas integrativas		Pelo menos, um tipo de prática integrativa/complementar (agulhas	Sim ou Não

			filiformes descartáveis, mapas de pontos de acupuntura ou moxa)	
	Fitoterápicos		Disponibilidade de plantas medicinais e/ou fitoterápicas	Sim ou Não

¹Quantidade em condições de uso.

¹³Calendário vacinal básico (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, Vacina oral de Rotavírus Humano).

¹⁴Testes rápidos para gravidez, sífilis, HIV e contagem de plasmódio.

ANEXO

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa



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 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL