

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA
CURSO DE MEDICINA

IZAEL BRASILINO ARAÚJO DA SILVA

**INFRAESTRUTURA DA ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO NORTE:
ANÁLISE DOS DADOS DE ACESSO PÚBLICO DO PROGRAMA PARA
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
(PMAQ - AB).**

MOSSORÓ/RN

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO (UFERSA)

IZAEL BRASILINO ARAÚJO DA SILVA

**INFRAESTRUTURA DA ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO NORTE:
Análise dos dados do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica (PMAQ - AB).**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Medicina da
Universidade Federal Rural do Semi-Árido,
como requisito parcial para obtenção do
título de Médico Generalista.

Orientação: Prof. Carlos Menandro de Lima
Firmino.

**MOSSORÓ/RN
2021**

S586i SILVA, IZABEL .
INFRAESTRUTURA da atenção básica do rio grande
do norte: análise dos dados de acesso público do
programa para a melhoria do acesso e da qualidade
da atenção básica (PMAQ - AB) / IZABEL SILVA. -
2021.
65 f. : il.

Orientador: CARLOS MENANDRO de lima firmino.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2021.

1. ATENÇÃO BÁSICA. 2. INFRAESTRUTURA. 3. PMAQ-
AB. 4. RN. I. MENANDRO de lima firmino, CARLOS,
orient. II. Título.

IZAEL BRASILINO ARAÚJO DA SILVA

**INFRAESTRUTURA DA ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO NORTE:
Análise dos dados do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica (PMAQ - AB).**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Medicina da
Universidade Federal Rural do Semi-Árido,
como requisito parcial para obtenção do
título de Médico Generalista.

Prof. Carlos Menandro de Lima Firmino - Orientador
Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. José Rodrigues de Paiva Neto
Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. José Rebberty Rodrigo de Holanda
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**MOSSORÓ/RN
2021**

Aos meus pais, Celúsia Araújo e João Brasilino.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por ser a fonte de toda a vida, amor e sabedoria.

Aos meus pais, pelo amor, suporte e incentivo na árdua jornada da vida.

À minha esposa, Raquel, por seu carinho, companheirismo e dedicação à nossa família.

À minha filha, Sophia, dádiva do Criador para a minha vida.

A todo corpo docente do curso de Medicina da UFERSA, pelo esmero, paciência e competência na arte de educar.

Ao meu professor orientador, por ter me ajudado a construir esta pesquisa.

A minha turma de Medicina da UFERSA, por tantos momentos compartilhados.

A todos os amigos (as) que, de alguma forma, me auxiliaram ao longo do curso e na compreensão e execução deste trabalho.

“A melhor prática clínica é aquela que proporciona o mais alto nível de qualidade assistencial ao menor custo, de maneira mais equitativa e ao maior número de pessoas. ”

Avedis Donabedian

RESUMO

Os dados públicos do Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) permitem avaliar se ele surtiu o efeito esperado na melhoria da infraestrutura das UBS do Estado do Rio Grande do Norte? Este trabalho descreve o PMAQ-AB; delinea a infraestrutura recomendada para a Atenção Básica (AB); extrai e analisa os dados da infraestrutura da AB do Rio Grande do Norte colhidos pelo PMAQ-AB e divulgados para acesso público; avalia se houve melhora na infraestrutura da AB do RN ao longo do curso do PMAQ-AB. É uma pesquisa básica estratégica, objetivo descritivo e exploratório, método-hipotético dedutivo, com abordagem quantitativa e documental, realizada com procedimentos bibliográficos, documentais e estudo de caso sobre os dados levantados pelo PMAQ-AB junto às unidades de saúde da AB do Rio Grande do Norte que foram disponibilizados para acesso direto a qualquer usuário. Constata que houve melhora substancial da infraestrutura da AB do RN ao longo do PMAQ-AB, como por exemplo, nas variáveis de ambiência, informatização, turnos de funcionamento, ambientes definidos e serviços disponíveis. Atestar que os dados públicos do PMAQ-AB são suficientes para descrever a melhoria da infraestrutura da AB ao longo do curso desse programa foi um processo dificultado pelo grande volume de dados produzidos e pela heterogeneidade normativa referente aos ciclos do programa.

Palavras-Chave: Atenção Básica; Infraestrutura; PMAQ-AB; RN .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sugestões de estrutura de unidade básica de saúde de acordo com o número de equipes implantadas e a cobertura populacional.....	35
Quadro 2 - Percentual de profissionais que compõem equipe mínima nas unidades (Ciclo 1 do PMAQ-AB)	38
Quadro 3 - Percentual de profissionais da equipe ampliada das equipes da AB do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sinalização externa e de ações e serviços (Ciclo 1 do PMAQ-AB)	39
Gráfico 2 - Acessibilidade na AB do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)	40
Gráfico 3 - Identificação visual para os usuários das UBS do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)	40
Gráfico 4 - Serviços aos usuários por UBS do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB).....	41
Gráfico 5 - Ambiência nas UBS do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)	42
Gráfico 6 - Comparação entre a informatização do RN e do Brasil durante o Ciclo 2 do PMAQ-AB.....	44
Gráfico 7 - Turno de funcionamento das UBS do RN (ciclo 2 do PMAQ-AB).....	45
Gráfico 8 - Comparação entre as ações realizadas pelas ESF das UBS do RN e do BR (Ciclo 2 do PMAQ-AB).....	45
Gráfico 9 - Comparação da reserva de vagas entre as agendas das UBS do RN e do BR (Ciclo 2 do PMAQ-AB).....	46
Gráfico 10 - Forma de marcação de consultas nas UBS do RN (ciclo 2 do PMAQ-AB)	46
Gráfico 11 - Ações de exames laboratoriais e triagem nas UBS do RN (Ciclo 2 do PMAQ-AB).....	47
Gráfico 12 - Funcionamento das UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)	48
Gráfico 13 - Presença de itens de acessibilidade nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)	48
Gráfico 14 - Percentuais de presença de identificação visual nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB).....	49
Gráfico 15 - Ações e serviços nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB).....	49
Gráfico 16 - Ambiência das Unidades de Saúde Bucal (Ciclo 3 do PMAQ-AB)	50
Gráfico 17 - Ambientes definidos nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário de saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SISAB	Sistema de informação da
ABSUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 METODOLOGIA.....	13
3 DESCRIÇÃO DO PMAQ-AB.....	17
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO PMAQ-AB	17
3.2 OBJETIVO DO PMAQ-AB	18
3.3 DIRETRIZES DO PMAQ-AB	21
3.4 CICLOS DO PMAQ-AB	22
3.5 AVALIAÇÃO EXTERNA DA AB.....	26
3.6 MONITORAMENTO DAS AÇÕES DA AB	31
4 A INFRAESTRUTURA RECOMENDADA PARA A AB.....	33
5 DADOS DA INFRAESTRUTURA DA AB DO RN COLHIDOS PELO PMAQ-AB E DIVULGADOS PARA ACESSO PÚBLICO	38
6 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

A atenção Básica é a pedra angular dos Serviços de Saúde, pois é a grande porta de entrada e a principal interface de acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O Conselho Federal de Medicina (2020) apresentou como preocupante, em 2015, um balanço sobre a fiscalização realizada *in loco*, por meio de médicos-fiscais, em mais 1000 postos de saúde do Brasil em 2014.

A estrutura encontrada em muitos desses locais estava em desconformidade com as normas sanitárias. Havia precariedade nas instalações, condições de higiene e conservação insatisfatórias, e falta de equipamentos e insumos essenciais, pondo em risco a qualidade do atendimento e a saúde e bem-estar dos pacientes.

Apesar desse quadro, iniciativas já tinham sido tomadas alguns anos antes para melhorar a Atenção Básica.

A reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instaurada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, estabeleceu a necessidade de qualificação dos processos trabalho das equipes atuantes na Atenção Primária para orientá-los em função do estabelecimento de prioridades, metas e resultados (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo contexto, surgiu no Brasil o Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria 1654, de 19 de julho de 2011. Seu principal objetivo foi induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), por meio do estabelecimento de padrões de qualidade comparáveis local, regional e nacionalmente, permitindo aumento da transparência e efetividade das ações voltadas à APS (BRASIL, 2011).

É possível resumir a finalidade desse programa dizendo que o objetivo maior do PMAQ-AB foi expandir e avaliar a AB de todo o Brasil, focando no acesso e na melhoria dos seus serviços (POCAS, 2012).

Considerando que o Brasil é um país continental e socialmente plural, percebe-se a necessidade de avaliar a Atenção Básica em cada um de seus Estados e no Distrito Federal. Isso foi feito pelo PMAQ-AB, gerando um enorme volume de dados que posteriormente foram disponibilizados no site oficial do programa de forma parcial e heterogênea, após o fim de cada um de seus ciclos.

Disponibilizar o acesso público a tais dados foi uma maneira de subsidiar o aumento da efetividade da participação popular e do controle social sobre o sistema público de saúde (COTA, 2009).

Diante do término do PMAQ-AB e do grande volume de dados produzidos e disponibilizados por ele a qualquer usuário via internet, indaga-se se efetivamente servem para avaliar se houve melhoria da infraestrutura das UBS do Estado do Rio Grande do Norte ao longo desse programa .

Dessa forma, o objetivo geral da presente pesquisa é avaliar a hipótese de que a infraestrutura da AB do RN melhorou ao longo do curso do PMAQ-AB, segundo os dados de acesso público produzidos por esse programa.

Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: conhecer o PMAQ-AB; Conhecer a infraestrutura recomendada para a AB; extrair os dados que o PMAQ coletou e disponibilizou para acesso público sobre a infraestrutura da AB do RN e, por último, analisar esses dados.

Parte-se da hipótese de que a infraestrutura da Atenção Básica do Rio Grande do Norte (RN) melhorou ao longo desse programa.

Para o teste da hipótese, realiza-se pesquisa de finalidade básica estratégica, objetivo descritivo e exploratório, sob o método-hipotético dedutivo, com abordagem quantitativa e realizada com procedimentos bibliográficos, documentais e estudo de caso sobre os dados levantados pelo PMAQ-AB junto às unidades de saúde da AB do Rio Grande do Norte.

No primeiro capítulo, descreveu-se o PMAQ-AB, sua relação com a Atenção Primária à Saúde, objetivo, diretrizes, ciclos, avaliação externa e monitoramento de suas ações.

No segundo capítulo, faz-se um delineamento da infraestrutura recomendada para a AB.

No terceiro capítulo, foram extraídos os dados que o PMAQ-AB coletou e disponibilizou para acesso público sobre a infraestrutura da AB do RN.

Ao final, conclui-se que os objetivos são atendidos e a hipótese confirmada, indicando-se que o PMAQ-AB foi bem sucedido em melhorar a infraestrutura da AB do RN e em divulgar dados para acesso público que permitissem maior eficácia da participação popular e controle social na gestão do SUS.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho traz uma compreensão geral sobre o PMAQ-AB e utiliza dados levantados por esse programa e que foram disponibilizados para acesso público, ou seja, disponíveis a qualquer usuário, a fim de analisar a infraestrutura da AB do Rio Grande do Norte ao longo dos 3 ciclos desse programa.

Trata-se de pesquisa quantitativa e documental, que compreende estudo de caso sobre os dados levantados pelo PMAQ-AB que foram divulgados para acesso público acerca da infraestrutura das unidades de saúde da AB do RN

Esse tema foi escolhido devido a importância da infraestrutura para a atenção à saúde (DONABEDIAN, 2005), e devido a relativa escassez de trabalhos sobre ele em específico ao se pesquisar simultaneamente pelos descritores “PMAQ-AB”, “Rio Grande do Norte” e “infraestrutura” nas bases de dados de pesquisa acadêmica Scielo, Portal de Periódicos da Capes e Google Acadêmico.

Optou-se por realizar consulta a apenas documentos de acesso público para abordar indiretamente o problema da efetividade da participação popular e controle social, que são diretrizes do SUS; uma vez que, se os dados fossem apenas de acesso restrito, o controle social diminuiria, pois faltaria conhecimento sobre o objeto a ser controlado (COTA, 2009).

Os principais documentos foram obtidos na página da Internet referente ao Portal Virtual do PMAQ-AB, o qual faz parte do *site* da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do MS. Nesse sítio virtual foi realizado levantamento de documentos oficiais que embasam o programa, bem como foram obtidos dados coletados no censo nacional das unidades básicas de saúde (UBS) realizados no âmbito dos ciclos 1 e 3 do PMAQ-AB em 2012; dados dos relatórios analíticos da AB divulgados ao longo do ciclo 2 do PMAQ-AB; e informações dos retratos da atenção básica divulgados após a conclusão da avaliação externa dos ciclos 1 e 3 desse programa.

Portanto, este trabalho reúne e analisa dados secundários referentes a AB do RN, colhidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Essa coleta de dados censitária, realizada no ciclo 1 e na avaliação externa do ciclo 3, foi gerenciada por consórcios de instituições de ensino e pesquisa e executada mediante equipes de supervisores e entrevistadores os quais fizeram uso de

instrumentos pré-testados de angariação de dados, constituídos por três módulos (POCAS, 2017).

O papel do módulo I foi examinar, no próprio local, a apresentação das condições de infraestrutura das unidades de saúde. Já no módulo II, objetivou-se detalhar a organização dos serviços e o processo de trabalho, por via de entrevista com os trabalhadores da unidade. Enquanto no módulo III os usuários foram questionados acerca do seu contentamento com os serviços de saúde da AB.

A presente análise, contudo, utilizou somente os resultados do módulo I, que tratam da infraestrutura para os ciclos 1 e 3, e os relatórios analíticos do ciclo 2, divulgados para o público geral.

No módulo I do censo de 2012, as variáveis de estudo cobertas correlatas a cada equipe de saúde foram agregadas em três subdimensões: infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Algumas outras variáveis foram acrescentadas nos módulos dos demais ciclos que foram correspondentes ao módulo I do ciclo 1. Outras delas foram retiradas e outras modificadas, em virtude de diversas mudanças normativas supervenientes ocorridas, mas detalhá-las foge ao escopo deste trabalho, que, portanto, tomará como base as variáveis apresentadas no módulo I do ciclo 1, como referencial para estudo dos demais ciclos. Elas são:

- Subdimensão de infraestrutura, a qual abrange a quantidade de equipes ativas em UBS que dispõem de:
 - I) Atendimento em 5 ou mais dias na semana, em 2 ou mais turnos, por 8 ou mais horas diárias, no horário do almoço, nos finais de semana e dispondo de veículo para apoiar atividades externas;
 - II) Acessibilidade ‘adequada’ para portadores de necessidades especiais (PNE), entendendo-se como tal uma calçada em boas condições, ou tapete, ou piso antiderrapante, ou piso regular, ou piso liso, ou rampa de acesso, ou corrimão, ou porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas;
 - III) Identificação visual ‘adequada’, entendendo-se como tal a divulgação de pelo menos um dos seguintes itens para os usuários: Participação no programa ‘Saúde Mais Perto de Você’; Horário de funcionamento; Listagem de ações; Ofertas de serviços; Escala dos profissionais; Telefone da Ouvidoria do Ministério da Saúde;
 - IV) Sinalização interna ‘adequada’, com identificação dos serviços prestados;

V) Sinalização externa ‘adequada’, entendendo-se como tal a presença de totem externo com sinalização da unidade ou placa na fachada da UBS de acordo com os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde.

- Subdimensão de composição da equipe de AB, a qual trata da quantidade de equipes lotadas na unidade que sejam:

- I) Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF);

- II) Equipes de ESF em sua formação mínima completa: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS); III) Equipes de ESF em sua formação mínima completa - médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, ACS - aos quais se somam profissionais dedicados ao acolhimento;

- IV) Equipes de AB parametrizadas, organizadas de maneira diferente às da ESF e que, para aderir ao PMAQ-AB, atendem um conjunto de parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde;

- V) Equipes com outras configurações, ou seja, não organizadas como ESF e tampouco AB parametrizadas.

- Subdimensão de serviços disponíveis, a qual trata da quantidade de equipes com serviços selecionados de AB à disposição da população adstrita: I) Consultas de enfermagem;

- II) Realização de curativos;

- III) Consultas médicas;

- IV) Vacinação;

- V) Dispensação de medicamentos pela farmácia;

- VI) Consultas odontológicas;

- VII) Acolhimento.

Esse trabalho teve como objetivos específicos conhecer o PMAQ-AB; conhecer a infraestrutura recomendada para a AB; e extrair os dados que ele coletou e disponibilizou para acesso público sobre a infraestrutura da AB do RN. O objetivo geral foi analisar por meio desses dados se a infraestrutura das unidades de saúde da AB do RN melhorou ao longo do curso do PMAQ-AB..

Este estudo utilizou apenas dados secundários, e, portanto, é dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos. Ressalta-se que os estudos censitários realizados dentro das unidades por avaliadores externos, que ocorreram nos ciclos 1 e 3 do PMAQ-AB, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Ensp/Fiocruz (MS, 2012).

3 DESCRIÇÃO DO PMAQ-AB

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO PMAQ-AB

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Brasileira de 1988, o qual tem como uma de suas diretrizes a participação popular e o controle social, trouxe o desafio da universalização e da integralidade da saúde brasileira.

Para isso, o SUS optou por um modelo de saúde organizado a partir da Atenção Primária à Saúde, que deve operar integrando o conjunto dos demais serviços e níveis de cuidado, garantindo o acesso oportuno, integral e de qualidade a toda população (BRASIL, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) serve como porta de entrada preferencial ao Sistema de Saúde, ou seja, é o primeiro nível de contato com o usuário. Ela deve estar articulada com os demais níveis de atenção em uma rede agregadora de serviços (STARFIELD, 2004).

É seu papel acolher eficazmente, formando vínculos permanentes com a sociedade na qual está inserida e responsabilizando-se pela atenção às necessidades básicas de saúde dessa população, por meio de ações que resolvam e previnam os problemas de saúde. Por isso, a APS também é denominada como Atenção Básica (AB) no Brasil, em referência a ser fundamental, basilar enquanto serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Um serviço de APS precisa apresentar quatro características basilares para ser efetivo: ser acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; e coordenação da atenção (STARFIELD, 2004).

A APS ou AB, embora seja apenas um dentre vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quando acessível e de boa qualidade, já é suficiente para resolver por volta de 85% das demandas de saúde da população. Apenas uma minoria de usuários, portanto, é que de fato necessita de encaminhamento para os demais pontos da RAS (WHITE, 1960).

O Brasil é vasto e plural. Para que a AB seja eficaz nesse cenário é indispensável que adeque sua lógica de funcionamento e organização às diversas realidades presentes no território brasileiro. Dessa forma pode obter êxito na instauração de mecanismos asseguradores de acesso e acolhimento (POCAS, 2017).

Em virtude disso é que, há dezenas de anos, o Brasil tem tomado muitas atitudes em prol da instituição da avaliação da APS, entendendo que é imprescindível o aprimoramento constante da capacidade de análise das situações e de intervenção por parte dos profissionais de saúde (POCAS, 2017).

O contexto histórico brasileiro tornou-se gradualmente cada vez mais favorável à APS, com amplo processo de valorização da AB, aumento de recursos para a pasta, surgimento de novas políticas e equipamentos e novas possibilidades de conformação das equipes (POCAS, 2017).

Notadamente a partir de 2011, a AB tornou-se ainda mais prioritária para o MS. Surgiu então a nova Política Nacional de Atenção Básica, revisando a anterior por meio da portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. A partir disso, articulou-se um consenso entre os gestores tripartites, via PNAB, para identificação e atuação nos principais obstáculos para o desenvolvimento da APS no Brasil (PINTO, 2014).

Por isso, mais tarde em 2011 houve a criação da estratégia “Saúde Mais Perto de Você”, cujo objetivo foi resolver problemas para o crescimento da APS no Brasil (BRASIL, 2012b).

O Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi outra dessas medidas que refletiram a eleição do protagonismo da AB pelo MS e a consequente reprogramação da postura avaliativa, repasses financeiros e impacto loco-regional do SUS. Ele também entrou em prática em 2011, como parte da Política Nacional de Atenção Básica PNAB, a fim de estimular a qualificação do atendimento e do cuidado aos usuários da AB (BRASIL, 2012a).

Esse empreendimento contou com 3 ciclos organizacionais, sendo que, ao primeiro deles, concluído no ano de 2012, 70% dos municípios brasileiros aderiram. Esse ciclo foi pioneiro ao realizar um censo de estrutura e organização dos serviços de AB em todo o país (MS, 2012).

O PMAQ-AB surgiu por meio da portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Seus 3 ciclos já foram todos finalizados. O último deles, concluído no ano de 2020, foi regulamentado pela portaria número 1645 de 02 outubro de 2015.

3.2 OBJETIVO DO PMAQ-AB

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável

nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção à Saúde (2012).

Isso quer dizer que ele surgiu a partir da necessidade de ampliar o acesso da população às equipes de saúde da família e empoderar essas equipes, visto seu papel estratégico para a atenção à saúde no Brasil. Para isso, foi primeiramente necessário avaliar o cenário das unidades e a qualidade de atuação dessas equipes, para então intervir em seu funcionamento.

A avaliação e melhoria da qualidade e do acesso à APS a que o PMAQ-AB se propõe não é tarefa simples, pois a própria definição do termo “qualidade” é dinâmica e se transforma conforme as circunstâncias dos diferentes cenários nos quais o serviço está inserido e dos distintos pontos de vista das pessoas envolvidas (STARFIELD, 2004).

Como todo processo avaliativo, se faz necessário que existam critérios de comparação. Por isso, o PMAQ surge também para garantir um padrão de qualidade comparável, seja local, regional ou nacionalmente. Para isso, as equipes que aderiram ao PMAQ passaram por todas as fases de avaliação e receberam uma certificação, que foi dada na forma de notas ou conceitos. Essas notas de certificação podem ser comparadas com as obtidas por qualquer outra equipe de ESF que faça parte do programa, através de padrões de qualidade estabelecidos pela equipe do PMAQ (MS, 2012).

Entre os objetivos específicos do PMAQ divulgados pelo MS em 2012 no Manual Instrutivo desse programa, encontram-se: ampliar o impacto da AB nas condições de saúde da população e na satisfação de seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso, qualidade dos serviços e dos processos de trabalho; avaliar o processo de trabalho, a estrutura e os processos de gestão da UBS; e avaliar a satisfação dos usuários quanto às ações e os serviços de saúde ofertados pelas equipes, por meio de aplicação de entrevistas diretas com os usuários.

Outros objetivos específicos também divulgados pelo MS são: fornecer padrões de boas práticas de organização das UBS que norteiam a qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade nas melhorias das condições de saúde, satisfação dos usuários, qualidade das práticas e na eficiência e efetividade do sistema de saúde.

Também é objetivo específico, segundo o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (2011), promover a qualidade e inovação da gestão da AB, fortalecendo o processo de auto-avaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas 3 esferas de Governo.

Nesse último ponto específico o PMAQ vem a propor uma inovação na gestão, de modo que ela venha a ser compartilhada como responsabilidade do gestor municipal, gestores das UBS e de suas próprias equipes para organizarem os processos de trabalho.

Um outro objetivo que merece destaque é melhorar a qualidade da alimentação e, principalmente, o uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão para a melhoria dos serviços de AB, principalmente, o sistema de informação da AB (SISAB).

Por fim, outro objetivo específico elencado pelo programa em seu Manual Instrutivo (2011) foi estimular o foco da atenção básica no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, participação e controle social, bem como promovendo a responsabilidade sanitária dos gestores e profissionais de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação do usuário.

Esse objetivo incentivou a existência de um canal de comunicação do usuário com as suas equipes como, por exemplo, por meio de uma ouvidoria e caixa de sugestões.

Dito isso, é possível resumir a finalidade do programa dizendo que o objetivo maior do PMAQ-AB foi expandir e avaliar a AB, focando no acesso e na melhoria dos seus serviços (POCAS, 2012).

É importante lembrar que esse programa foi criado no ano de 2011, mas que existiam ações de Saúde da Família desde o ano de 1994, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família posteriormente, quando deixou de ser uma política de Governo para se cristalizar como Política de Estado. Não obstante o início dessas ações desde 1994, somente com o pioneirismo do PMAQ em 2011 a AB passou a ser avaliada (POCAS, 2012).

Já que o conceito de Atenção Básica é complexo e amplo, não poderíamos esperar que a avaliação dela, do contrário, fosse simples e restrita, uma vez que a AB tem ações voltadas para mais de 140 milhões de brasileiros (GIOVANELLA, 2016) e

está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população do país, que em abril de 2021 já era estimada em 212 milhões de pessoas (IBGE, 2021).

Segundo os retratos da AB divulgados após ciclo 3 do PMAQ (2020), o Brasil conta com mais 41 mil UBS espalhadas por seus Estados e Municípios, as quais agregam mais de 600 mil profissionais dentre agentes de saúde, enfermeiros, médicos e outros.

Na última década, tivemos um extraordinário aumento da cobertura na ESF, principalmente devido a investimentos exclusivos da União em relação aos dos intergestores tripartite - que abrange União, Estados e Municípios. Isso deixa claro a prioridade que tem sido dada para a expansão e consolidação da AB no Brasil (GIOVANELLA, 2016).

Portanto, recentemente, alguns esforços foram fundamentais para colocar a AB no centro da agenda dos gestores das 3 esferas de Governo, dentre eles situa-se o PMAQ-AB.

3.3 DIRETRIZES DO PMAQ-AB

O PMAQ-AB seguiu diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 1.645, de 01 de outubro de 2015.

A primeira delas foi possuir parâmetros de comparação entre as equipes de AB, considerando as diferentes realidades de saúde. Em outras palavras, isso significa dizer que o PMAQ-AB deveria avaliar cada equipe e comparar os níveis locais, regionais e federal, permitindo uma sopesamento equânime da equipe conforme cada região do Brasil.

A segunda diretriz diz que o PMAQ-AB deve ser incremental, transparente em todas as suas etapas, permitindo o acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade.

Ela possibilitou ao usuário acompanhar os dados levantados no programa pelos canais do MS. A princípio, isso poderia ser feito pelo portal on-line do MS na internet, na seção do Departamento da Atenção Básica, cujo endereço era www.saude.gov.br/dab, onde tinha um *link* específico no menu inferior da página, chamado “espaço voltado ao cidadão”, que permitia acessar o resultado da avaliação externa da certificação das equipes. Contudo, esse link não existe mais, em virtude da reformulação do portal nos últimos anos.

Atualmente, o endereço para acesso às informações colhidas pelo programa é o www.aps.saude.gov.br, dentro do qual há um link para a página específica do PMAQ-AB, que contém diversas informações aos usuários, tanto aquelas sobre o que é o Programa quanto as que foram colhidas por ele.

A terceira diretriz do PMAQ-AB é envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, bem como equipes e usuários, no processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB.

Esse processo envolveu todos os níveis de gestão, inclusive os internos à equipe, pois estabeleceu a necessidade de adesão voluntária ao programa e pactuações de governança como pré-requisitos para homologação das equipes pelo MS.

A quarta diretriz do programa foi desenvolver cultura de negociação e contratualização entre a gestão e as equipes participantes. Isso foi feito com vistas a estimular o diálogo entre os níveis de gestão e o comprometimento com a adoção e o atingimento de metas.

3.4 CICLOS DO PMAQ-AB

Cada ciclo do PMAQ-AB deveria ter ocorrido dentro de dois anos, abrangendo um total 72 meses, conforme foi previsto nos diplomas normativos que regulamentaram o início dele, mas isso não se concretizou, e o programa acabou durando um total de 86 meses.

O 1º ciclo durou apenas 12 meses, indo de outubro de 2011 a janeiro de 2013. O 2º ciclo teve 31 meses, durando de fevereiro de 2013 a setembro de 2015. Já o 3º ciclo, que foi o mais longo, perdurou 43 meses, desde outubro de 2015 a maio de 2019 (CAVALCANTI, 2020).

No ciclo 1, realizado entre 2011 e 2012, só puderam participar as equipes de AB e equipes de Saúde Bucal (SB). Delas, 47% aderiram ao programa, o que correspondeu a uma cobertura de 69% dos municípios e 367 UBS participantes, 363 das quais passaram pela avaliação externa.

O ciclo 2 do PMAQ-AB teve uma adesão massiva, correspondente a 92% das equipes de AB do Estado e abrangendo 95% dos municípios. Nele, puderam participar as equipes de AB, Saúde Bucal (89% aderiram), Núcleos Ampliados de Saúde da

Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), esses dois últimos os quais tiveram percentual de adesão ao programa de 77% e 75%, respectivamente.

No 3º ciclo do programa, realizado de 2016 a 2019, houve adesão de 97% das equipes de AB, 98% das equipes de AB/SB e 95% das equipes dos NASF, correspondendo a uma abrangência de 97% dos municípios do Estado.

O PMAQ foi encerrado devido a uma nova postura política do Governo Federal (ABRASCO, 2019). Desde 2014, após mudança no panorama político do Poder Executivo, o MS começou a demonstrar uma nova postura para a Saúde Pública, afetando negativamente muitas das suas agendas para o SUS, como a própria PNAB, que veio a ser revisada novamente em 2017, perdendo força em suas ações (MELO et al. 2018).

No 1º e 2º ciclos, a configuração do programa foi diferente da do 3º ciclo. Naqueles dois momentos iniciais, o PMAQ-AB foi dividido em 4 fases: Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. Enquanto que, no 3º ciclo, só houve 3 fases, uma das quais uniu duas fases dos ciclos anteriores (BRASIL, 2017b).

Quanto ao 1º e 2º ciclos, na fase de Contratualização, o município precisaria aderir antes, voluntariamente, para que então as equipes pudessem aderir também, da mesma forma, ao programa; e somente a partir disso, por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a cooperação era pactuada e o MS era acionado para fazer a homologação (MS, 2012).

Na fase de Desenvolvimento, as equipes e Secretarias Municipais de Saúde deveriam aplicar instrumentos de autoavaliação e realizar processos de melhoria da atenção e da qualidade dos serviços de saúde de APS para então poderem serem submetidas à fase seguinte, a terceira fase, denominada de Avaliação Externa, na qual entrevistadores selecionados para representar o MS procederam a realização de entrevistas e aplicação de censos nas UBS e com as respectivas equipes que aderiram ao programa (MS, 2012).

Na última fase, a quarta, denominada de Recontratualização, o ciclo se reiniciava a partir de um novo pacto singular com incremento de qualidade, o que implicava que as equipes sempre tinham de melhorar o seu padrão de qualidade para então poderem realizar a recontratualização (MS, 2012).

No 3º ciclo, contudo, essa lógica operacional mudou significativamente. Passou-se a ter apenas 3 fases, porém sem diminuição de complexidade - elas apenas foram reorganizadas em uma lógica mais coerente, na qual a fase 1 passou a ser denominada *Adesão e Contratualização*, a fase 2, *Avaliação Externa e Certificação*, e a fase 3, *Recontratualização*. Ainda foi acrescentado um *Eixo Transversal de Desenvolvimento*, a ser observado durante todas as fases, com o escopo de melhorar as ações já desenvolvidas pelo programa até ali (CAVALCANTE, 2020).

Na fase 1 do 3º ciclo, Adesão e Contratualização, aconteceram as mesmas etapas que no 1º e 2º ciclos: a gestão municipal e a equipe precisaram aderir e pactuar compromissos formalmente para então informar e também pactuar com o MS, para que então pudessem ser homologadas por ele. Destaque-se a importância de, dentre os compromissos pactuados, implementar o acolhimento à demanda espontânea, programar atividades que priorizem indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade, bem como instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe, construção de projetos terapêuticos singulares e realização da autoavaliação (BRASIL, 2017b).

A fase 2 do 3º ciclo, Avaliação externa e Certificação, reuniu em si as fases 2 (Desenvolvimento) e 3 (Avaliação Externa) dos ciclos anteriores. Essa reunião agregou coerência lógica ao processo, uma vez que associou dentro de uma única fase tanto avaliação como resultados, certificação (BRASIL, 2017c).

Enquanto agregadora do papel de “Desenvolvimento” do ciclo anterior, essa fase 2 do ciclo 3 abrangeu processos de auto-avaliação, apoio institucional, educação permanente, monitoramento de indicadores e cooperação horizontal - tanto para as equipes como para gestores, os quais precisaram ser colocados em prática a partir da adesão (BRASIL, 2017c).

A autoavaliação, visando a indução da análise crítica sobre a organização da AB e sobre o processo de trabalho das equipes, poderia ser feita a partir de qualquer instrumento avaliativo e deveria ter como itens os mesmos que foram elencados nos processos de avaliação externa (BRASIL, 2017d).

O MS construiu um instrumento específico voltado para esse fim autoavaliativo, o qual foi denominado de AMAQ. Esse instrumento trazia um padrão de qualidade estabelecido pelo MS cujo atendimento nas unidades deveria ser auto avaliado pelas equipes, por meio da atribuição e preenchimento de uma nota de zero a dez. Ele

também permitia que as equipes construíssem objetivamente uma matriz, plano de intervenção, com base nos principais problemas identificados ao longo do processo autoavaliativo e na capacidade da equipe em resolvê-los (BRASIL, 2017d).

Essa matriz de intervenção também foi objeto de análise na avaliação externa. Foi sugerido que a equipe tivesse em sua agenda de trabalho pelo menos um dia específico para reunião dos profissionais para discussão e autoavaliação conjunta de cada um dos pontos integrantes do AMAQ, o qual contava com muitos itens, ou de outro instrumento que escolhessem (BRASIL, 2017d).

A autoavaliação foi um dos critérios de pontuação nas certificações do programa. Quanto a ela, não se atribuiu pontuação pelo resultado satisfatório ou não julgado pela equipe, mas sim pela mera existência do ato formal de autoavaliar-se por meio do uso de instrumento autoavaliativo objetivo (BRASIL, 2017d).

Tanto um modelo do instrumento quanto os dados coletados por ele ficaram disponíveis no link do AMAQ no site do portal do MS. Os dados coletados pelo AMAQ não foram disponibilizados para acesso público, mas somente para gestores e responsáveis pelas equipes (previamente cadastradas no portal do Gestor disponibilizado no site do MS), para Conselhos Municipais e Nacionais de Saúde e para as Referências Técnicas do MS.

Enquanto correlata do papel de “Avaliação Externa” do ciclo anterior, a fase 2 do ciclo 3 teve como caráter verificar *in loco* questões fundamentais relacionadas ao funcionamento das UBS, como equipamentos, processos de trabalho das equipes e indicadores de saúde (BRASIL, 2017c).

Essa fase, então denominada Avaliação Externa e Certificação, esteve relacionada tanto à gestão das UBS quanto à sua equipe. A partir dela, junto com a autoavaliação e com a análise dos indicadores, foi feito um cálculo para determinar se as equipes se mostraram aptas a serem certificadas ou não.

Posteriormente, foi feita a divulgação desses resultados, a fim de basear a adoção de medidas adequadas a cada caso no curso do ciclo seguinte, com vistas à obtenção de uma melhor certificação ainda nesse próximo ciclo.

Ressalte-se que foi o tipo de certificação obtida que determinou o valor dos repasses financeiro provenientes do PMAQ que cada equipe recebeu ao longo dos 3 ciclos desse programa (BRASIL, 2017c).

A fase 3 do 3º ciclo, Recontratualização, representou o momento em que o ciclo deveria se reiniciar, com consequente repactuação das metas e padrões de qualidade, como já acontecera para os ciclos anteriores (BRASIL, 2017b).

Quanto à verdadeira inovação trazida no 3o ciclo, que foi a adoção de um Eixo Transversal de Desenvolvimento, destacaram-se dois pontos principais: a autoavaliação e o monitoramento dos indicadores de saúde (BRASIL, 2017b).

A auto-avaliação teve papel fundamental para o programa. Ela pôde ser realizada por meio de alguns instrumentos, como o AMAQ, sob o escopo de avaliar os serviços e atuação da equipe dentro do território. Objetivou obter resultados de melhoria no próprio curso do processo autoavaliativo, sem a necessidade de espera até o ciclo seguinte para adoção de medidas adequadas, o que favoreceu o atingimento das metas (BRASIL, 2013).

Outra contribuição do Eixo Transversal de Desenvolvimento foi o monitoramento dos Indicadores de Saúde, como Saúde da Mulher, da Criança, Controle de Doenças Crônicas não transmissíveis e outros, que representavam um percentual da nota para certificação das equipes. Esses indicadores eram extraídos a partir dos dados que a própria equipe fornecia aos sistemas de informação, notadamente ao SISAB, por meio do E-SUS, com a coleta de dados em prontuário eletrônico ou com a coleta simplificada em formulários de papel (BRASIL, 2017b).

Essa medida estimulou a alimentação dos sistemas com esses dados pertinentes elencados pelo PMAQ, estabelecendo entre as equipes uma cultura de registro de informações, as quais são imprescindíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação da AB (UCHIMURA, 2002).

3.5 AVALIAÇÃO EXTERNA DA AB

A Avaliação Externa fez parte do ciclo contínuo de avaliação do Acesso e Qualidade na AB. Foi nesse momento que as instituições de Ensino e Pesquisa contratualizadas pelo MS foram aos municípios aplicar questionários avaliativos. Ela serviu como estratégia para verificar *in loco* as condições de acesso oferecidas pelas equipes e a qualidade dos serviços, por meio da avaliação do sistema de saúde como um todo, incluindo a gestão (BRASIL, 2017c).

Alguns documentos deveriam ser apresentados fisicamente aos entrevistadores na unidade de saúde durante a Avaliação Externa do 3º ciclo (BRASIL, 2017c):

- A Ata de reunião, assinada pela gestão e profissionais da equipe, na qual ficou consignada a decisão por aderir ao PMAQ-AB;
- O Termo de compromisso da adesão assinado pelo responsável da equipe;
- O mapa do território da equipe construído conforme critérios pré-estabelecidos pelo PMAQ-AB;
- Os prontuários físicos ou eletrônicos da equipe, para que o entrevistador pudesse escolher aleatoriamente três deles, a fim de observar se foram organizados por núcleo familiar, com folha de rosto padronizada preenchida;
- As fichas de coletas de dados simplificada do E-SUS ou a tela do prontuário eletrônico onde constam esses dados;
- Instrumento de autoavaliação preenchido ou consolidado do instrumento utilizado (por exemplo, a matriz de intervenção do AMAQ ou plano de ação);
- Uma planilha, caderno, ficha ou qualquer documento que comprove que a equipe realiza o registro das mulheres com a coleta do exame citopatológico em atraso, bem como planilha com o registro de realização da coleta atrasada desses exames e outro registro para aqueles exames citopatológicos com resultado alterado;
- Relatório, planilha ou lista com informações que comprovem o registro de mulheres com exame de mamografia ou ultrassom mamário alterado;
- Registro dos usuários com hipertensão arterial (HA) ou Diabetes Mellitus (DM) de maior risco ou gravidade, bem como daqueles dentre eles que foram encaminhados para outro ponto de atenção (referência e contra-referência);
- Se há na unidade ficha de notificação para agravos de notificação compulsória;
- Relatório, planilha ou lista com informações de que a equipe possui o registro de usuários do território que estejam em sofrimento psíquico, usuários de crack, álcool e outras drogas recreativas, usuários crônicos de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e

estabilizadores de humor; bem como o registro quanto a todos esses que precisaram ser encaminhados para outros pontos de atenção;

- Lista. Planilha ou documento contendo os usuários com deficiência física ou mental;
- Guia alimentar para a população brasileira, do MS.

A avaliação externa valeu-se de um instrumento objetivo de entrevista organizado em seis módulos (BRASIL, 2017a):

- a) Módulo I - Observação na Unidade de Saúde: objetivou avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um censo que verificou a existência ou não de cada um desses itens. O entrevistador precisou ser acompanhado por um profissional de nível superior que conhecesse a estrutura, os equipamentos e os insumos da Unidade. Esse módulo teve 18 subdimensões.
- b) Módulo II - Entrevista com o Profissional da Equipe de AB e verificação de documentos na Unidade de Saúde: pretendeu avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para com os usuários. O profissional escolhido deveria ser aquele que agregasse maior conhecimento do processo de trabalho da equipe. Teve 33 subdimensões.
- c) Módulo III - Entrevista com usuários aleatórios da AB: avaliou acesso, utilização e participação dos usuários por amostras representadas com base populacional, não incluídas no processo de certificação. Englobou um total de 4 usuários que não tivessem ainda passado por consulta no dia da entrevista, e que não fossem nem estreatantes na UBS nem abstêmios por mais de 12 meses dos serviços da unidade. Esse módulo teve 24 subdimensões.
- d) Módulo IV - Entrevista com o profissional da equipe do NASF (caso houvesse NASF) e verificação de documentos: Objetivou obter informações sobre o processo de trabalho e sobre a organização do serviço.
- e) Módulo V - Observação na Unidade de Saúde para Saúde Bucal: pretendeu avaliar as condições de infraestrutura, de materiais e de insumos de atenção odontológica.
- f) Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade de Saúde: avaliou o processo de

trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Cada um desses módulos foi dividido em subdimensões as quais possuíam padrões de qualidade avaliativos específicos (BRASIL, 2017a). O módulo I, o qual é o mais importante para a construção da pesquisa a que se propôs este Trabalho de Conclusão de Curso, avaliou 355 padrões de qualidade.

Alguns desses padrões, principalmente do 3º ciclo do PMAQ, não tiveram pesos iguais para a nota da certificação, pois alguns foram considerados essenciais e outros, estratégicos (BRASIL, 2013).

Os padrões essenciais representam condições mínimas de acesso e qualidade, e por isso não serviram para acrescentar nota na certificação, mas apenas para eliminá-la. A unidade que não os cumprisse todos, seria automaticamente certificada com desempenho ruim e receberiam menores repasses financeiros (BRASIL, 2017a).

Já os padrões estratégicos têm ligação com o respeito às políticas e programas de saúde específicos elegidos como pertinentes pelo PMAQ-AB. Por isso, conferem peso maior na nota da certificação, mas não eliminam pontos em caso de não atendimento. São uma espécie de bonificação (BRASIL, 2017a).

Dentre os padrões essenciais, que precisavam ser avaliados *in loco*, um dos fundamentais foi cumprir a PNAB, que dita que a UBS deve funcionar por pelo menos 40 horas semanais.

Outro padrão essencial de mais destaque foi a existência de certos equipamentos: aparelho de pressão e estetoscópio para exame de adultos; régua antropométrica infantil; geladeira exclusiva para vacina; e materiais exclusivos para o atingimento da meta de indicadores de Saúde da Mulher: espelho, espátula de Ayres, fixador de lâmina, escovinha endocervical, lâmina de vidro com lado fosco, porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina.

Alguns desses padrões obrigatórios, quando relacionados à infraestrutura - como fachada e sinalização externas da UBS adequadas; estrutura e sinalização internas da unidade; reforma em andamento com planta da unidade e do terreno assinada pelo engenheiro ou arquiteto, relatando que existe espaço/condição para a ampliação/melhoria; e outros - deveriam por regra seguir normativas específicas do MS, dentre elas: o Manual de Estrutura Física das UBS.

Outro padrão essencial de destaque, que precisava ser observado pessoalmente nas UBS, foi a existência de mapa com desenho do território de abrangência dos serviços da equipe. Tal instrumento não deveria ser uma mera cartografia territorial, mas precisava ter sinalização das microáreas do território; sinalização de grupos de maior risco ou vulnerabilidade; sinalização de áreas de maior risco e barreiras geográficas; bem como a sinalização dos equipamentos sociais.

Os entrevistadores também foram incumbidos de checar se existia agenda que comprovasse reserva de vagas para demanda espontânea, bem como de vaga ou horário de fácil acesso para o usuário buscar e mostrar resultado de exame.

Também deveria ser conferida a existência de relatório dos sistemas ou planilha contendo registro de todas as gestantes, mulheres elegíveis para realizar mamografia, crianças de até 2 anos de idade, pessoas portadoras de HAS, DM, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma e obesidade.

Outro documento necessário durante a avaliação externa foi a comprovação do acesso e utilização dos protocolos do MS pela equipe, como por exemplo daqueles de assistência pré-natal, DM e HAS. Todos esses protocolos, que também podem ser chamados de Cadernos da Atenção Básica, estão disponíveis na biblioteca do portal do MS na internet.

Os entrevistadores deveriam averiguar também a existência do documento distribuído pelo MS no qual deve ser feito o registro de sujeitos com tuberculose (TB) no último ano (Livro de Registro de Tuberculose), bem como o registro desses pacientes que estejam sintomáticos respiratórios, do tratamento (Tratamento Diretamente Observado - TDO) e acompanhamento dos casos de TB. Nessa mesma perspectiva, deveriam ser verificadas a disponibilidade de fichas de notificação de TB e a ficha de busca por faltosos do TDO (ficha de busca ativa). Também era imperioso averiguar se havia registros de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção, uma vez que cabe a APS ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Também foi mandatório observar o registro de usuários com hanseníase e a existência da respectiva ficha de notificação, bem como de documentos que comprovassem o acompanhamento dos pacientes com hanseníase e a realização ou não de busca ativa dos faltosos do tratamento da hanseníase.

Por fim, o entrevistador deveria checar a existência de fichas que comprovassem: busca ativa por mulheres que faltaram ao exame de controle do câncer de colo do útero (*papa nicolau*), bem como por mulheres para quem a coleta desse exame estivesse atrasada; pessoas que têm câncer de mama ou que estão na margem de risco para o desenvolvimento dele; busca ativa para as mulheres que faltam ao pré-natal; cartão espelho da gestante ou registro que o substitua no prontuário eletrônico; cartão espelho da criança e quem faltou às consultas de crescimento e desenvolvimento, especialmente para prematuros, de baixo peso ou com vacinação atrasada; lista de acompanhamento dos casos mais graves de usuários com transtornos psíquicos e de usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; lista dos usuários com deficiência e dos que usam órteses, próteses, ou meios auxiliares de locomoção; caderno de registro das atividades de promoção à saúde; lista dos sujeitos beneficiários do bolsa-família; protocolo que contenha critérios para visita domiciliar (poderia ser o caderno de visita domiciliar do MS) e lista dos usuários que necessitam receber cuidados no domicílio, bem como a lista das pessoas acamadas; ata das reuniões do conselho local de saúde, quando existente; registro das atividades desenvolvidas na escola (por exemplo, o exame de acuidade visual, dentro do Programa Saúde na Escola) e lista dos escolares com necessidades de acompanhamento (BRASIL, 2017a).

3.6 MONITORAMENTO DAS AÇÕES DA AB

O conjunto de indicadores contratualizados esteve vinculado ao processo de certificação compondo 30% da nota final da equipe. Essa relação foi feita para deixar em evidência a importância que o PMAQ-AB deu ao monitoramento dos dados de todas as ações por parte da equipe e gestores (BRASIL, 2017b).

Todas essas informações colhidas na Avaliação Externa ficaram disponíveis posteriormente no portal do PMAQ-AB, tanto por meio da planilha de microdados dos censos realizados na avaliação externas do 1º e 3º ciclos, quanto por meio dos relatórios analíticos e relatórios descritivos do 2º ciclo e Retratos da Atenção Básica do 1º e 3º ciclos, embora só os relatórios descritivos não fossem de livre acesso.

Alguns desses dados da Avaliação Externa, principalmente os indicadores de alerta, também foram disponibilizados no Sistema de informação da AB para que fossem monitorados pelas equipes e gestores a fim de subsidiar a organização e o

planejamento das ações e a tomada de decisões para a melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2017b).

Os relatórios descritivos do 2º ciclo do PMAQ-AB não foram disponibilizados para acesso público, mas apenas para gestores municipais e estaduais e para as equipes cadastradas no portal do e-Gestor, o que comprometeu a total transparência dos dados, uma vez que foi colocado óbice injustificado para cognição dos mesmos pelos usuários e por parte da equipe.

4 A INFRAESTRUTURA RECOMENDADA PARA A AB

Ter uma UBS com infraestrutura adequada é fundamental para a Atenção à Saúde, porquanto, conforme Donabedian, é elemento relativamente estável que tende a se refletir na qualidade dos serviços, acesso dos usuários e desenvolvimento das ações de saúde para a população (DONABEDIAN, 1980).

Donabedian sustenta que a infraestrutura dos serviços de APS é uma das variáveis mais relevantes para a composição da análise de qualidade desse ofício, uma vez que, se a infraestrutura é boa, torna-se provável, embora não absolutamente, que o atendimento também seja satisfatório. Isso não diz respeito apenas à adequação da estrutura física da UBS, mas também à disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos (DONABEDIAN, 2005).

Para Bárbara Starfield, a educação continuada dos profissionais e a infraestrutura, incluindo a sede da unidade e os elementos físicos do estabelecimento, podem ser entendidas como capacidade funcional, porquanto possibilitam a prestação dos serviços (STARFIELD, 2004).

Apesar de todos esses elementos serem considerados importantes para o acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários, existe uma controvérsia quanto a abordagem estrutural ser plenamente eficaz para avaliar o serviço de AB.

Hannu Vuori (1991) sustenta que existem vulnerabilidades na avaliação sob uma perspectiva estrutural. Pondera que perceber os laços que associam a melhora das condições da AB à sua infraestrutura requer uma janela temporal longa, dentro da qual outros fatores turvam a percepção donexo causal entre aqueles. Ela também argumenta que avaliar a qualificação profissional é um processo superior por ser mais objetivo, tendo em vista a possibilidade de uma boa estrutura ser mal manejada se faltar a excelência profissional, enquanto, ao contrário, havendo qualidade profissional, mesmo estruturas deficientes podem gerar bons resultados (VUORI, 1991).

Lígia Maria Vieira da Silva (1994), por outro lado, defende que a melhor maneira de avaliar a qualidade da prestação da AB é por meio da abordagem de seus resultados. Argumenta que as demais abordagens, alheias à avaliação dos indicadores de saúde, não oferecem nexos lógicos robustos para a avaliação das melhorias (DA SILVA, 1994).

A infraestrutura de uma UBS deve ser adequada à realidade local, ao quantitativo e à especificidade da população adscrita, bem como ao número de usuários esperados, de modo que possa acolher as demandas espontâneas dos usuários e realizar as atividades e consultas programadas. A adequação e a manutenção da infraestrutura da UBS deve ser objeto constante de diálogo com a gestão municipal. Esses fatores delineiam prioridades, estabelecem limites e propõem a organização dos processos de trabalho, na perspectiva da ambiência (BRASIL, 2008).

Dispor de uma ambiência estrutural padronizada e da disponibilidade de equipamentos adequados e insumos suficientes, bem como de recursos humanos capacitados para a organização dos processos de trabalho e atenção à saúde dos usuários são elementos indispensáveis a uma APS eficaz (BRASIL, 2013).

O conceito de ambiência considera a confortabilidade, que é focada na privacidade dos sujeitos envolvidos e valoriza elementos como cor, cheiro, som; bem como considera a possibilidade da produção de subjetividades e de uso do espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2012).

É responsabilidade da gestão municipal garantir a estrutura física necessária, além de materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2012).

Os principais documentos que trazem normativas diretas para a estrutura da AB são a PNAB, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 508, o Manual de Estrutura Física das UBS e a Portaria GM 648/2006.

O Manual de Estrutura Física das UBS informa que o MS disponibiliza, solidariamente, incentivos de financiamento para as UBS por meio da PNAB, para estruturação ou reforma da estrutura física e realização de Cursos Introdutórios em Saúde da Família, conforme o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) a serem implantadas. Além disso, os gestores também podem ser auxiliados por convênios com o Sistema de Gestão Financeira e Convênios (Gescon), que é gerido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) do MS (BRASIL, 2008).

O Manual de Estrutura das UBS aborda amplamente como deve ser a unidade de Saúde. Nele são dadas sugestões de estrutura de acordo com o número de equipes implantadas e a cobertura populacional, bem como conselhos prévios para

elaboração dos projetos arquitetônicos, considerando o local para construção, cuidados com resíduos e construção de esgotos sanitários.

Quadro 1 - Sugestões de estrutura de unidade básica de saúde de acordo com o número de equipes implantadas e a cobertura populacional.

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Recepção/Arquivo de prontuários	1	1	1	1	1
Espera	Para 15 pessoas	Para 30 pessoas	Para 45 pessoas	Para 60 pessoas	Para 75 pessoas
Administração e gerência*			1	1	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1	1	1	1	1
Almoxarifado			1	1	1
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5
Sala de Vacina	1	1	1	1	1
Sala de curativo/procedimento	1	1	1	1	1
Sala de nebulização	1	1	1	1	1
Farmácia (sala de armazenagem de medicamentos)***	1	1	1	1	1
Equipe odontológico	1	2	3	4	4
Escovário**	1	1	1	1	1
Área de compressor	1	1	1	1	1
Sanitário para usuário	1	2	2	4	4
Sanitário para deficiente ****	1	1	1	1	1
Banheiro para funcionários	1	1	1	2	2
Copa/cozinha	1	1	1	1	1
Depósito de materiais de limpeza	1	1	1	1	1
Sala de recepção, lavagem e descontaminação***	1	1	1	1	1
Sala de esterilização***	1	1	1	1	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1	1	1	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1
Depósito de lixo	1	1	1	1	1
Sala para ACS*	1	1	1	1	1

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência.
 ** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.
 *** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.
 **** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.
 No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

Fonte: Manual da Estrutura das Unidades Básicas de Saúde, 2008.

Esse documento também aborda as características estruturais a serem observadas em qualquer UBS, como ambiência, ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais de acabamento, fluxo de pessoas e materiais, portas, janelas, lavatório e pias, bancadas, armários e estantes, área externa, sinalização.

Ele também traz considerações sobre cada ambiente recomendado para integrar a Unidade Básica de Saúde.

O ambiente administrativo deve ser composto de sala de recepção, sala de espera, sala de prontuários, sala de administração e gerência, sala de reuniões, sala de ACS, almoxarifado e farmácia.

O ambiente de atendimento clínico deve ter consultório, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala para coleta, sala de nebulização e sala de curativo.

O ambiente de atendimento odontológico deve possuir consultório odontológico, escovário e área para compressor e bomba.

A área de apoio deve ser integrada por sanitário, banheiro para funcionários, copa/cozinha, área de serviço e depósito de material de limpeza, central de material e esterilização, sala de recepção, área para lavagem e descontaminação, sala de esterilização e estocagem de material esterilizado, sala de utilidades, depósito de lixo e área para abrigo de resíduos sólidos (expurgo).

A PNAB estabelece a valorização da infraestrutura das UBS, apontando componentes indispensáveis para a prática da APS. São listados no Manual de Estrutura Física das UBS um conjunto mínimo de ambientes, equipamentos, materiais e insumos que são considerados imprescindíveis para o bom funcionamento de uma UBS.

Os quantitativos recomendados são pertinentes ao trabalho de uma única equipe, logo, se na unidade trabalharem mais equipes, este montante precisará aumentar conforme seja planejado para as ações delas (BRASIL, 2008).

Eis os ambientes e seus respectivos itens:

4.1 Área Administrativa: mesa tipo escritório, cadeiras, quadro de avisos, estante ou armário, cesto de lixo.

4.2 Área de Recepção: cadeiras, mesa de escritório, mesa de impressora, mesa de microcomputador, arquivos, fichário de metal.

4.3 Sala de Espera: bebedouro, suporte para TV e Vídeo, televisor, longarinas, cesto de lixo.

4.4 Almoxarifado: armários, estantes, mesa, cadeiras.

4.5 Consultórios: mesa tipo escritório, cadeiras, cesto de lixo, negatoscópio, balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio, foco de luz, armário vitrine, balde cilíndrico porta detritos, biombo, escada de dois degraus, mesa auxiliar, mesa para exames, régua antropométrica, glicosímetro.

4.6 Consultório ginecológico: mesa tipo escritório, cadeiras, cesto de lixo, negatoscópio, balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio, foco de luz, armário vitrine, balde cilíndrico porta detritos, biombo, escada de dois degraus, mesa auxiliar, mesa para exames ginecológicos, banqueta giratória ou mocho, instrumental, glicosímetro.

4.7 Consultório odontológico: cadeira odontológica, equipo odontológico com pontas, refletor, unidade auxiliar, compressor com válvula de segurança, filtro para o compressor, filtro para a cadeira, mochos, amalgamador, fotopolimerizador,

aparelho de ultrassonografia com jato de bicarbonato, negatoscópio, aparelho de RX odontológico (não obrigatório), autoclave (ou uso de equipamento compartilhado pela equipe de saúde da família), câmara escura (caso tenha aparelho de RX).

4.8 Copa/Cozinha: mesa para refeições, cadeiras, refrigerador, quadro de avisos, cesto de lixo, microondas.

4.9 Sala de Curativos/Procedimentos: foco de luz, balança antropométrica, instrumentais cirúrgicos, balde cilíndrico porta detritos com pedal, escada de dois degraus, mesa auxiliar, mesa para exames, suporte de soro, armário vitrine, estetoscópio, esfigmomanômetro, cilindro de oxigênio (preso em suporte), nebulizador (para uso em visita domiciliar ou em caso de dano a central de nebulização), glicosímetro, suporte de soro, cadeira de rodas.

4.10 Sala de vacina: caixa térmica, refrigerador para vacina, armário vitrine, arquivo de aço com gaveta, balde cilíndrico porta detritos com pedal, cadeiras, mesa de escritório, cesto de lixo.

4.11 Sala de nebulização: central de nebulização, cadeiras, armário vitrine, mesa tipo escritório, cesto de lixo, balde cilíndrico porta detritos com pedal.

4.12 Sala de utilidades: armários de aço, estante modulada, escada, cesto de lixo.

4.13 Farmácia: armários de aço, estante modulada, escada, cesto de lixo, cadeiras, mesa de escritório.

4.14 Sala de reuniões: mesa de reuniões, cadeiras, quadro de avisos, cesto de lixo.

4.15 Sala dos ACS: mesa de reuniões, cadeiras, quadro de avisos, cesto de lixo, armários.

5 DADOS DA INFRAESTRUTURA DA AB DO RN COLHIDOS PELO PMAQ-AB E DIVULGADOS PARA ACESSO PÚBLICO

Os dados sobre o RN foram extraídos por este trabalho de planilhas e informativos disponíveis no site do PMAQ-AB, dentro do portal da Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) do MS, bem como também foram colhidos nas publicações denominadas de Retratos da Atenção Básica, disponíveis na biblioteca virtual do site da SAPS - no caso do 1º ciclo; e no site do PMAQ - no caso do 3º ciclo. Todos eles referentes aos censos realizados ao longo dos 3 ciclos do programa.

A partir das informações divulgadas para acesso público nos relatórios analíticos do 2º ciclo e no módulo 1 da avaliação externa dos ciclos 1 e 3 do PMAQ-AB, módulo que trata da infraestrutura da AB, foram selecionados os dados pertinentes ao Rio Grande do Norte.

Os dados que o programa divulgou para o público geral representam a grande maioria dos dados produzidos, já que apenas os relatórios descritivos do ciclo 2 foram de acesso restrito.

No ciclo 1, realizado entre 2011 e 2012, só puderam participar as equipes de AB e equipes de Saúde Bucal (SB). Delas, 47% aderiram ao programa, o que correspondeu a uma cobertura de 69% dos municípios e 367 UBS participantes, 363 das quais passaram pela avaliação externa.

O Quadro 2 mostra o percentual de profissionais que compõe a equipe mínima preconizada pela PNAB.

Quadro 2 - Percentual de profissionais da equipe mínima nas unidades (Ciclo 1 do PMAQ-AB)

Profissional	Nenhum	1	2	3
Médico	24,00%	69%	4%	0,70%
Enfermeiro	22%	70,00%	4,80%	1,40%
Cirurgião-dentista	28%	65,00%	4,00%	0,70%
Técnicos de enfermagem	31,50%	45,70%	14,10%	4,20%
Auxiliares de enfermagem	74%	21,50%	3,30%	
Técnicos de saúde bucal	72%	25,30%	2,00%	
Auxiliares de saúde bucal	54,50%	42%	2%	
ACS	20,10%	8%	5%	5,70%
Técnicos de laboratório	94,40%	4%	1%	
Microscopistas	97,70%	2%		

Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Eis abaixo os dados do percentual de profissionais da equipe ampliada das equipes da AB do RN avaliadas no ciclo 1 do programa, conforme Quadro 3.

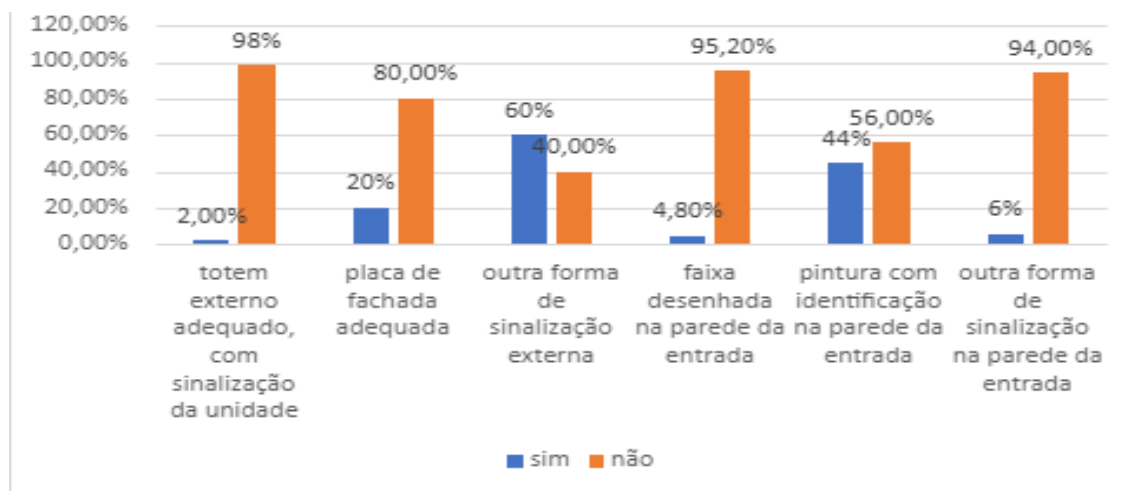
Quadro 3 - Percentual de profissionais da equipe ampliada das equipes da AB do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)

Profissional	Nenhum	1	2	3	+ de 3
Médicos especialistas	86,50%	7%	2%	1,70%	2,50%
Psicólogos	90%	8,60%	0,60%		
Fisioterapeutas	92%	6,60%	0,70%		
Nutricionistas	84,20%	14,50%	1,10%		
Assistentes sociais	91%	7,80%	1,20%		
Outros profissionais	88%	6,20%	3,00%	1,10%	2%

Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à sinalização externa e sinalização de ações e serviços adequadas, apenas 22% das unidades tinham a sinalização externa preconizada pelo MS.

Gráfico 1 - Sinalização externa e de ações e serviços (Ciclo 1 do PMAQ-AB)

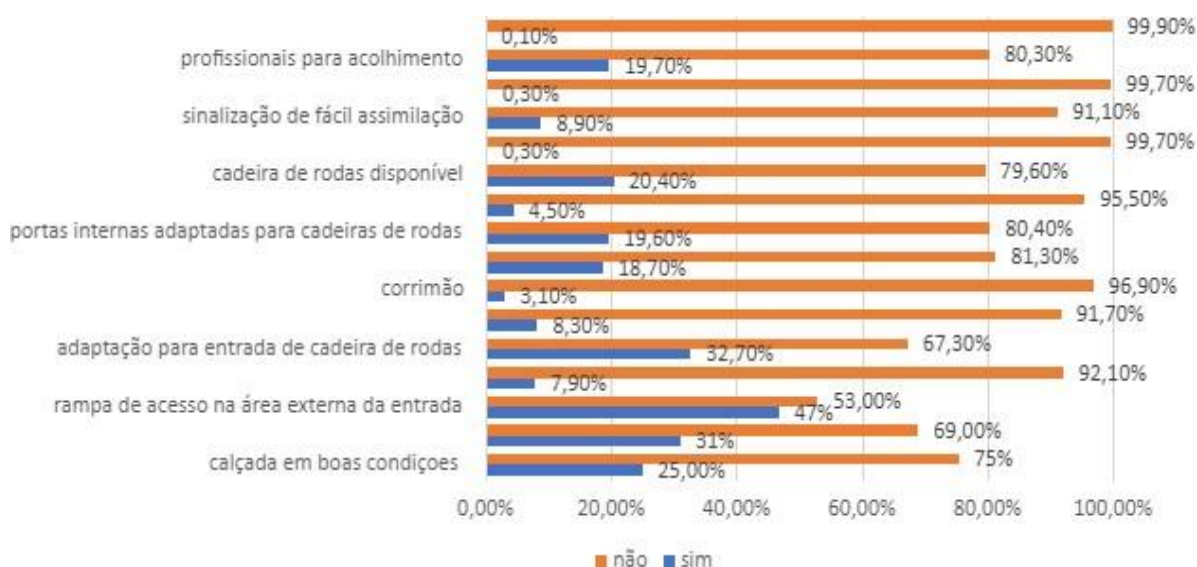


Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à acessibilidade das unidades observada no ciclo inicial do PMAQ-AB, poucas unidades tinham acessibilidade para cadeira rodas, banheiros adaptados para portadores de necessidades especiais, bebedouros adaptados, pisos antiderrapantes

e sinalização de fácil assimilação. Praticamente nenhuma delas utilizava símbolos internacionais para pessoas com deficiência. O Gráfico 2 apresenta os valores.

Gráfico 2 - Acessibilidade na AB do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)

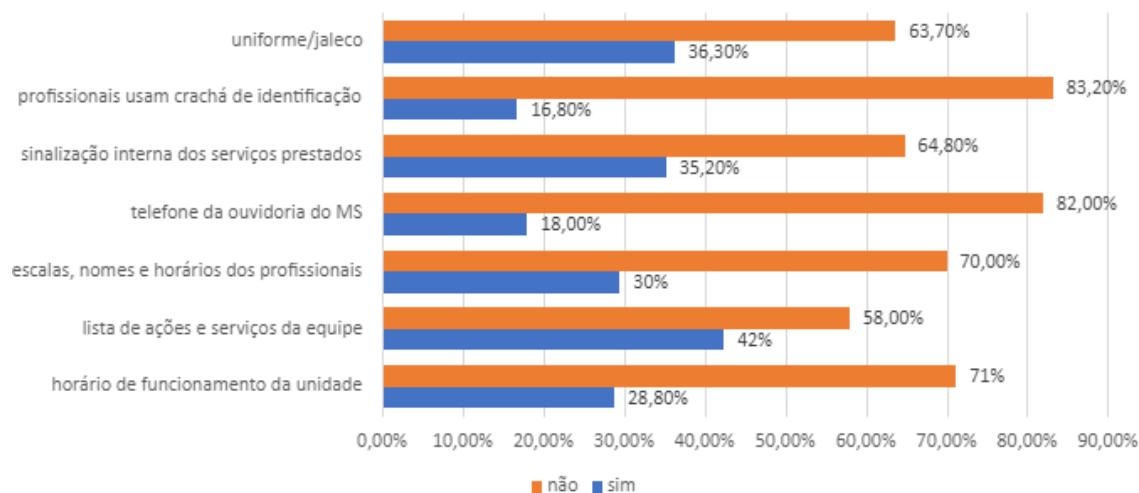


Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à identificação visual para os usuários, nenhum dos itens preconizados estava presente em mais de 42% das unidades. Itens como uso de crachás pelos profissionais e divulgação do telefone da ouvidoria do MS só foram observados em menos de 20% das UBS, enquanto a divulgação do horário de funcionamento da unidade só estava presente em 28% delas.

O Gráfico 3 descreve os valores obtidos pelo PMAQ no seu ciclo inicial.

Gráfico 3 - Identificação visual para os usuários das UBS do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)

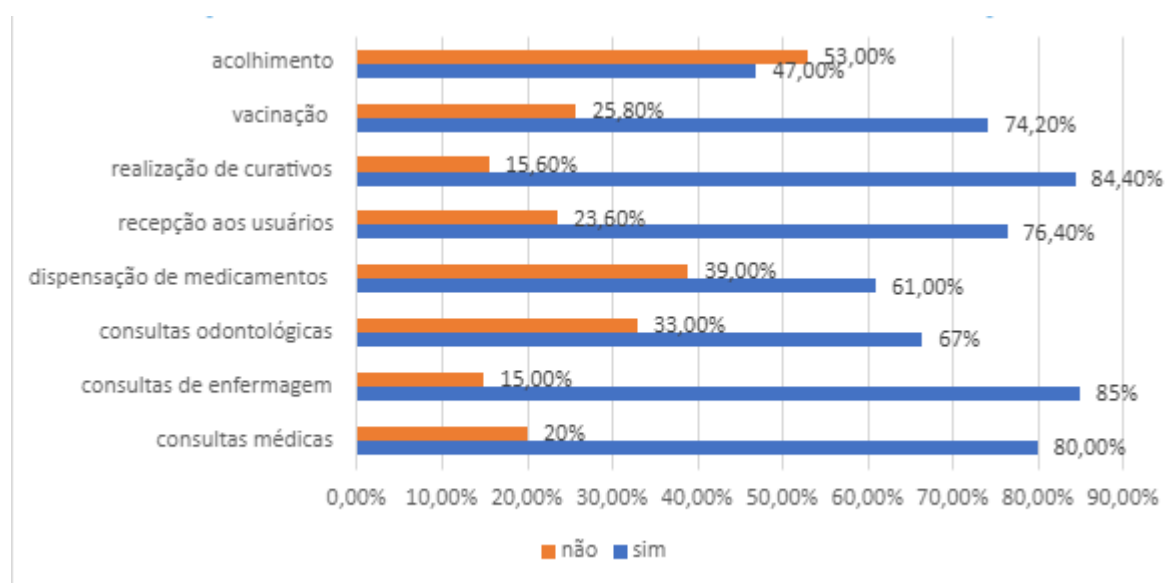


Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto ao horário de funcionamento das unidades, o PMAQ-AB observou que 63,3% delas atendiam à população em 2 turnos do dia, enquanto 34,4% atendiam apenas em 1 turno e 2,3% atendiam nos 3 turnos. Também foi avaliado que 84,2% das unidades funcionavam por 5 dias na semana e que apenas 57,6% delas funcionavam por 8 ou mais horas por dia. Também foi observado que 61,8% das unidades não ofereciam atendimento nos fins de semana, enquanto 26,5% algumas apenas vezes atendiam nesse período e 11,7% atendiam inclusive nos fins de semana.

Quanto aos serviços prestados aos usuários nos dias de atendimento, os dados do PMAQ revelam que ainda existem algumas deficiências: 39% das unidades não realizavam dispensação de medicamentos aos usuários pela farmácia, 33% não realizavam consultas odontológicas e 25% não realizavam vacinação. O Gráfico 4 apresenta os percentuais completos.

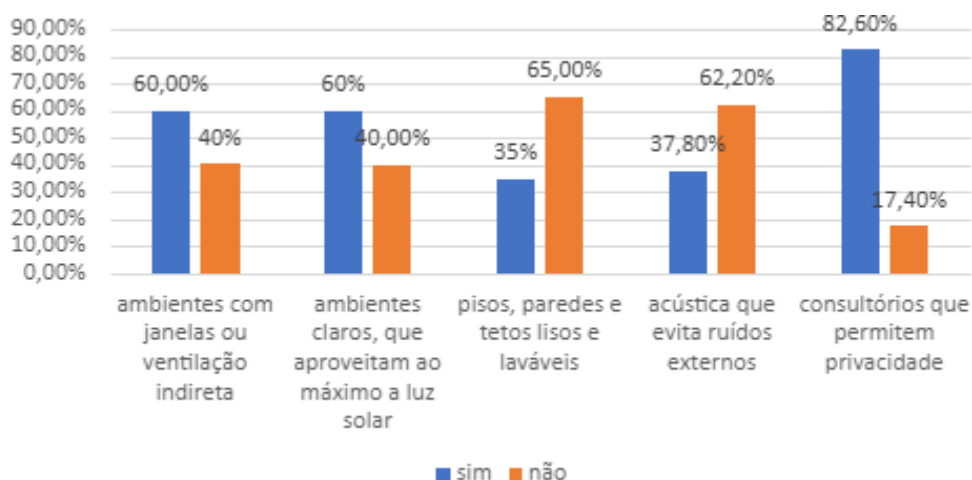
Gráfico 4 - Serviços aos usuários por UBS do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à ambiência das unidades foram encontrados problemas na ventilação e iluminação dos espaços em 40% das unidades e também foram encontrados defeitos na facilidade de higienização de pisos, paredes e tetos, conforme apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Ambiência nas UBS do RN (Ciclo 1 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto às características da rede hidráulica, elétrica e sanitária, foi observado que 26% das unidades apresentavam mofo próximo à certas instalações hidráulicas e sanitárias; que 15% das unidades tinham torneiras sem funcionar; 7,1% apresentavam vasos sanitários com vazamentos; 19% tinham fios expostos, soltos ou desencapados; 7,3% apresentavam cheiro de esgoto e 10% tinham vasos sanitários interditados.

Quanto à existência de ambientes definidos, foi avaliado que 33,4% das unidades não tinham banheiro para os funcionários; 5,3% não tinham sequer 1 consultório clínico; 28,8% não tinham sequer 1 consultório odontológico; 38,6% não tinham sala de recepção; 88,4% não tinham sala de acolhimento; 44,5% não tinham sala de curativo; 60,8% não possuíam farmácia; 10% não tinham sala de espera; 95% não tinham sala de estocagem de medicamentos; 75% não tinham sala de esterilização e estocagem de materiais esterilizados; 85% não tinham sala de lavagem e descontaminação; 69% não tinham sala de procedimento; 91% não possuíam sala de nebulização; 50% não possuíam sala de vacina; 93% não possuíam sala de observação; 86% não tinham sala de reunião e atividades educativas; 35% não tinham sanitário para homens; 56% não o tinham para mulheres; 82% não tinham local de expurgo; e 79% não tinham local de depósito de lixo comum.

Quanto à existência de amplo processo de reforma e ampliação nas unidades, 5,1% estavam passando por ampla reforma, 1,8% por larga ampliação e 6,1% por amplo reparo. Contudo, esses dados não refletem pequenas alterações, consertos e reparos pontuais nos ambientes, componentes e estrutura da unidade.

Quanto à informatização das UBS, apenas 25,2% das unidades possuíam computador, mas apenas 62% deles estavam em condições de uso; 4,3% das unidades tinham câmeras (webcams), sendo que 85% delas estavam em condições de uso; 7% das unidades tinham caixa de som, 44% delas em condições de uso; 24% tinham estabilizador, 60% deles em condições de uso; 21% delas tinham impressora, sendo que só 70% dessas estavam em condições de uso; apenas 15% das unidades tinham acesso à internet; Apenas 13,6% das unidades tinham ao menos 1 consultório com computador conectado à internet.

O ciclo 2 do PMAQ-AB teve uma adesão massiva, correspondente a 92% das equipes de AB do Estado e abrangendo 95% dos municípios. Nele, puderam participar as equipes de AB, Saúde Bucal (89% aderiram), Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), esses dois últimos os quais tiveram percentual de adesão ao programa de 77% e 75%, respectivamente.

Os relatórios analíticos que o PMAQ divulgou ao público geral como avaliação das unidades não continham todas as informações que foram divulgadas nos demais ciclos. No ciclo 2, os dados de acesso público foram divulgados em blocos de categorias, com o intuito de promover um diagnóstico da situação geral das unidades e equipes, bem como para traçar recomendações às mesmas.

Os dados detalhados, foram divulgados em outros relatórios desse ciclo, denominados de relatórios descritivos, que foram de acesso exclusivo a administradores e profissionais das equipes habilitados por estes com a senha e o login do site do e-Gestor, e por isso, não foram levantados por esta presente pesquisa, que trata apenas dos dados de acesso público.

Uma justificativa para essa falta de transparência ao público externo quanto aos dados coletados via AMAQ durante o segundo ciclo do programa não foi divulgada nos documentos oficiais disponíveis no portal do PMAQ-AB, nem foi encontrada na literatura consultada. A falta de transparência para com o público geral desses dados destoou da segunda diretriz do programa, a qual determina a necessidade de transparência dos dados produzidos.

Eis os dados diagnosticados e ofertados para acesso público pelo PMAQ-AB após seu 2º ciclo: quanto a ambiência, 67% das UBS foi avaliada pelo PMAQ-AB como insuficiente por não atender às necessidades mínimas da equipe. Apenas 45% das unidades do RN possuíam, em conjunto, sala de recepção, ao menos um consultório,

um banheiro, sala de procedimento, sala de curativo, sala de nebulização e sala de vacina. No Brasil, 46% das unidades possuíam esses itens.

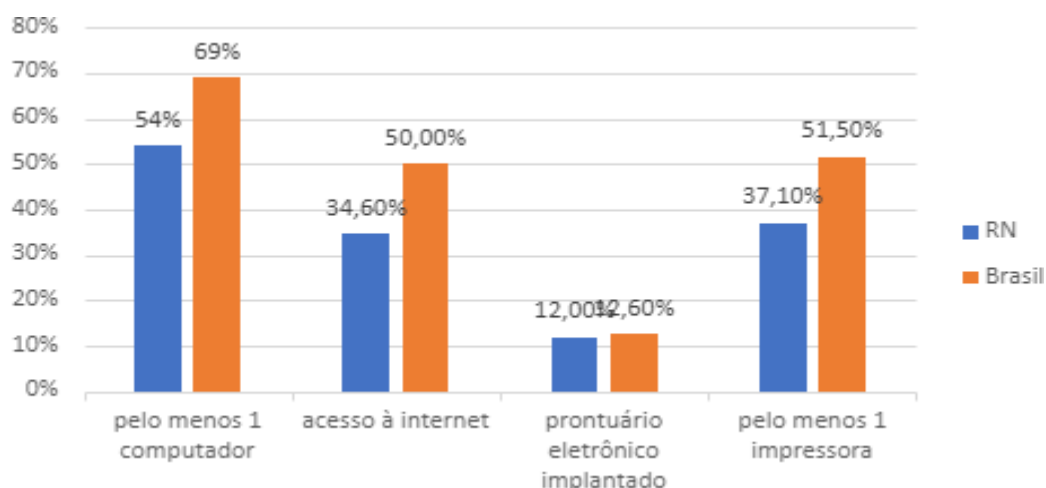
Apenas 33% das UBS tinham materiais, equipamentos e insumos considerados mínimos para um bom trabalho da equipe.

Só 62% tinham o mínimo necessário de equipamentos de saúde bucal, enquanto apenas 33% detinham os materiais e insumos necessários para a saúde bucal.

Observou-se que 16% das UBS estavam em processo de reforma e 18% em processo de ampliação.

Quanto à informatização, apenas 54% das UBS tinham ao menos um computador, embora 84% tivessem acesso à internet. Apenas 37% tinham ao menos uma impressora instalada e 12% tinham o prontuário eletrônico implantado.

Gráfico 6 - Comparação entre a informatização do RN e do Brasil durante o Ciclo 2 do PMAQ-AB

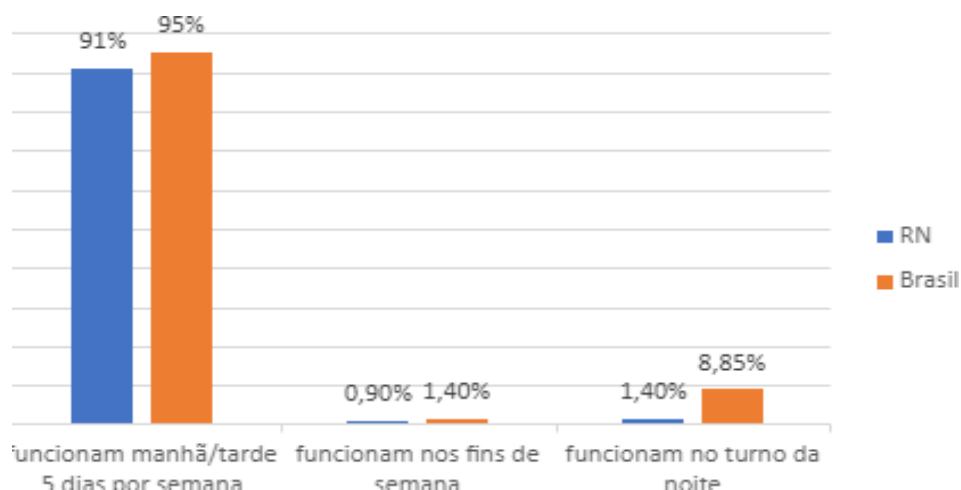


Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto aos turnos de funcionamento das UBS do RN no ciclo 2 do programa, 91% delas funcionavam durante a manhã e à tarde durante todos os dias da semana, 1,5% do total funcionavam no turno da noite e 0,9% funcionavam nos fins de semana.

O Gráfico 7 revela os dados do turno de funcionamento das UBS do RN.

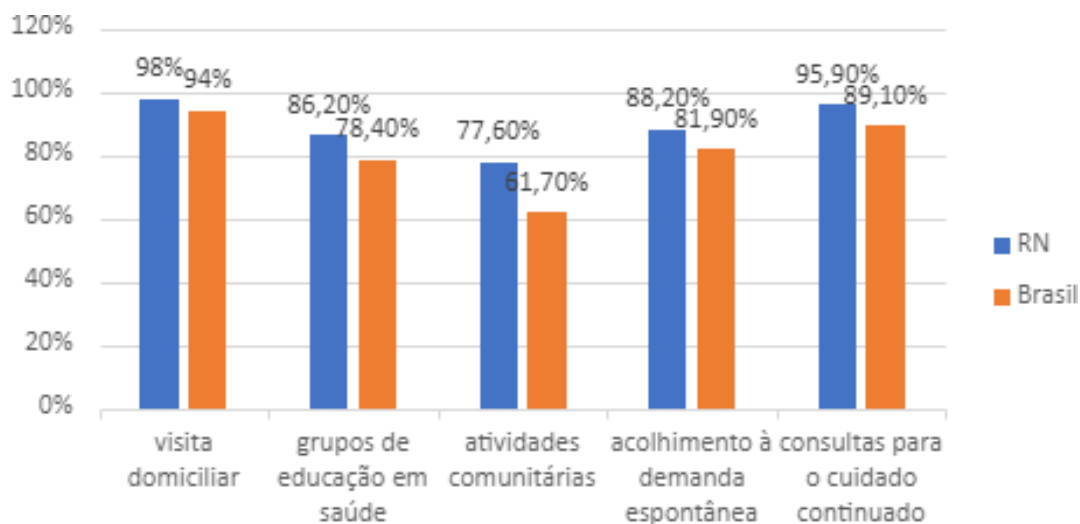
Gráfico 7 - Turno de funcionamento das UBS do RN (ciclo 2 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à organização das agendas das equipes para promoção das ações propostas pelo MS durante esse ciclo, observou-se que 98% faziam visita domiciliar; 86,2% tinham grupos de educação em saúde; 77,6% faziam atividades comunitárias; 88,2% realizavam acolhimento à demanda espontânea e 95,9% faziam consultas para o cuidado continuado.

Gráfico 8 - Comparação entre as ações realizadas pelas ESF das UBS do RN e do BR (Ciclo 2 do PMAQ-AB)

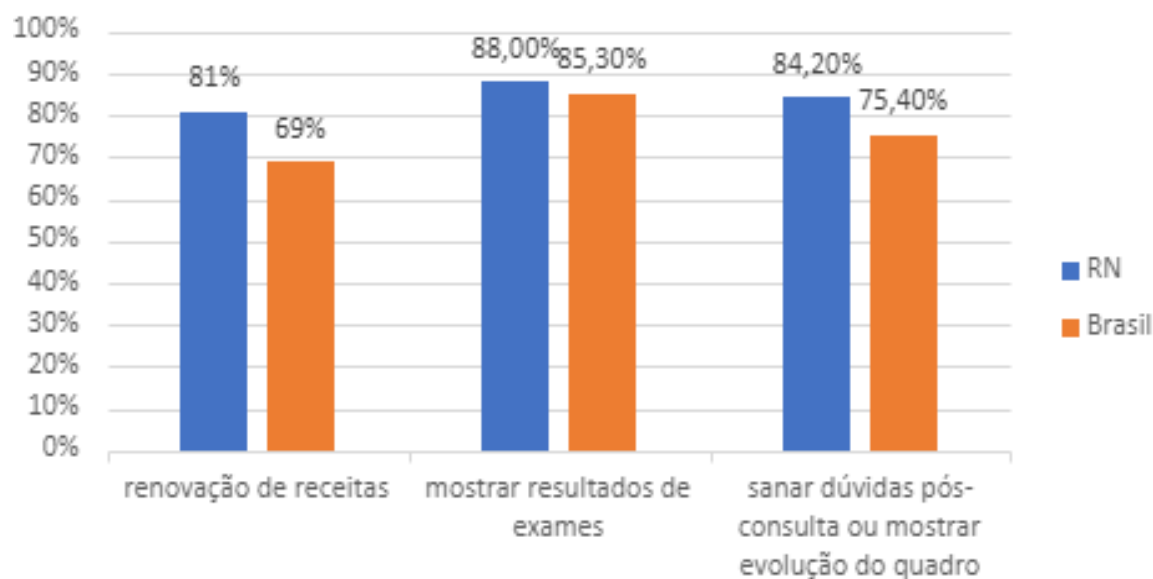


Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à reserva de vagas nas agendas dos profissionais de saúde durante o ciclo 2 do programa, descobriu-se que 81% das UBS ofereciam reserva de vagas para renovação de receita sem a necessidade de marcação de consultas médicas, 92%

oferecem vagas reservadas para mostrar resultados de exames e 84,8% deixam vagas para que os usuários sanem dúvidas pós-consulta ou para que mostrem como evoluiu sua situação.

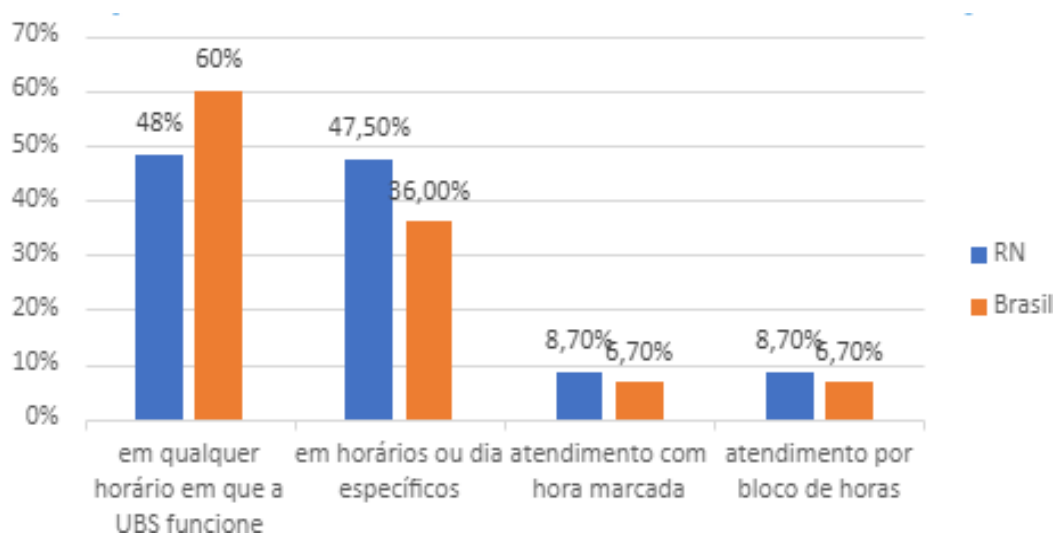
Gráfico 9 - Comparação da reserva de vagas entre as agendas das UBS do RN e do BR (Ciclo 2 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à forma de marcação de consultas, o gráfico 10 traz a comparação entre os resultados do RN e do país.

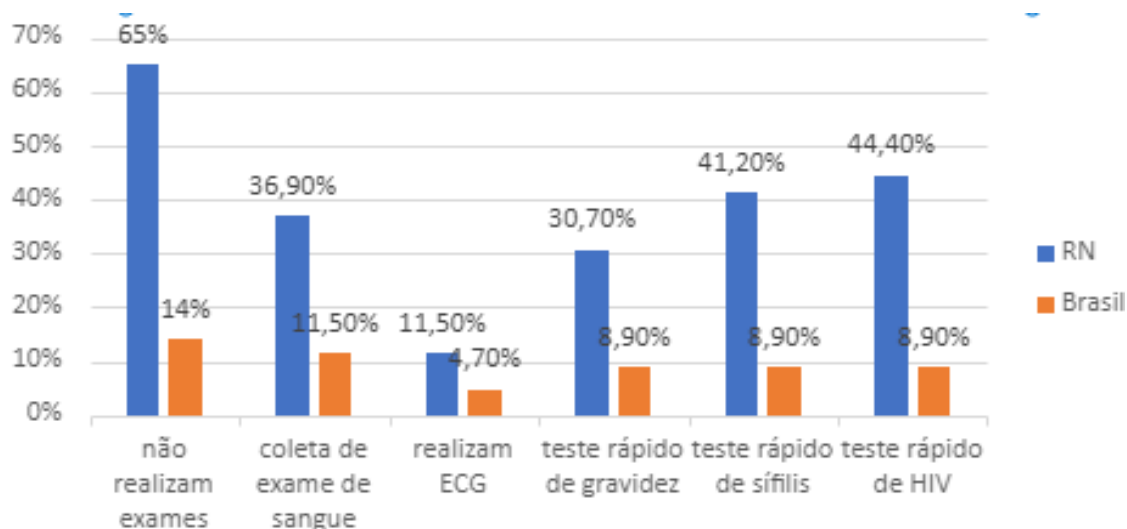
Gráfico 10 - Forma de marcação de consultas nas UBS do RN (ciclo 2 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à coleta de exames e à realização de triagem, observou-se que 65% das equipes não realizavam coletas de exames, enquanto 36,9% realizavam a coleta de exame de sangue na UBS e 11,5% realizavam eletrocardiograma (ECG) na UBS. Testes rápidos de gravidez eram realizados em 37% das UBS; teste rápido de Sífilis em 41,2% das UBS e teste rápido de HIV em 44,4% delas.

Gráfico 11 - Ações de exames laboratoriais e triagem nas UBS do RN (Ciclo 2 do PMAQ-AB)

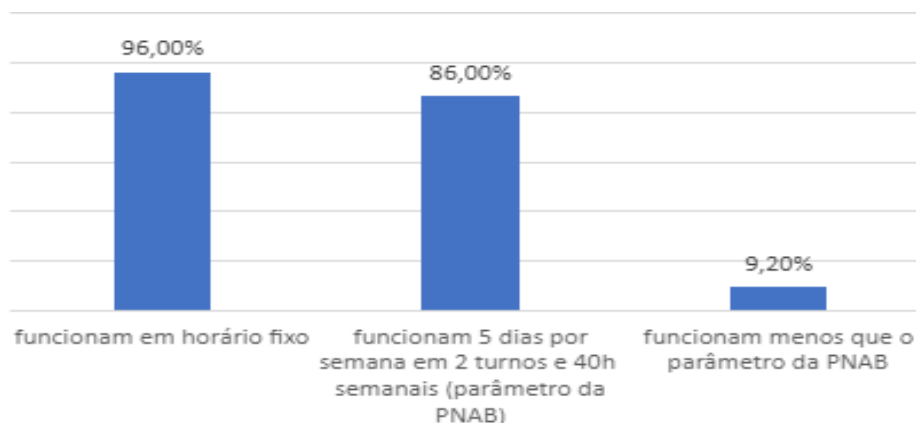


Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

No 3º ciclo do programa, realizado de 2016 a 2019, houve adesão de 97% das equipes de AB, 98% das equipes de AB/SB e 95% das equipes dos NASF, correspondendo a uma abrangência de 97% dos municípios do Estado.

Nele se observou, quanto ao funcionamento das UBS, que 96% tinham horário fixo de funcionamento; 86% atendiam conforme os parâmetros da PNAB, ou seja, 5 dias por semana, em dois turnos, perfazendo um total de 40 horas semanais; e 9,7% funcionavam menos tempo do que era recomendado pelos parâmetros estabelecidos na PNAB.

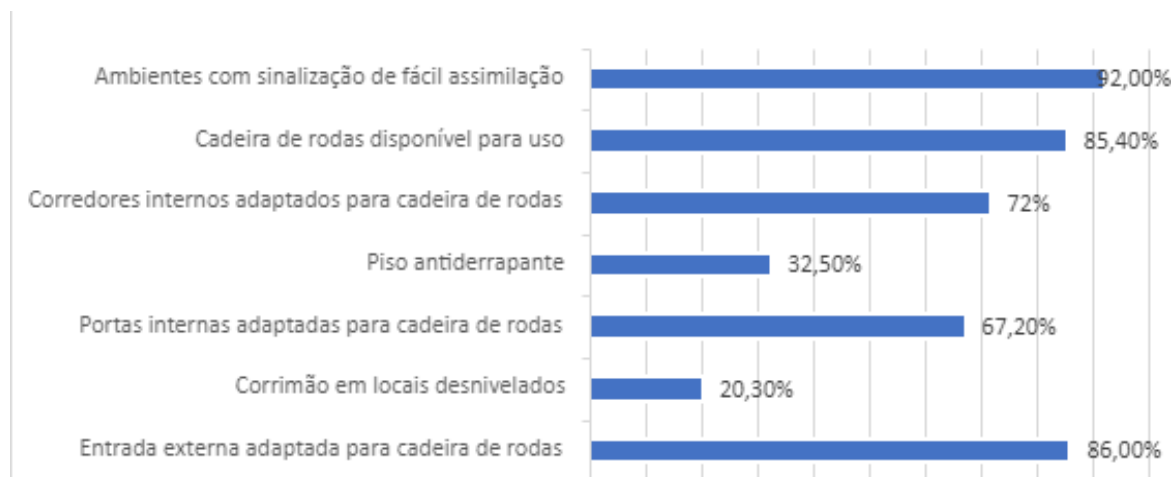
Gráfico 12 - Funcionamento das UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à acessibilidade das unidades, os avanços foram ainda maiores no ciclo 3. A sinalização de fácil assimilação dos espaços passou de menos de 10% no ciclo 1 para 92% no ciclo 3. Antes, apenas 30% das unidades tinham adaptação para entrada de cadeira de rodas e 19% tinham portas internas adaptadas, enquanto nesse ciclo 86% das unidades tinham entrada externa adaptada e 67% tinham as portas internas adaptadas. Os itens mais expressivos são mostrados.

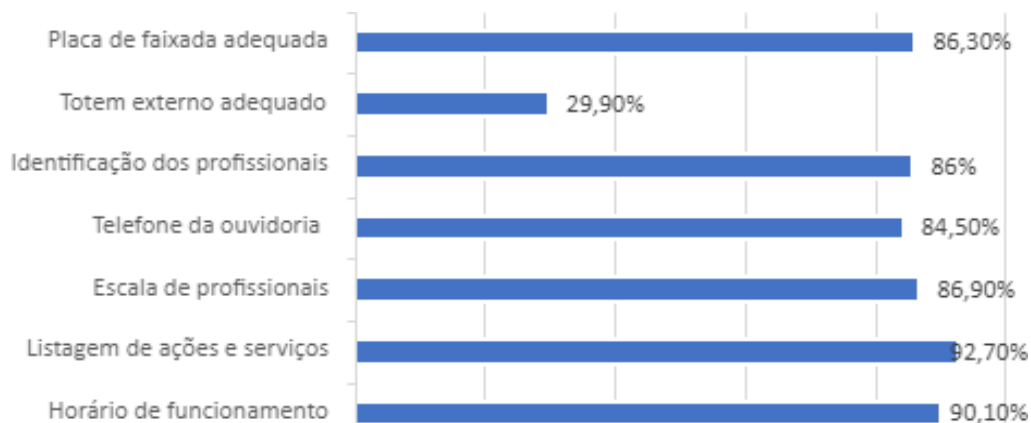
Gráfico 13 - Presença de itens de acessibilidade nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à identificação visual das unidades, a sinalização externa adequada e demais itens preconizados pelo MS já eram largamente adotados pela grande maioria das unidades.

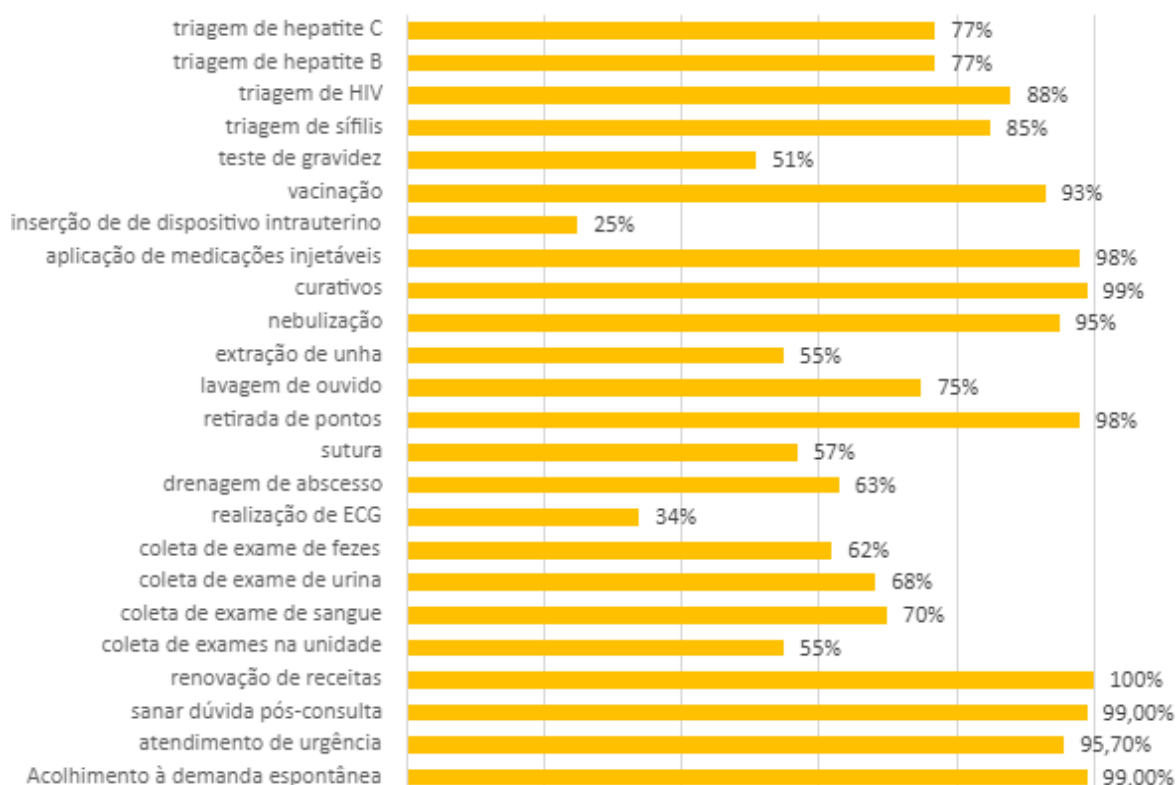
Gráfico 14 - Percentuais de presença de identificação visual nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto aos serviços, ações ofertadas e reserva de vagas disponíveis, também foi verificada aderência substancial ao preconizado como básico pela PNAB. O Gráfico 15 possui os valores para o ciclo 3.

Gráfico 15 - Ações e serviços nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

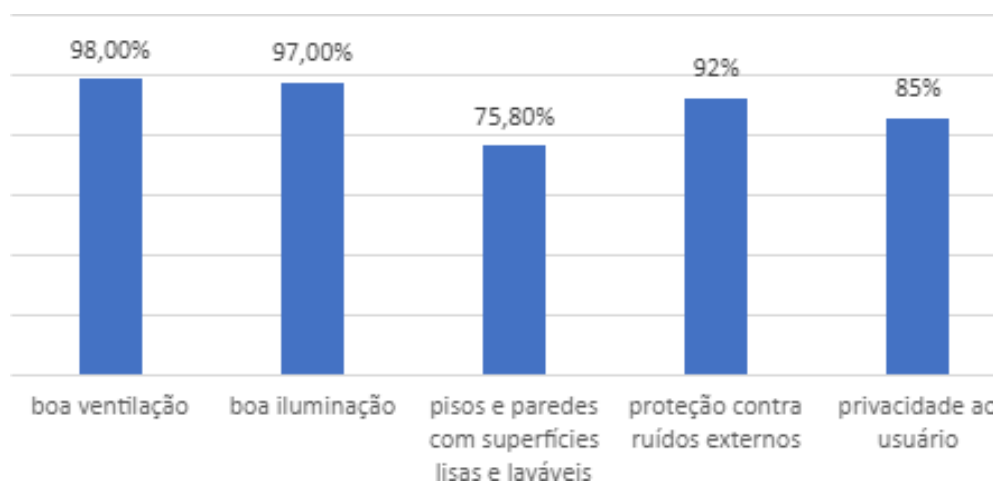
Quanto à composição das equipes, não constou do questionário da avaliação externa do ciclo 3 itens avaliativo sobre a observância das composições mínimas de

profissionais nas equipes. Mas para os profissionais das equipes ampliadas esses dados foram avaliados.

Em 22,4% das equipes existiam profissionais que não faziam parte das equipes mínimas. Médico especialista estava ausente em 50% das equipes; psicólogo estava ausente de 78% delas; fisioterapeuta não participava de 77% das equipes; nutricionista estava ausente de 67% delas; e assistente social não constava de 76% das equipes.

Quanto à ambiência, nesse ciclo apenas foram coletados dados no instrumento de avaliação externa relativos às unidades de saúde bucal.

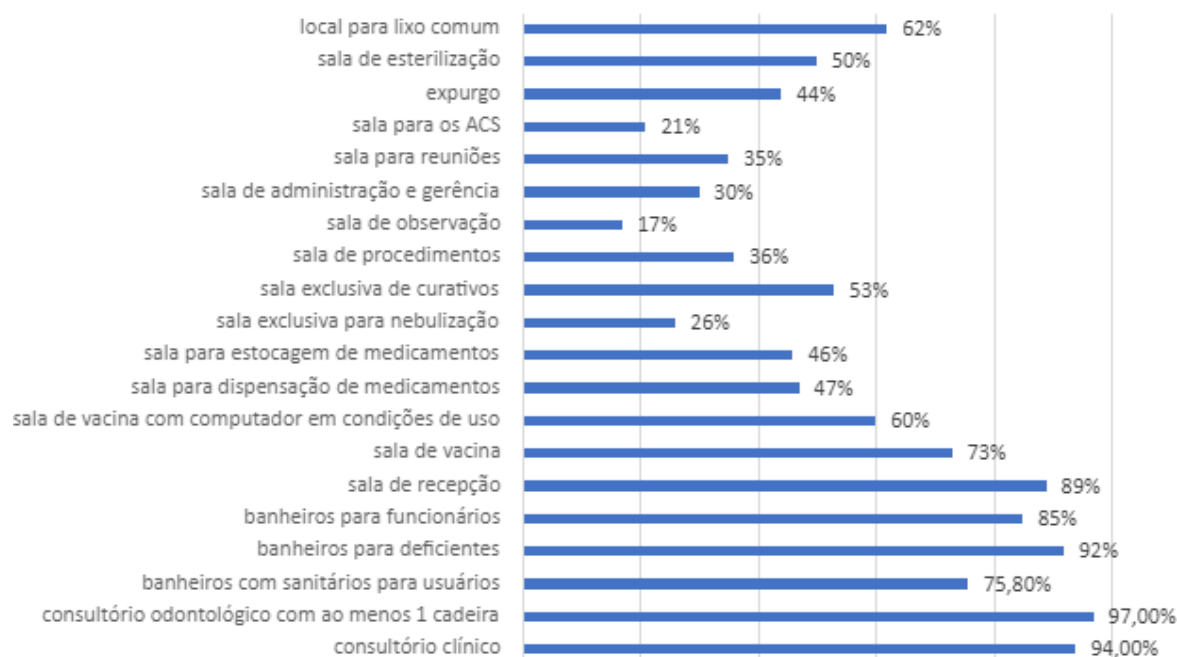
Gráfico 16 - Ambiência das Unidades de Saúde Bucal (Ciclo 3 do PMAQ-AB)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Em relação aos ambientes definidos, não existia mais o largo déficit de banheiros para pessoas com deficiência, o qual então já estava presente em 92% das unidades de saúde da AB. Igualmente, 85% das unidades já contavam com banheiros para os funcionários.

Gráfico 17 - Ambientes definidos nas UBS do RN (Ciclo 3 do PMAQ)



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quanto à reforma, ampliação e reparos, 9,5% das unidades estavam em reforma e 7,8% em ampliação durante a avaliação externa do ciclo 3 do PMAQ-AB. Nesse ciclo não foram coletados dados sobre reparos, embora tenha sido avaliado que houvesse mofo próximo a instalações hidráulicas em 4,3% das unidades; tubulação de plástico por fora da parede em 16% delas; e fios expostos, soltos ou desencapados em 4,9% delas.

Por fim, quanto à informatização das unidades ao final do PMAQ, o acesso à internet nas unidades passou a ser regra; a presença de computadores em condições de uso e com acesso à internet estável também se tornou largamente majoritária, inclusive com mais de 41% das unidades tendo 3 ou mais computadores conectados à rede de internet. Mais detalhes podem ser vistos no quadro 4.

Quadro 4 - Informatização das unidades da AB do RN (Ciclo 3 do PMAQ-AB)

	sim	nenhum	1	2	3	+ de 3
computadores em condições de uso	85,70%	14,30%	24,50%	15,50%	10,40%	35%
câmeras em condições de uso	29,20%	70,80%	14,90%	6%	3,70%	4,50%
caixas de som em condições de uso	42,90%	57,10%	29,30%	8%	0,90%	4,60%
impressoras em condições de uso	60%	40,00%	41,40%	11,20%	4,00%	3,10%
datashow em condições de uso	30%	70%	28,50%	0,80%		
acesso à internet	68,10%					
internet é suficiente (contínua)	84,50%					
computadores com acesso à internet	94,80%	5,20%	25,30%	15,60%	12,50%	41,16%
telefone funcionando	25,30%					
tablet disponível para os profissionais	18,30%					

Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

6 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente análise valeu-se de amplo estudo bibliográfico e documental sobre o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para, ao fim desse processo, utilizar dados gerados pelo programa acerca da AB do Rio Grande do Norte (RN) a fim de avaliar quali-quantitativamente a situação da infraestrutura das unidades da APS do RN ao longo do curso do PMAQ-AB, exclusivamente por meio dos dados que o programa gerou e disponibilizou para acesso público, conforme as premissas de composição mínima que o MS preconiza para a infraestrutura, composição de equipes e serviços disponíveis nas UBS.

Optou-se por análise quali-quantitativa entendendo-se que é a abordagem que melhor se adequa à natureza dos dados objeto do estudo, que são secundários, bibliográficos e documentais, sendo, em parte, numéricos e, em parte, estatísticos.

Os dados sobre o RN foram colhidos em planilhas e informativos disponíveis no site do PMAQ-AB dentro do portal da Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) do MS, bem como também foram colhidos nas publicações denominadas de Retratos da Atenção Básica, disponíveis na biblioteca virtual do site da SAPS; todos eles referentes às avaliações da AB realizadas ao longo dos 3 ciclos do programa.

A partir das informações divulgadas para acesso público nos relatórios analíticos do ciclo 2 e no módulo 1 da avaliação externa dos ciclos 1 e 3 do PMAQ-AB, módulo esse que trata da infraestrutura da AB, foram selecionados e analisados os dados pertinentes ao Rio Grande do Norte.

Os dados que o programa divulgou para o público geral representam a grande maioria dos dados produzidos, já que apenas os relatórios descritivos do ciclo 2 foram de acesso restrito.

Este trabalho considera que tanto a abordagem estrutural, quanto a abordagem de processos profissionais e a abordagem de resultados são válidas e contribuem para uma cognição ampla da situação da AB., contudo, optou por realizar a abordagem estrutural, por compartilhar do entendimento doutrinário que a considera mais estável.

No ciclo 1, realizado entre 2011 e 2012, só puderam participar as equipes de AB e equipes de Saúde Bucal (SB). Delas, 47% aderiram ao programa, o que

correspondeu a uma cobertura de 69% dos municípios e 367 UBS participantes, 363 das quais passaram pela avaliação externa.

Foi constatada uma baixa adesão e grande carência de profissionais para composição mínima das equipes. Muitas equipes não dispunham de ao menos 1 profissional médico, enfermeiro ou ACS sequer.

Em relação à quantidade de profissionais das equipes ampliadas das equipes existentes nas unidades de saúde, a escassez foi ainda maior: pelo menos 84% das equipes não tinham nenhum desses profissionais.

Quanto à sinalização externa e sinalização de ações e serviços adequadas, também houve considerável déficit, pois menos de 22% das unidades tinham a sinalização externa preconizada pelo MS.

Quanto à acessibilidade das unidades observada no início do PMAQ-AB, novamente foi observado um grande déficit da maioria dos itens preconizados pelo MS. Poucas unidades tinham acessibilidade para cadeira rodas, banheiros adaptados para portadores de necessidades especiais, bebedouros adaptados, pisos antiderrapantes e sinalização de fácil assimilação. Praticamente nenhuma delas utilizava símbolos internacionais para pessoas com deficiência.

Quanto à identificação visual para os usuários, nenhum dos itens preconizados estava presente em mais de 42% das unidades, revelando que as UBS estavam mal sinalizadas. Itens básicos como uso de crachás ou outros signos identificadores pelos profissionais e divulgação do telefone da ouvidoria do MS só foram observados em menos de 20% das unidades avaliadas; enquanto a divulgação do horário de funcionamento da unidade só estava presente em 28% delas.

Quanto ao horário de funcionamento das unidades nesse ciclo, observou-se boa margem de inadequação aos parâmetros da PNAB. O PMAQ-AB observou que apenas 63,3% delas atendiam à população em 2 turnos do dia, enquanto 34,4% atendiam apenas em 1 turno. Também foi avaliado que apenas 57,6% delas funcionavam por 8 ou mais horas por dia.

A avaliação externa observou que os serviços básicos preconizados para serem ofertados aos usuários pelas unidades também eram ofertados aquém do preconizado: 39% das unidades não realizavam dispensação de medicamentos aos usuários pela farmácia, 33% não realizavam consultas odontológicas e 25% não realizavam vacinação.

Em relação à ambiência, foram encontrados problemas na ventilação e iluminação dos espaços em 40% das UBS, além de defeitos na facilidade de higienização de pisos, paredes e tetos.

Quanto às características da rede hidráulica, elétrica e sanitária, foi observado mofo próximo à certas instalações hidráulicas e sanitárias de um quarto das unidades avaliadas; 15% delas tinham torneiras sem funcionar; 19% tinham fios expostos, soltos ou desencapados; e 10% tinham vasos sanitários interditados.

Quanto à existência de ambientes definidos, surgiram alguns dos dados mais marcantes: faltava banheiro para os funcionários em um terço das unidades; 5,3% não tinham sequer 1 consultório clínico; 28,8% não tinham sequer 1 consultório odontológico; 38,6% não tinham sala de recepção; 88,4% não tinham sala de acolhimento; 44,5% não tinham sala de curativo; 60,8% não possuíam farmácia; 95% não tinham sala de estocagem de medicamentos; 75% não tinham sala de esterilização e estocagem de materiais esterilizados; 85% não tinham sala de lavagem e descontaminação; 69% não tinham sala de procedimento; 91% não possuíam sala de nebulização; 50% não possuíam sala de vacina; 93% não possuíam sala de observação; 86% não tinham sala de reunião e atividades educativas; 35% não tinham sanitário para homens e 56% não o tinham para mulheres; 82% não tinham local de expurgo; e 79% não tinham local de depósito de lixo comum!

A falta de ambientes definidos essenciais é um convite ao improviso, ao risco e à consequente diminuição da qualidade dos serviços. A falta específica de alguns deles, como sanitários para os usuários e banheiros para funcionários, atentam contra o princípio da dignidade da pessoa humana, um dos pilares da República Federativa do Brasil desde a Constituição Federal de 1988.

Sobre a informatização, os números eram deprimentes e confusos, trazendo percentuais dentro de outros percentuais: 25,2% das unidades possuíam computador, mas apenas 62% deles estavam em condições de uso; 21% delas tinham impressora, sendo que só 70% dessas estavam em condições de uso; apenas 15% das unidades tinham acesso à internet; Apenas 13,6% das unidades tinham ao menos 1 consultório com computador conectado à internet.

Esses números refletem uma baixa informatização das unidades e uma insuficiente manutenção dos seus itens de informática quase duas décadas e meia depois da invenção do computador pessoal.

O quadro geral da infraestrutura da AB do RN observado nesse ciclo 1 do programa demonstrou larga precariedade e distanciamento dos valores mínimos preconizados pelo MS, justificando a importância da promoção de mais políticas públicas de melhoria da APS no Brasil.

Já no ciclo 2 do PMAQ-AB, o acesso público aos dados produzidos foi em boa parte prejudicado, pois os relatórios analíticos que o programa divulgou ao público geral como avaliação das unidades não continham todas as informações que foram divulgadas nos demais ciclos.

No ciclo 2, os dados de acesso público foram divulgados por meio dos relatórios analíticos em blocos de categorias, promovendo diretamente um diagnóstico da situação geral das unidades e equipes, bem como para tecendo recomendações claras às mesmas.

Talvez fosse mais apropriado se isso tivesse sido feito nos relatórios descritivos, não obstante a denominação que receberam, uma vez que somente para esses relatórios, e não para os analíticos, foi estabelecido acesso exclusivo para administradores e profissionais das equipes habilitados por estes para consultar o site do e-Gestor. Devido a isso, os dados dos relatórios descritivos não foram analisados por este estudo, que trata apenas dos dados de acesso público.

As observações feitas pelo PMAQ ao longo do seu 2º ciclo quanto à ambiência das unidades permitiram-lhe diagnosticá-la como insuficiente para 67% das unidades, por não atender às necessidades mínimas das equipes. Apenas 45% das unidades do RN possuíam, em conjunto, sala de recepção, ao menos um consultório, um banheiro, sala de procedimento, sala de curativo, sala de nebulização e sala de vacina. No Brasil, também apenas 46% das unidades possuíam esses itens, revelando que o padrão nacionalmente era igualmente baixo.

Apenas 33% das UBS tinham materiais, equipamentos e insumos considerados mínimos para um bom trabalho da equipe.

Só 62% tinham o mínimo necessário de equipamentos de saúde bucal, enquanto apenas 33% detinham os materiais e insumos necessários para a saúde bucal.

Quanto à informatização, ainda apenas 54% das UBS tinham ao menos um computador, embora 84% tivessem acesso à internet, o que já demonstrou considerável melhora quanto ao ciclo anterior. Apenas 37% tinham ao menos uma

impressora instalada e 12% já tinham o prontuário eletrônico implantado. Esses números revelaram uma tendência de informação ao longo do ciclo, que acabou sendo bem exitosa ao final do terceiro ciclo.

Quanto aos turnos de funcionamento das UBS do RN no ciclo 2 do programa, 91% delas funcionavam durante a manhã e à tarde durante todos os dias da semana, 1,5% do total funcionavam no turno da noite e 0,9% funcionavam nos fins de semana. Novamente foi um avanço considerável, pois no ciclo anterior apenas a metade delas funcionavam em 2 turnos.

Quanto à coleta de exames e à realização de triagem, os avanços ainda foram discretos nesse segundo ciclo. Observou-se que 65% das equipes não realizavam coletas de exames, enquanto 36,9% realizavam a coleta de exame de sangue na UBS e 11,5% realizavam eletrocardiograma (ECG) na UBS. Testes rápidos de gravidez eram realizados em 37% das unidades; teste rápido de Sífilis, em 41,2% delas; e teste rápido de HIV, em 44,4% das mesmas.

Já no 3º ciclo do programa, realizado de 2016 a 2019, houve adesão de 97% das equipes de AB, 98% das equipes de AB/SB e 95% das equipes dos NASF, correspondendo a uma abrangência de 97% dos municípios do Estado.

Nesse ciclo, puderam ser observados grandes avanços em muitos dos parâmetros da AB avaliados.

Nele se observou quanto ao funcionamento das UBS que 96% tinham horário fixo de funcionamento; 86% atendiam conforme os parâmetros da PNAB, ou seja, 5 dias por semana, em dois turnos, perfazendo um total de 40 horas semanais; e apenas 9,7% funcionavam menos tempo do que era recomendado pela PNAB.

Esses dados refletem melhora considerável em relação aos ciclos anteriores. No Ciclo 1, por exemplo, apenas 57% das UBS funcionavam por ao menos 8h diárias.

Quanto à acessibilidade das unidades, os avanços foram ainda maiores no ciclo 3. A sinalização de fácil assimilação dos espaços passou de menos de 10% no ciclo 1 para 92% no ciclo 3. Antes, apenas 30% das unidades tinham adaptação para entrada de cadeira de rodas e 19% tinham portas internas adaptadas, enquanto nesse ciclo 86% das unidades tinham entrada externa adaptada e 67% tinham as portas internas adaptadas.

Quanto à identificação visual das unidades, a melhoria também foi bastante significativa entre o início e o fim do programa, aumentando em mais de 100%. A

sinalização externa adequada preconizada pelo MS, que era menor que 20% no primeiro ciclo, já tinha passado a mais de 86% no ciclo 3. No início do programa, nenhum dos itens de identificação visual tinha valores que ultrapassassem a faixa de 42%.

Quanto aos serviços, ações e reserva de vagas ofertados no último ciclo do PMAQ, também foi verificado aumento do atendimento daquilo que é preconizado pela PNAB em muitos itens. A vacinação, por exemplo, passou de 74% de oferta no ciclo 1, para 93% no ciclo 3. O acolhimento subiu de 47% para 99%; e a realização de curativos passou de 84% para 99%. Os dados públicos continham mais itens do que nos ciclos anteriores, incluindo exames de triagem para sífilis (85%), HIV (88%), hepatite B e C (77%), e teste de gravidez (51%).

Os dados públicos da avaliação externa do ciclo 3 do PMAQ-AB, diferentemente do ciclo 1, não trazem informações sobre o percentual de oferta de consultas médicas e consultas de enfermagem. O que prejudicou a avaliação desses itens.

Também quanto à composição das equipes, não constou do questionário da avaliação externa do ciclo 3, itens avaliativos sobre a observância da composição mínima de profissionais nas equipes. Mas para os profissionais das equipes ampliadas esses dados foram avaliados, não se observando melhora significativa em relação ao ciclo 1.

Quanto à ambiência, nesse ciclo apenas foram coletados dados no instrumento de avaliação externa relativos às unidades de saúde bucal. Os itens de ambiência para a saúde bucal estiveram presentes em mais de 75% das unidades que ofereciam serviços de saúde bucal, muitos deles alcançando patamares superiores a 90%.

Em relação aos ambientes definidos, também foi encontrada substancial melhoria das condições ao fim do PMAQ-AB. Não existia mais o largo déficit de banheiros para pessoas com deficiência, o qual então já estava presente em 92% das unidades de saúde da AB. Igualmente, 85% das unidades já contavam com banheiros para os funcionários.

Nesse ciclo não foram coletados dados sobre reparos, embora tenha sido avaliado que houvesse mofo próximo a instalações hidráulicas em 4,3% das unidades; tubulação de plástico por fora da parede em 16% delas; e fios expostos, soltos ou desencapados em 4,9% delas.

Por fim, quanto à informatização das unidades, grande salto evolutivo foi observado. Ao final do PMAQ, o acesso à internet nas unidades passou a ser regra; a presença de computadores em condições de uso e com acesso à internet estável também se tornou largamente majoritária, inclusive com mais de 41% das unidades tendo 3 ou mais computadores conectados à rede mundial de internet.

Apesar da constatada alteração da presença e conformação de algumas variáveis pertinentes à infraestrutura da AB nos instrumentos de avaliação usados ao longo dos 3 ciclos do PMAQ-AB e da heterogeneidade do segundo ciclo quanto à disponibilização de todos os dados para acesso público, foi possível observar, de um modo geral, que esse conjunto de dados de acesso público provenientes dos 3 ciclos do programa acerca da infraestrutura da AB do RN revelou uma melhora progressiva na maioria dos itens que compunham as variáveis selecionadas pelo PMAQ.

Constatou-se, por exemplo, que houve melhora substancial nas variáveis de ambiência, informatização, turnos de funcionamento, ambientes definidos e serviços disponíveis.

Dessa forma, podemos afirmar que restou confirmada a hipótese de que a infraestrutura das unidades de saúde da AB do RN melhorou ao longo do curso desse programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AB é a pedra angular do SUS. Apesar disso, fiscalização recente feita pelo Conselho Federal de Medicina constatou precariedade da infraestrutura e desconformidade com as normas sanitárias em muitos postos de saúde da AB, significando risco à qualidade do atendimento e à saúde e bem-estar dos pacientes.

Algumas iniciativas já tinham sido tomadas nessa época pelo Governo para melhorar a qualidade da AB brasileira, entre elas o PMAQ-AB, que ocorreu de 2011 a 2019 e teve 3 ciclos, cada qual com algumas fases.

Considerando que o Brasil é um país continental e socialmente plural, o PMAQ AB avaliou a Atenção Primária em cada um dos Estados brasileiros e no Distrito Federal, gerando um enorme volume de dados que foram posteriormente disponibilizados no site oficial do programa de forma parcial e heterogênea, conforme cada um dos 3 ciclos.

O acesso aos dados produzidos foi majoritariamente disponibilizado para o público geral, contribuindo para aumento da efetividade da participação popular e do controle social, salvo uma parcela dos dados do ciclo 2, que foram de acesso exclusivo por meio do e-Gestor.

O objetivo geral da presente pesquisa foi avaliar a hipótese de que a infraestrutura da AB do RN melhorou ao longo do curso do PMAQ-AB, segundo os dados de acesso público produzidos por esse programa.

Os objetivos específicos, todos atendidos na pesquisa, foram: descrever o PMAQ-AB; fazer um delineamento da infraestrutura recomendada para a AB; extrair e analisar os dados que o PMAQ-AB coletou e disponibilizou para acesso público sobre a infraestrutura da AB do RN.

A hipótese de pesquisa foi confirmada, portanto, é possível afirmar, por meio dos dados de livre acesso produzidos pelo PMAQ-AB, que esse programa surtiu o efeito esperado na melhoria da infraestrutura das UBS do Estado do Rio Grande do Norte.

O caráter da pesquisa foi de finalidade básica estratégica, objetivo descritivo e exploratório, sob o método-hipotético dedutivo, com abordagem quantitativa e realizada com procedimentos bibliográficos, documentais e estudo de caso sobre os dados levantados pelo PMAQ-AB junto às unidades de saúde da AB do Rio Grande do Norte.

As principais limitações encontradas durante a pesquisa foram separar do grande volume dados disponibilizados em planilhas de microdados pelo PMAQ-AB aqueles relativos à infraestrutura do Estado do Rio Grande do Norte; a heterogeneidade das normativas que regeram cada ciclo do programa; e o acesso restrito à parte dos dados do ciclo 2 sobre variáveis cujos dados, correspondentemente, foram de acesso público nos demais ciclos.

Indica-se que os dados sejam agregados em planilhas menores, separadas por pertinência temática; que se mantenha a homogeneidade de normativas em eventuais programas semelhantes; e que todos os dados produzidos sejam absolutamente divulgados para a população geral, salvo quando houver justificativa plausível, que deve ser devidamente publicada, para a restrição da liberação dessas informações.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Estela Maria Leão de. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 229-231, jan. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200600010002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 set. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Contribuição da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária**. 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>>. Acesso em 02 abr. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você** - acesso e qualidade. programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) - terceiro ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você**: acesso e qualidade. Brasília: MS, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**: programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) - terceiro ciclo - (2015-2017). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3o Ciclo (Avaliação Externa) Orientações Gerais**. Brasília/DF, 2017, Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de out. 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011; Seção 1:48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: manual instrutivo. Brasília: MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.164p.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72p. (série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAVALCANTI, Pauline; FERNANDEZ, Michelle. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300323,020. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312020000300605&lng=en&nrm=iso> Acesso em 13 abr. 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s010373312020300323>.

CFM. **Conselho federal de medicina**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 26 fev. 2021.

COSTA, C.M.; PINHO, J. R. **Processo de trabalho e planejamento na Estratégia Saúde da Família**: o planejamento como instrumento de gestão. Universidade Federal do Maranhão São Luís, 2014.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, jan./jun. 2009.

DONABEDIAN A. (2005). **Evaluating the quality of medical care**. 1966. The Milbank Quarterly, 83(4), 691-729. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397>>. Acesso em: 3 de ago. de 2020.

DONABEDIAN, A. **A definição de qualidade e abordagens para sua avaliação**. In: Explorações em avaliação e monitoramento da qualidade. vol I. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Cienc Saude Coletiva**. 2006 jul-set;11(3):553-63.

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Giovanella L, Mendonça MHM. **Atenção primária à saúde**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, Ligia et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**,2016.

GIRARDI, S. N., SALGADO, V. A.B., STRALEN, A.C.S.V. **Aspectos críticos da experiência municipal com remuneração variável de equipes de atenção básica em saúde**. In: Congresso CONSAD de Gestão Pública, VIII, 2015.

IBGE. **População**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html.%20Acesso%20em%2001/01/2021>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MELO, E. A. et al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 42, n. n. esp 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>>. Acesso em 17 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em 18 jan. 2020.

PINTO, H. A.; SOUSA, N. A.; FERLA, A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**. Saúde Debate [online], Rio de Janeiro, 38, n. esp, p. 358-372, out. 2014. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>>. Acesso em 30 abr. 2020.

PMAQ-AB. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em: 26 fev. 2021.

POCAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen. **Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012)**:

estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p.275284, junho de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000200275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01. Jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200005>.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316319, junho 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

SISAB. **Sobre o SISAB**. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 fev. 2021.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde; 2004.

TRAD, L. A. B. et al. **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos**. Brasília: PNEPG; CNPq, 2001.

TRAVASSOS C, CASTRO MSM. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: Giovanella L., Escorel S., Lobato L.V.C., Noronha J.C., Carvalho A.I., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

UCHIMURA K.Y., Bosi M.L.M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde**. *Cad. Saúde Pública*. nov-dez. 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1561- 1569, 2002.

VIEIRA DA SILVA LM, FORMIGLI VLA. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10: 80-91.

VUORI HA. **Qualidade em saúde**. *Divulg Saúde Debate*. 1991; 3: 17-25.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. Ecologia do cuidado. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, n. 265, 885-892, 1961. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14006536/>>. Acesso em 04 de jun. de 2020.

