

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Arthur Ferreira da Silva Júnior

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM CARATINGA – MG NO CONTEXTO DO PMAQ-AB

Governador Valadares
2020

ARTHUR FERREIRA DA SILVA JÚNIOR

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
EM CARATINGA – MG NO CONTEXTO DO PMAQ-AB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva.

FICHA CATALOGRÁFICA

S586q Silva Júnior, Arthur Ferreira da

Qualidade dos serviços de atenção básica de saúde em Caratinga-MG no contexto do PMAC-AB / Arthur Ferreira da Silva Júnior. – 2020.

76 f.

Dissertação (mestrado em Gestão Integrada de Território) – UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2020.

Orientação: Leonardo Oliveira Leão e Silva.

1. Estratégias de Saúde da Família - Caratinga. 2. Avaliação em saúde - Caratinga. 3. Território. I. Título.

CDD-616



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

ARTHUR FERREIRA DA SILVA JÚNIOR

“Qualidade dos Serviços da Atenção Básica de Saúde em Caratinga – MG no contexto do PMAQ-AB”

Dissertação aprovada em 23 de junho de 2020,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:



Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Orientador – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE



Prof.ª Dr.ª Marileny Boechat Frauches Brandão
Examinadora – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE



Prof. Dr. Ronny Francisco de Souza
Examinador – Fundação Educacional de Caratinga - FUNEC

Dedico este trabalho a meus saudosos pais, Arthur Ferreira da Silva e Zilda Campos da Silva, à minha amada esposa, Raquel Carvalho Ferreira, que tanto me inspira, e às minhas queridas filhas, Sara Ferreira Carvalho e Laura Ferreira Carvalho, que enchem de alegria a nossa casa, além de todos os meus nove irmãos e seus respectivos cônjuges, filhos e agregados.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pelas orações respondidas e pelo sustento nos momentos difíceis.

Aos queridos irmãos da Igreja Cristã Maranata de Caratinga, em especial do bairro Sta. Zita e Central I, pelas incontáveis orações.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, pelas precisas e relevantes orientações.

Ao Programa de Mestrado Interdisciplinar em Gestão Integrada do Território (GIT) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), na pessoa do seu coordenador, Prof. Dr. Haruf Salmen Espindola, por todo apoio recebido.

A todo Colegiado do GIT, pelas lições de conteúdo e de vida.

À Fundação Educacional de Caratinga (FUNEC), por todo suporte oferecido.

Ao Prof. Antônio Fonseca da Silva, Reitor do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), e à Dra. Daniela Fonseca Genelhu Soares, pelo incentivo e apoio tão imprescindíveis.

Ao Dr. Diogo Pena Moreira, colega de turma e companheiro de viagens, pela companhia sempre agradável.

“Tu me cercaste em volta e puseste sobre mim a tua mão. Tal ciência é para mim maravilhosíssima; tão alta, que não a posso atingir”.

(Salmo 139: 5-6).

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar e caracterizar os fatores marcadores da qualidade dos serviços ofertados pelas Estratégias de Saúde da Família no Município de Caratinga-MG, considerando-se o território como um espaço onde são verificadas as interações da população e os serviços de saúde em nível local. O foco metodológico é trilhado com base em uma investigação transversal, descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando informações de bases de dados de fontes secundárias, com dados oriundos dos três módulos dos Ciclos II e III do componente de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados coletados foram codificados e categorizados, até chegar-se ao fenômeno central. Os resultados propiciaram a caracterização das unidades de saúde que participaram das avaliações dos dois ciclos avaliados. Em relação à equipe mínima de profissionais existentes na unidade de saúde, durante o Ciclo II, foram verificadas médias de 1,29 ($\pm 0,46$) médicos, 1,25 ($\pm 0,44$) enfermeiros e 7,20 ($\pm 2,5$) agentes comunitários de saúde (ACS). Encontrou-se 41,66% das entradas e portas internas adaptadas para cadeirantes e 16,66% de cadeiras de rodas disponíveis nas unidades no Ciclo II, enquanto que no Ciclo III este dado não estava disponível. A participação da equipe em ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal foi de 62,5% (Ciclo II) e 33,33% (Ciclo III). Observou-se uma redução nos vínculos estáveis e o crescimento de vínculos precários, como o contrato temporário por prestação de serviço. A população estudada caracterizou-se, em sua maioria, por usuários do sexo feminino, com predominância do nível de alfabetização “ensino fundamental incompleto”. Para o Ciclo II, 94,7% dos usuários estão satisfeitos com o horário de atendimento. Ao avaliar a demanda espontânea, 53,12% dos entrevistados precisaram ir à unidade de saúde sem hora marcada e 50% obtiveram resolução para seu problema, embora, 63,55% (Ciclo II) e 50% (Ciclo III) não contem com essas unidades para algum atendimento de emergência. A maioria dos usuários consideram suficiente o tempo de atendimento do médico, e sempre encontram facilidade para conversar com os profissionais sobre resultados dos exames, porém quase nunca são procurados pelos profissionais da unidade quando interrompem o tratamento por algum motivo. Foi verificada queda nas visitas dos ACS's na residência dos usuários do ciclo II para o III. As metas em relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde exigidas pelo Programa Bolsa Família foram alcançadas em 2014 e 2017, e não alcançadas em 2013. A meta de cobertura pelas equipes de saúde bucal foi alcançada em 2015. Em 2016, 100% das ações de educação permanente propostas foram implementadas. Concluiu-se a necessidade de garantir ao usuário dignidade na promoção da saúde, o que requer a organização dos serviços, com adequação do pessoal técnico e dos recursos tecnológicos, a fim de dar continuidade no cuidado. Poderão auxiliar no processo de reflexão sobre o cuidado e o trabalho das equipes de atenção básica. De forma positiva, almeja-se contribuir ainda para o planejamento de novas formas de organização, reorientação das práticas profissionais e nos processos de tomada de decisão.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família; Avaliação em Saúde; PMAQ; Território.

ABSTRACT

This study aims to identify and characterize the marking factors of the quality of services offered by the Family Health Strategies in the Municipality of Caratinga-MG, considering the territory as a space where the interactions of the population and health services are verified in local level. The methodological focus is based on a cross-sectional, descriptive investigation, with a quantitative approach, using information from secondary source databases, with data from the three modules of Cycles II and III of the external evaluation component of the National Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The collected data were coded and categorized, until the central phenomenon was reached. The results provided the characterization of the health units that participated in the evaluations of the two cycles evaluated. Regarding the minimum team of professionals in the health unit, during Cycle II, averages of 1.29 (± 0.46) doctors, 1.25 (± 0.44) nurses and 7.20 (± 2), 5 community health workers (CHA). There were 41.66% of the entrances and internal doors adapted for wheelchair users and 16.66% of wheelchairs available in the units in Cycle II, while in Cycle III this data was not available. The team's participation in permanent education actions organized by the municipal administration was 62.5% (Cycle II) and 33.33% (Cycle III). There was a reduction in stable bonds and an increase in precarious bonds, such as the temporary service contract. The studied population was characterized, in its majority, by female users, with predominance of the level of literacy "incomplete elementary school". For Cycle II, 94.7% of users are satisfied with the service hours. When assessing spontaneous demand, 53.12% of respondents had to go to the health unit without an appointment and 50% had a solution to their problem, although 63.55% (Cycle II) and 50% (Cycle III) do not have these units for some emergency care. Most users consider the doctor's service time to be sufficient, and they always find it easy to talk to the professionals about test results, but they are almost never sought by the unit's professionals when they interrupt the treatment for any reason. There was a decrease in visits by CHWs at the home of users from cycle II to III. The goals regarding the monitoring of health conditionalities required by the Bolsa Família Program were achieved in 2014 and 2017, and not achieved in 2013. The goal of coverage by the oral health teams was reached in 2015. In 2016, 100% of the proposed permanent education actions were implemented. It was concluded the need to guarantee the user dignity in health promotion, which requires the organization of services, with the adequacy of technical personnel and technological resources, in order to continue the care. They can assist in the process of reflection on the care and work of primary care teams. In a positive way, the aim is to contribute to the planning of new forms of organization, reorientation of professional practices and decision-making processes.

Keywords: Family Health Strategy; Health Evaluation; NAQIP; Territory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de causa e efeito - Ishikawa	24
Figura 2 - Diagrama de Ishikawa para a Disfunção da Qualidade nos serviços de Atenção Básica.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Equipes de atenção básica na unidade com saúde bucal (Ciclo II).....	38
Gráfico 2 - Quantidade de profissionais das equipes mínimas existentes na unidade de saúde (Ciclo II).....	39
Gráfico 3 - Serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento de unidade e saúde (Ciclo II).....	41
Gráfico 4 - Facilidade de acesso à ESF (Ciclo II)	52
Gráfico 5 - Horário de preferência de atendimento pelos usuários (Ciclo II)	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de Saúde da Família do município de Caratinga/MG participantes do Ciclo II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica... 31	31
Quadro 2 - Variáveis do PMAQ utilizadas para análise do estudo (BRASIL, 2013). 33	33
Quadro 3 - Variáveis do PAS utilizadas para análise do estudo 35	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização geral dos entrevistados Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica	37
Tabela 2 - Caracterização geral dos entrevistados segundo formação e qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica	43
Tabela 3 - Caracterização geral dos entrevistados das Estratégias de Saúde de Família de Caratinga/MG segundo cor ou raça	46
Tabela 4 - Caracterização geral dos entrevistados das Estratégias de Saúde de Família de Caratinga/MG segundo alfabetização.....	47
Tabela 5 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo ocupação.....	48
Tabela 6 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo acesso ao serviço social Bolsa Família	48
Tabela 7 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo tempo de chegada, facilidade de acesso e funcionamento	50
Tabela 8 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo marcação de consultas.....	54
Tabela 9 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo demanda espontânea.....	55
Tabela 10 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo atendimento de urgência	56
Tabela 11 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado.....	57
Tabela 12 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo a coordenação do cuidado	59
Tabela 13 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo a visita domiciliar	59
Tabela 14 - Tabela com ações e metas para atenção básica RAG.....	61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 NOTAS INTRODUTÓRIAS	17
1.1 TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE	17
1.2 TERRITÓRIO EM SAÚDE PÚBLICA	18
2 GESTÃO DE QUALIDADE	21
2.1 APLICAÇÃO DOS CONCEITOS DE GESTÃO DA QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	23
3 PMAQ-AB E A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
3.1 PMAQ-AB: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS	28
3.1.1 Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS)	29
3.2. PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.2.1 Delineamento do estudo	30
3.2.2 Local de estudo	30
3.2.3 Fontes de dados	31
3.2.4 Participantes	32
3.2.5 Aspectos éticos	32
3.2.6 Escolha das variáveis.....	33
4 RESULTADOS: ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	37
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	42
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS	45
4.4 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO A ACESSO E ACESSIBILIDADE	49
4.5 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO E ESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS COM A EQUIPE	54
4.6 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À COORDENAÇÃO DO CUIDADO ...	58
5 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	67

APRESENTAÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) procura melhorar a qualidade de vida da população brasileira e interferir nos elementos que põem em risco a saúde, por meio de atenção integral, igualitária e constante, corroborando com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para que a ESF atinja seus objetivos e tenha adesão da população é necessário que os serviços sejam prestados com boa qualidade e que a população tenha a percepção dessa qualidade. Sendo assim, os conceitos e as práticas de gestão tornam-se fundamentais para que os processos executados pelos profissionais das ESF's atendam às necessidades da população e ainda consolidem um ambiente propício para a melhoria contínua dos serviços.

A delimitação espacial do campo de abordagem da saúde é aplicada a diversos serviços do SUS, como a Estratégia de Saúde da Família, e os programas de vigilância em saúde e na saúde mental, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (MONKEN & BARCELLOS, 2005). Dessa forma, o desenvolvimento de estudo de áreas de abrangência a partir das vivências dos atores que compõem este espaço direciona a ações futuras de planejamento, que uma vez adotadas, tendem a minimizar de forma considerável aspectos de exclusão social verificados nos serviços públicos de saúde, que não vêm atendendo eficazmente as necessidades das comunidades locais.

A rede de ESF no Município de Caratinga/MG carece de estudo que possibilite melhor compreensão de sua atual configuração frente aos problemas contemporâneos, a fim de torná-la eficaz e atrair usuários para acompanhamento e assistência integral à saúde, propiciando, assim, diagnósticos mais precoces e melhor efetividade no cuidado.

Como os resultados desejados só podem ser atingidos com a aplicação de uma gestão de qualidade, a compreensão do instrumento do PMAQ-AB, com todas as suas variáveis utilizadas para análise dos diversos componentes da estrutura física e tecnológica, bem como do pessoal técnico envolvido e dos serviços prestados nas unidades, possibilitará uma importante fonte de informações que poderão dar suporte permanente aos gestores, a fim de promover melhor efetividade aos serviços.

Estabelecidas essas premissas, a pesquisa tem como objetivo principal discutir a percepção dos usuários das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Caratinga-MG acerca da qualidade do acesso e acessibilidade, longitudinalidade, integralidade do cuidado e coordenação do cuidado no período de 2013 a 2017. Os usuários do sistema de saúde tendem a influenciar nas ações do serviço incorporadas no território, o que justifica a importância da incorporação do conceito território e de seu componente cultural (MONKEN et al., 2008).

Passa-se a listar os objetivos específicos deste estudo: identificar a percepção dos usuários acerca da qualidade do acesso e acessibilidade, longitudinalidade, integralidade do cuidado e coordenação do cuidado; identificar fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde; identificar se o município alcançou as metas de qualidade e as que não foram alcançadas; elencar os motivos que levaram o município a não alcançar as metas de qualidade.

A dissertação está estruturada em seis sessões, incluindo-se a presente apresentação. Na segunda sessão, dividida em duas partes, apresentamos uma discussão do território como um passo básico para a caracterização da população e seus problemas de saúde, e como a dimensão territorial tem-se tornado importante no processo de regionalização da política de saúde. Em seguida, exploramos a gestão de qualidade como uma ferramenta de continuidade do cuidado eficiente e eficaz, de forma a atender a expectativa do usuário, dando garantia de uma promoção de saúde digna. A terceira sessão elenca a aplicação dos conceitos de Gestão da Qualidade na prestação dos serviços da Atenção Básica de Saúde. Na quarta sessão fizemos a exposição de metodologia adotada, bem como a caracterização e discussão acerca do PMAQ-AB.

A quinta sessão expõe, de início, os procedimentos de análise dos dados coletados, seguida dos resultados e discussões sob a ótica da literatura pertinente. A sexta sessão, por fim, expressa as conclusões da pesquisa embasadas pela teoria correlatada e as recomendações. Em seguida, foram apontadas sugestões para futuras pesquisas sobre o tema abordado.

Os estudos proporcionarão o conhecimento do engajamento entre profissionais e usuários, a fim de possibilitar ao sistema a criação de estratégias de resolutividade, a fim de conduzir e explorar, de forma imparcial, o serviço prestado pelas estratégias de saúde da cidade, para que a atenção básica seja uma porta de entrada para a saúde segura, equitativa e com qualidade para os cidadãos usuários.

Por fim, presume-se que este projeto oportunizará a sistematização e reflexão acerca da qualidade dos serviços ofertados pela ESF a partir dos resultados do PMAQ em uma dimensão acadêmica e prática.

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

1.1 TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE

O território é o espaço qualificado pelo sujeito. E não é somente físico, mas também político, social, que se caracteriza por uma população com condições de vida, saúde e acesso a específicos serviços, que vive em determinados tempo e espaço, com problemas de saúde definidos, e que interage com os gestores das diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde. Nele estão as marcas históricas e sociais das populações e é onde se constituem as redes e as relações dos sujeitos (MONKEN & BARCELLOS, 2005; SANTOS & SILVEIRA, 2011).

No Brasil, o geógrafo Milton Santos inaugurou a abordagem do espaço como processo e construção social, considerando também as particularidades dos territórios periféricos ou semiperiféricos do capitalismo global. A definição de território, inspirada em Milton Santos, como “a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária, alude a redes, forças propositivas, trocas entre pessoas e a uma suposta comunidade ou coletividade, no entanto, obliterando a dimensão política ou a pergunta pelo poder, que seria determinante para a compreensão do território numa perspectiva crítica (FURTADO et al., 2016, página 8).

Se o território se define pelo uso, o modo mais adequado de entendê-lo é estudando sua utilização antes de qualquer ação prática de promoção dos serviços e de definição do público-alvo. As ações democráticas e participativas, assim como a intersetorialidade das ações, são processos transversais, ou seja, antecedem e acompanham as ações, bem como fazem parte do planejamento baseado no uso do território. Essa é uma mudança em relação ao encaminhamento conceitual em torno da territorialização: não se trata de criar territórios, mas de adaptar os serviços aos territórios (FARIA e BORTOLOZZI, 2016).

Dessa forma, a delimitação e o conhecimento do território e da população adstrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais dessa concepção (BRASIL, 2004). A intersetorialidade apresenta-se como estratégia relevante para que a conformação da rede seja alcançada, ao ampliar o alcance das redes de cuidado mediante parcerias com as áreas da educação, justiça, assistência social, segurança, entre outras (BARBOSA et al., 2018a).

No contexto da emergente sociedade informacional, o conhecimento disponível nas comunidades locais é visto como um insumo fundamental de gestão, em que as novas tecnologias da informação e comunicação são utilizadas como ferramentas cada vez mais relevantes de mediação (SELLERA et al., 2019).

Santinha (2013) chega a destacar a importância da abordagem territorial como elemento de base para os processos decisórios do Poder Público, os quais são desafios que precisam ser enfrentados estrategicamente.

O dinâmico processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização da saúde torna urgente a necessidade de compreender todos os fenômenos socioeconômicos que ocorrem no território, pois este se apresenta como resultante de toda integração entre objetos e ações sociais que o tornam orgânico e polarizador de todas as demandas da sociedade, ao mesmo tempo em que tem de prover os recursos necessários para que os objetivos de promoção da saúde sejam alcançados.

1.2. TERRITÓRIO EM SAÚDE PÚBLICA

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN, 2008).

Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo biomédico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar (MINAYO, 1991, p. 76).

O tema da rede básica e, sobretudo do território, tem sido colocado como ponto estratégico para a constituição de novas práticas no campo da saúde, que operem uma ruptura com certo modelo assistencial e tecnológico de conhecimento, que produz tanto um modelo assistencial médico hegemônico quanto um modo de organização social voltado para o conceito de doença (VIEIRA & NEVES, 2017).

Ao entender o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional o setor saúde passa a entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas como resultado de uma dinâmica social complexa. Essa talvez seja a grande contribuição de Milton Santos à saúde pública brasileira e que acabou motivando uma grande quantidade de pesquisadores a utilizarem os referenciais teóricos desse autor nas pesquisas sobre disseminação de doenças nas coletividades (FARIA e BORTOLOZZI, 2009, p. 35).

Diante da percepção de que os desafios da saúde multiterritorial contemporânea já não podem mais ser enfrentados sem levar em conta a complexidade dos fenômenos e que o modelo biomédico e as ideias e práticas disciplinares são insuficientes em si mesmos, vem crescendo e sendo difundido o entendimento segundo o qual a saúde requer uma abordagem interdisciplinar para tornar efetivas as ações de promoção da saúde coletiva (MINAYO, 1991).

Além disso, o território da saúde pública está subdividido em níveis federal, estadual e municipal e uma das questões que afetam diretamente o enfrentamento dos problemas da saúde reside no fato das abordagens geográficas, por parte dos gestores de saúde, estarem centradas em dados estatísticos tão somente, sem levar em conta a dinâmica socioeconômica e também política das áreas e microáreas dos territórios de abrangência, tornando a visão do território limitada e obtusa (MONKEN, 2008).

Para Franco e Merhy (2003), o território das práticas de saúde configura-se em espaços nos quais ocorrem múltiplas disputas a partir da ação de distintos atores, que podem se aliar ou confrontar-se, a depender de seus respectivos interesses e capacidade de ação. A produção da saúde dá-se nos espaços da vida, onde as relações são estabelecidas. Priorizar os aspectos políticos desse território, assim como a existência de contextos afetivos e cotidianos das pessoas, interfere na forma de reconstruir a prática da saúde (GONZALEZ-REY; MORI, 2011).

A dimensão territorial vem tomando importância no processo de regionalização da política de saúde, por meio da distribuição dos recursos para a atenção que busca a racionalização das ações e dos serviços disponibilizados para todos os cidadãos, em que grande parte das necessidades dos cidadãos deve ser atendida, exigindo a presença de uma quantidade mínima de ações e serviços (MENDES et al., 2015). A iniquidade na oferta e na complexidade de atenção à saúde das populações entre diversas localidades refletem as desigualdades socioeconômicas que constituem o território brasileiro (VIANA et al., 2008).

Em virtude da diversidade presente na dinâmica territorial que caracteriza municípios e regiões brasileiras e sua forte associação com um estabelecimento de maior ou menor dificuldade de incorporação e fixação da ESF, é possível identificar possibilidades e

limitações nas ações que visam produzir uma redução das iniquidades na sua distribuição pelo país (SANTOS, 2018). Dessa forma, por meio de elementos que compõem a estrutura de indicadores e as ações orientadas para tais indicadores em um território, é possível a execução de uma gestão de saúde pautada em tais elementos (ANITA, 2017).

Os indicadores coletados no território da saúde, sendo posteriormente analisados, vão constituir informações que proporcionarão aos gestores tomadas de decisões melhor embasadas, podendo promover uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

2 GESTÃO DE QUALIDADE

Em 1990, uma discussão acerca dos problemas a serem enfrentados na Atenção Básica foi gerada devido ao grave quadro econômico e ao processo de democratização, constituindo consideráveis alterações no cenário brasileiro. Questões relativas às discrepâncias no acesso, desorganização nas instituições operantes no setor, bem como uma rede desorganizada com baixa resolutividade e produção diante dos recursos existentes, aliados a um processo de decisão centralizado (ALMEIDA, 1995).

Uma década marcada pela apropriação do dever em relação à saúde pelo estado, gerando a necessidade de expansão do acesso à AB, uma vez implementada nas últimas décadas por meio de mecanismos legais, por organizações, com objetivo de tornar única e descentralizada a atenção à saúde (ALMEIDA, 1995). Tornar universal a atenção foi um dos principais ditados para o processo de ampliação do acesso, dessa forma instituindo à população o direito a serviços exclusivos, como os de saúde previdenciários (BRASIL, 2006).

Foram impostas condições para efetivação do direito universal à saúde, como uma relação medular entre Estado e sociedade; à forma de regulação social do Estado brasileiro; à dinâmica interna do sistema de saúde, bem como aos procedimentos internos dos serviços (BRASIL, 2006).

Diante desse cenário histórico-político, foi aprovada em 1988, pelo Congresso Constituinte, a Constituição Federal, que reconheceu a saúde como um direito social (art. 6º), de relevância pública (art. 197). A Constituição veio a determinar que a gestão e formulação das ações de saúde sejam feitas com a participação da comunidade a ser assistida, atribuindo aos municípios a função de resolutividade dos problemas do país (ALMEIDA, 2006).

Apoiada na Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 de 1990, torna necessária a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o alcance desse objetivo, os municípios assumiriam a função da elaboração da política assistencial, bem como da sua avaliação com a participação da população (ALMEIDA, 1995). Segundo os princípios do SUS, as unidades básicas de saúde devem ser a “porta de entrada” do sistema de saúde, com objetivo de facilitar a assistência aos moradores de definida área da cidade e, ainda, ofertar atenção integral aos moradores (SCOREL, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) — implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente como um Programa — enquadra-se em um contexto paradoxal, que se relaciona à coexistência de um modelo de saúde centrado no usuário, que se depara com outro, caracterizado por excluir uma parcela da população do acesso aos serviços de saúde, os

quais são centrados em medidas curativas e no profissional médico. Em resposta a esse modelo, o SUS emerge de lutas e discussões políticas, embasado em princípios doutrinários como o acesso universal aos serviços de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a participação social como forma de diminuir as iniquidades em saúde e permitir o envolvimento da população na construção do SUS (BRASIL, 2006).

As últimas décadas têm trazido o entendimento de que as organizações que ofertam serviços de saúde precisam se profissionalizar e se modernizar em suas práticas para que os mais elevados índices de qualidade, já presentes nas grandes empresas, possam ser alcançados no serviço público de saúde e nos hospitais e clínicas públicos ou privados, como resultados da aplicação de ferramentas da Gestão da Qualidade já consagradas em empresas de sucesso de todo o mundo.

Para Starfield (2002), não basta que o usuário receba o serviço de saúde que lhe é mister, mas que esse seja ofertado com eficiência e eficácia, buscando-se atender à expectativa do usuário e oferecer-lhe um serviço com alto padrão de qualidade e garantir-lhe a dignidade na promoção da saúde, o que requer a organização dos serviços, com adequação do pessoal técnico e dos recursos tecnológicos, a fim de dar continuidade no cuidado.

A eficiência nos processos de saúde, que é a melhor oferta na qualidade dos serviços, utilizando a menor quantidade de recursos possível, e a eficácia, que é o foco nos resultados, ambas citadas por Starfield (2002), estão em perfeita consonância com os pilares da qualidade em saúde, defendidos por Donabedian (1978), e todos os esforços dos gestores e das equipes da atenção básica em saúde devem ser canalizados para elevarem os níveis de eficiência e eficácia, além de garantirem a efetividade dos serviços, garantindo impactos positivos aos usuários em conformidade com aquilo que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Desde que os autores daquela que se convencionou chamar Teoria Neoclássica da Administração começaram a discutir mais profundamente os conceitos de eficiência e eficácia, após o fim da Segunda Guerra Mundial, gestores do mundo todo e de todas as áreas de atuação lançaram-se ao desafio de tornar as organizações em geral, incluindo aí aquelas que ofertam os serviços de saúde, mais eficientes do ponto de vista do aproveitamento racional dos recursos, e também mais eficazes, no sentido de potencializarem os resultados positivos do impacto dos serviços de saúde na vida daqueles que são a razão de todo serviço, os usuários do Sistema.

A eficiência em serviços é, na prática, realizar mais com menos, ou seja, aproveitar ao máximo os recursos disponíveis como equipamentos tecnológicos, materiais, insumos e até

mesmo o tempo, pois, este último é um dos elementos mais importantes no que se refere ao uso eficiente de recursos, além das pessoas que são o fator mais decisivo na qualidade e na produtividade de qualquer organização.

Quanto à eficácia, esta é ainda mais importante que a própria eficiência, pois a eficácia está relacionada aos fins, aos resultados na ponta do processo global da organização. Portanto, todos os esforços das pessoas, desde a chefia até os colaboradores que prestam o serviço diretamente aos usuários (*front office*), devem ser com vistas aos resultados finais, à satisfação dos usuários com a prestação dos serviços, certificando-se de que os serviços não foram simplesmente realizados, mas resolveram os problemas dos usuários e houve percepção, para os usuários, de que os serviços corretos foram realizados.

Durante muitos anos a saúde foi tratada como serviço de apenas voluntários, sobretudo religiosos, que se dedicavam ao cuidado da saúde dos necessitados em hospitais filantrópicos e, até mesmo o Estado oferecia um serviço sem muitas preocupações com a qualidade, como se as técnicas de gestão profissional não fossem para o setor da saúde e sim, apenas, para organizações empresariais como indústrias, setor bancário e grandes redes de comércio.

2.1 APLICAÇÃO DOS CONCEITOS DE GESTÃO DA QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Ferramentas de Gestão da Qualidade como o Diagrama Causa-Efeito, também conhecido como Diagrama Espinha de Peixe, o Diagrama de Pareto e o uso de *brainstorming* e de *benchmarking*, como destaca Corrêa (2002), podem ser bem úteis na gestão da saúde, pois elas podem facilitar tanto os diagnósticos dos problemas que afetam a qualidade dos serviços, quanto nortear a priorização daqueles problemas diagnosticados que mais impactam na qualidade, e ainda apresentarem métodos práticos de se conseguirem os resultados desejáveis de melhoria contínua da qualidade.

O Diagrama Espinha de Peixe foi inicialmente elaborado pelo engenheiro químico japonês Kaoru Ishikawa, em 1953, e vem sendo aperfeiçoado e utilizado pelos gurus da Gestão da Qualidade desde então, e ele tem por finalidade o diagnóstico dos fatores que implicam na perda de eficiência e qualidade nas organizações, identificando os problemas existentes e suas causas (SELEME et al., 2010).

As causas comumente identificadas são de seis ordens distintas, didaticamente apresentadas com suas iniciais igualmente na letra “M”, a saber: Método; Material, Mão-de-obra; Máquina; Medidas; e Meio-ambiente (SELEME et al., 2010). Cada uma das seis causas,

chamadas também de causas primárias, são, por sua vez, compostas por suas respectivas subcausas, as quais são catalogadas abaixo das causas primárias, formando uma representação gráfica semelhante a uma espinha de peixe, como no exemplo que cataloga as causas do problema “produtos com defeito” em determinada organização, demonstrado na figura a seguir:

Figura 1 - Diagrama de causa e efeito – Ishikawa



Fonte: Ishikawa, 1985.

Para a elaboração do Diagrama de Ishikawa é necessário, primeiramente, identificar o problema, seja ele previamente identificado ou diagnosticado em reunião de discussão da qualidade com as equipes envolvidas. No caso da saúde básica, mais especificamente das ESF's, essas reuniões devem ocorrer entre os gestores municipais, as coordenações das unidades e suas respectivas equipes, procurando encontrar as causas reais e evitar que a não identificação das causas e subcausas interfira na precisão do diagnóstico.

O diagnóstico é o ponto de partida para a solução dos problemas e para a melhoria contínua da qualidade, pois, sem ele, as equipes terminam por atacar problemas não reais ou irrelevantes, deixando de focar no que realmente importa. Com objetivos claros e compartilhados pela equipe como um todo, que passa a atuar melhor direcionada e com o foco integrado no que realmente importa, os resultados e as metas são mais facilmente alcançados, também, como decorrência da sinergia obtida pela equipe.

Uma vez que as causas de um determinado problema são identificadas, temos o diagnóstico como ponto de partida para direcionarmos as ações da equipe, mas, para evitarmos dispersão e darmos prioridade nas ações que terão maior impacto sobre a qualidade dos serviços e gradativamente passarmos às ações de menor impacto, utilizamos o diagrama de Pareto, cujo objetivo é definirmos as prioridades na resolução de problemas.

O Diagrama de Pareto, criado pelo cientista político, sociólogo e economista italiano, Vilfredo Pareto, em 1897, foi adaptado e utilizado, a partir da década de 1990, como ferramenta da qualidade pelo engenheiro elétrico romeno, Joseph Moses Juran, que migrou para os EUA ainda criança, sendo um dos principais nomes mundiais da Gestão da Qualidade. O método parte do princípio 20/80, segundo o qual, apenas 20% das causas são responsáveis por 80% das inconformidades e das insatisfações dos consumidores de determinado produto ou serviço (SELEME et al., 2010).

Segundo essa lógica, se os gestores e suas equipes focarem seus esforços na resolução dos 20% de causas que mais se repetem, os defeitos estarão sanados em 80% dos casos, e uma drástica redução de inconformidades e insatisfações ocorrerá, ou seja, um pequeno esforço se comparado ao tamanho do resultado. Após a resolução da causa prioritária, gestor e equipe se concentrarão em corrigir a segunda causa prioritária, a qual passará a ser a primeira, e assim, sucessivamente, até que todas as causas sejam tratadas, seguindo uma ordem de prioridades.

A avaliação dos serviços de saúde direcionada para a qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil no final da década de 1990, com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação. Na busca pela qualidade dos serviços, os processos avaliativos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento da gestão, o que vem envolvendo os profissionais da saúde que, tradicionalmente, não possuem a cultura de avaliação e monitoramento. Para construção dessa cultura, há necessidade de fortalecer parcerias entre o ensino, serviço e gestão, no sentido de dar sustentação à formação gerencial dos profissionais numa perspectiva transformadora (SOUSA, 2008).

No âmbito do desenvolvimento da gestão, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, é necessário estruturar as Unidades Básicas de Saúde – UBS's, melhorando alguns problemas que se refletem na acessibilidade ineficaz de alguns serviços, na insuficiência e no perfil inadequado dos gestores e trabalhadores, no difícil acesso aos insumos, na pouca efetividade de políticas e ações de saúde e na inadequada estrutura física de algumas unidades (SOUSA, 2008).

A avaliação da qualidade é o processo indispensável por meio do qual os pontos críticos da qualidade se tornam conhecidos e servem de subsídios para os gestores aplicarem as ferramentas da Gestão da Qualidade. Segundo Donabedian (1978), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

Contínuas reconstruções marcam a trajetória de organização dos serviços da Atenção Básica até a consolidação de fato, como uma política de reforma, como uma possibilidade diante da crise permanente dos sistemas de saúde (SANTANA & BURLANDY, 2019). No Brasil, não diferente de países que buscam por um sistema de saúde de qualidade, considerado um direito de cidadania, a ABS é um arranjo assistencial fundamental. Desse modo, a sua crescente relevância resultou na procura por garantia de acesso de qualidade a serviços de saúde e da integralidade da atenção (GOMES; BARBOSA & FERLA, 2016).

De acordo com a Portaria nº 2488, de 2011, do SUS, “o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho” (BRASIL, 2011).

Diferentes iniciativas voltadas à avaliação dos serviços da ABS vêm sendo desenvolvidas, motivadas pelo considerável crescimento dos serviços das UBS's, assim como pela necessidade de aferir a qualidade e a efetividade das intervenções de saúde (FELISBERTO; ALBUQUERQUE; ALBUQUERQUE, 2014). Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu, mediante Portaria GM/MS 1.654, de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com objetivo de levar à melhoria do atendimento e do cuidado prestados à população usuária dos serviços oferecidos pelas UBS's, por meio de um processo contínuo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação (GOMES; BARBOSA & FERLA, 2016).

Estimular as equipes de Atenção Básica à autoavaliação e oferta de serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, tornou-se um desafio para os gestores. Esse programa também busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior

transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em todo o Brasil (SOUSA, 2008).

O Poder Público tem se preocupado mais com os processos de gestão e, nesse contexto, o PMAQ foi desenvolvido para servir de ferramenta de avaliação sistêmica da Atenção Básica, uma vez que as avaliações constituem processos fundamentais, para não simplesmente corrigir erros cometidos, mas, sobretudo, evitar que erros se repitam e os serviços passem por contínuo aprimoramento.

Vários fatores tornaram-se motivadores para a criação do PMAQ, como a carência de profissionais médicos, constituindo diversas equipes de saúde, horário inapropriado para o atendimento às necessidades dos usuários, a falta de atendimento em casos de urgência/emergência, a falta de equipamentos, medicamentos e infraestrutura para o trabalho, assim como o descompromisso com resultados (SANTOS, 2017).

O programa transcorre na forma de sucessivos ciclos de avaliação da ABS. Cada ciclo dispõe de quatro fases de organização: a primeira corresponde à adesão e contratualização por parte dos municípios; a segunda constitui-se de desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; a terceira é composta pela avaliação externa, e a quarta é formada pela recontratualização (SOUSA, 2008; VIEIRA, 2016).

É de suma importância ressaltar a necessidade de estudos referentes à avaliação da qualidade da atenção básica de saúde, e tal crença levou à motivação do autor em trabalhar com os dados produzidos pelo PMAQ-AB, na confiança de que o presente estudo produza informações que poderão auxiliar no processo de reflexão sobre o cuidado e o trabalho das equipes de atenção básica. De forma positiva, almeja-se contribuir ainda para o planejamento de novas formas de organização, reorientação das práticas profissionais e nos decursos de tomada de decisão.

3 PMAQ-AB E A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 PMAQ-AB: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

O PMAQ-AB é uma estratégia que busca estabelecer uma cultura de análise, avaliação e intervenção, dotando as equipes de atenção básica de capacidade institucional para promover mudanças nas práticas dos serviços e, assim, ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população, estimulando o foco da atenção no usuário, entre outros objetivos (CHAVES et al., 2018).

O desenvolvimento do PMAQ-AB depende da capacidade de mobilizar os seus usuários para buscarem mudanças nas condições e práticas da atenção, gestão e participação, e necessita da promoção de ambientes para diálogo, problematização, negociação e gestão de alterações entre as equipes, gestores e usuários, a fim de realizarem mudanças efetivas nos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2018b).

A base de dados gerada pelo PMAQ-AB configura, em contexto nacional, aspectos da organização e do processo da assistência prestada pela ABS, por meio da perspectiva do usuário, considerando a sua experiência de uso, condições de acessibilidade, utilização de serviços de saúde e percepção sobre os serviços recebidos (ABREU et al., 2019).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: adesão e contratualização/recontratualização (fase 1); desenvolvimento (fase 2); avaliação externa (fase 3); e recontratualização (fase 4) (BRASIL, 2015).

A fase 3 é composta por três módulos que se referem a verificações das características estruturais (estrutura física, ambiência, equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis), sobre processo de trabalho da equipe de AB e verificação de documentos na UBS, e ainda à satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (SEIDL et al., 2014).

No módulo I foram avaliadas as características estruturais e ambientais da unidade de saúde, bem como a disponibilidade de materiais, insumos, equipamentos e medicamentos. O módulo II verificou as ações para qualificação da equipe de Atenção Básica, com objetivo de obter informações sobre o processo de organização do serviço e do cuidado aos usuários, e como é desenvolvido o processo de trabalho da equipe. O último módulo, III, por sua vez, verificou a satisfação e a percepção dos usuários quanto ao acesso e à utilização dos serviços (BRASIL, 2015).

3.1.1. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS)

Com objetivo de aprimorar o processo de elaboração do RAG, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o DATASUS, desenvolveu em 2010 a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS). A plataforma, que pode ser acessada pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/sargsus, objetiva apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde, constituindo assim, a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município, estado, Distrito Federal e União (GARLINDO & GURGEL, 2016; GARCIA & REIS, 2016; DATASUS, 2020).

O Plano de Saúde (PS) se constitui no instrumento central de planejamento nas três esferas de gestão. Representa as intenções da gestão para um quadriênio, por meio de objetivos, diretrizes e metas, e precisa ser transposto para uma perspectiva anual, em articulação com o exercício orçamentário da administração pública (GARCIA & REIS, 2016).

Dessa forma, no domínio do SUS, a Programação Anual de Saúde (PAS) foi definida como instrumento que objetiva anualizar as intenções do PS e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, de elaboração no ano em curso e executada no ano subsequente. Nesta, são detalhadas as ações e serviços; as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano, permitindo ajustes e novas reprogramações a qualquer momento, devendo ainda ser introduzidas as programações de custeio (físicas e financeiras), resultantes da implantação de novos serviços ou a expansão de serviços já existentes (GARCIA & REIS, 2016).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) visa apresentar os desdobramentos das ações previstas na PAS e contribuir para os processos de monitoramento, avaliação e prestação de contas. Trata-se de um instrumento anual, que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, conforme o conjunto de metas, ações e indicadores. O Relatório de Gestão é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde (DATASUS, 2020).

Além de constituir-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, o relatório tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PS, nas três esferas de direção do Sistema (DATASUS, 2020).

3.2. PERCURSO METODOLÓGICO

3.2.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando informações de bases de dados de fontes secundárias, com dados oriundos dos Módulos I, II e III dos Ciclos II e III do componente de avaliação externa do PMAQ-AB.

3.2.2 Local de estudo

O município da Caratinga está localizado a Leste do Estado de Minas Gerais, Região Vale do Rio Doce, e pertence ao colar metropolitano do Vale do Aço. Ocupa uma área de 1.258,479 km², sendo que 15,9 km² estão em perímetro urbano. Atualmente, a cidade é considerada o 35º município mais populoso do estado de Minas Gerais, com população estimada de 92.062 habitantes. O município de Caratinga encontra-se dividido em dez distritos, além da sede municipal, sendo eles: Cordeiro de Minas, Dom Lara, Dom Modesto, Patrocínio de Caratinga, Santa Efigênia de Caratinga, Santa Luzia de Caratinga, Santo Antônio do Manhuaçu, Sapucaia, São Cândido e São João do Jacutinga (CARATINGA, 2019).

A zona urbana original de Caratinga, por sua vez, está dividida em doze bairros oficiais, segundo cadastro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. São eles: Anápolis, Dario Grossi, Esperança, Esplanada, Limoeiro, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora das Graças, Salatiel, Santa Cruz, Santa Zita, Santo Antônio e Zacarias Cimini, sendo que o Santa Cruz era o mais populoso (CARATINGA, 2019).

A rede de saúde de Caratinga inclui 26 (vinte e seis) Estratégias de Saúde da Família – ESF, sendo que 17 (dezessete) estão localizadas na Sede do Município e 9 (nove) estão na zona Rural. Destas, no presente estudo, 24 responderam aos módulos I, II e III da pesquisa do Ciclo II que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ no ano de estudo. As ESF's rurais Dom Modesto e Dom Lara não participaram da pesquisa no referido ciclo (QUADRO 1), e 21 responderam aos módulos I, II e III da pesquisa do Ciclo III. Não participaram no ano de estudo as ESF's rurais Dom Modesto, Dom Lara, Sapucaia, São João do Jacutinga e Cordeiro de Minas.

Quadro 1 – Estratégias de Saúde da Família do município de Caratinga/MG.

Estratégias de Saúde da Família de Caratinga/MG	
Urbana	Rural
ESF Esperança I	ESF Santa Efigênia
ESF Esperança II	ESF Dom Modesto
ESF Santa Zita I	ESF Dom Lara
ESF Santa Zita II	ESF Santa Luzia
ESF Santo Antônio	ESF Sapucaia
ESF Floresta	ESF São João Do Jacutinga
ESF Limoeiro	ESF Santo Antônio Do Manhuaçu
ESF Esplanada	ESF Cordeiro De Minas
ESF Bairro Zacarias	ESF São Cândido
ESF Anápolis I	
ESF Anápolis II	
ESF Vale Do Sol	
ESF Bairro Das Graças	
ESF Bairro Santa Cruz I	
ESF Bairro Santa Cruz II	
ESF Nossa Senhora Aparecida I	
ESF Nossa Senhora Aparecida II	

Fonte: O autor, 2020.

3.2.3 Fontes de dados

O estudo se vale de fontes secundárias, com dados oriundos dos Módulos I, II e III dos Ciclos II e III do componente de avaliação externa do PMAQ-AB em Caratinga-MG, relativos aos períodos 2013-2014 e 2015-2017, respectivamente, cuja coleta foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior. Os dados estão disponibilizados para acesso público na Plataforma Digital do Ministério da Saúde, com endereço eletrônico <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

Para o presente estudo, foram utilizados dados da Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão para a cidade de Caratinga disponíveis dos anos 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017. Trata-se de um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados pelo município no período de quatro anos, que orienta o gestor em suas ações e tomadas de decisões.

3.2.4 Participantes

A coleta realizada em cada Ciclo do PMAQ previu a entrevista de quatro usuários por equipe de saúde. Foi realizada por meio da utilização de computadores portáteis do tipo tablet, os quais continham um aplicativo com o instrumento padronizado e testado previamente, abrangendo módulos com questões que avaliaram aspectos referentes à unidade básica de saúde.

Em Caratinga, foram entrevistados quatro usuários por equipe, de um total de 24 equipes no Ciclo II e 21 equipes no Ciclo III. Analisou-se, portanto, as informações de 96 entrevistados no segundo ciclo e 84 entrevistados no terceiro ciclo, elegíveis após a aplicação dos seguintes critérios: ser maior de 18 anos de idade e estar na UBS no momento da entrevista. Foram excluídos os usuários que haviam passado por consulta naquele dia, antes da entrevista, bem como os que estavam na Unidade pela primeira vez no dia da entrevista.

Após a realização da Avaliação Externa, os dados coletados foram enviados via rede a um servidor do Ministério da Saúde para que fossem validados. Para o estabelecimento de um padrão mínimo e máximo na averiguação da informação coletada *in loco*, os parâmetros de validação que estão disponíveis no manual intitulado “Protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados”, distribuído pelo MS às Universidades que realizaram a avaliação externa do programa.

3.2.5 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, segundo a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, a pesquisa não precisará ser registrada nem avaliada pelo sistema CEP/CONEP, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016). As bases de dados são de acesso público, e no DATASUS existe a omissão da identificação dos indivíduos, o que respeita os princípios da ética em pesquisa, portanto em conformidade com a Resolução descrita acima.

3.2.6 Escolha das variáveis

Foram selecionadas variáveis do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB referentes às ESF's que pudessem refletir questões relacionadas à caracterização da Unidade de Saúde, dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica e dos usuários entrevistados, bem como da percepção do usuário em relação ao acesso e acessibilidade, à longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculos com a equipe, e em relação à coordenação do cuidado.

No Quadro 2 são apontadas as variáveis eleitas para o presente trabalho, a partir de seus objetivos, organizadas de acordo com os grupos de atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS), conforme instrumento de avaliação do PMAQ. Na coluna “pergunta” consta, entre parênteses, o número de identificação da variável no instrumento dos Ciclos II e III. Para fins de comparação dos dados, no Ciclo III foram escolhidas as variáveis iguais e/ou semelhantes às do Ciclo II, pois as variáveis do Ciclo III não são exatamente iguais às do Ciclo II.

Quadro 2 – Variáveis do PMAQ utilizadas para análise do estudo.

Objetivo	Módulo	Pergunta	
		Ciclo II	Ciclo III
Caracterização da Unidade de Saúde	I	(2) - Identificação da Unidade de Saúde (3.2) - Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade (3.3) - Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na unidade (3.5) - Qual número de profissionais existentes para cada profissão? (5.1) - Acessibilidade na Unidade de Saúde (8.6) - Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?	(4) Acessibilidade na Unidade de Saúde
Caracterização dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	II	(4.1) - O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar? (se o respondente for o profissional médico) (5) - Vínculo (7.1) - A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	(2.0.3) Qual seu tipo de vínculo? (2.0.4) Qual seu agente contratante? (4.1.1) A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?
Caracterização dos usuários entrevistados	III	(3.1) - Sexo (3.2) - Qual é a Idade do(a) senhor(a)? (3.3) - Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça? (3.4) - Até quando o(a) senhor(a) estudou? (3.5.0) - O senhor trabalha? (3.5) - O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? (3.6) - Qual o valor? (4.1) - O senhor é beneficiário do Bolsa Família? (4.2) - A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente?	(3.1) - Sexo (3.2) - Qual é a Idade do(a) senhor(a)? (3.3) - Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça? (3.5) - Até quando o(a) senhor(a) estudou? (3.6) - O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? Qual o valor?

Percepção do usuário em relação a acesso e acessibilidade	III	<p>(5.1) - Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?</p> <p>(5.2) - Chegar até essa unidade de saúde é:</p> <p>(5.3) - A unidade de saúde funciona em quais dias na semana?</p> <p>(5.4) - Em que horário a unidade funciona?</p> <p>(5.8) - Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse:</p> <p>(6.3) - Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</p>	<p>(4.1) - Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?</p> <p>(4.3) A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?</p> <p>(4.4) Quais os períodos esta unidade de saúde funciona?</p> <p>(4.5) O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?</p> <p>(4.6) Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse:</p>
Percepção dos usuários em relação à longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculos com a equipe	III	<p>(7.1) - O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?</p> <p>(7.2) - Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?</p> <p>(7.3) - No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?</p> <p>(7.4) - O senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?</p> <p>(7.7) - O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?</p> <p>(7.8) - Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência?</p> <p>(9.6) - Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</p> <p>(9.1) - O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?</p> <p>(9.2) - O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?</p> <p>(9.9) - Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?</p>	<p>(6.1) Na maioria das vezes, como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?</p> <p>(6.2) A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?</p> <p>(7.6) Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?</p> <p>(7.7) O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?</p>
Percepção do usuário em relação à coordenação do cuidado	III	<p>(10.1) - Quando é necessário ser encaminhado(a) para outro(s) profissionais em outro(s) serviços, o senhor sabe como é marcada a consulta?</p> <p>(11.1) - O agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?</p> <p>(11.2) - Com qual frequência outro(s) profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?</p> <p>(10.2) - O(a) senhor(a) encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames?</p>	<p>(9.2) Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?</p> <p>(10.1) Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?</p>

Fonte: O autor, 2020.

Além das variáveis acima mencionadas, para o presente estudo foram utilizadas duas diretrizes do Plano Anual de Saúde para a cidade de Caratinga disponíveis para os anos compreendidos entre 2013 e 2017, cujos objetivos seguem logo abaixo e as variáveis estão no Quadro 3.

01. DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

a. Objetivo: utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

b. Objetivo: implantar o projeto saúde bucal para crianças da faixa etária de 0 a 5 anos, gestantes e puérperas

02. DIRETRIZ 2 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

a. Objetivo: qualificar os profissionais de saúde através da implantação do programa de educação permanente municipal.

Quadro 3 – Variáveis do PAS utilizadas para análise do estudo.

Diretriz	Indicador
1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da Política de Atenção Básica e da Atenção Especializada.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.
	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.
	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.
2 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.

Fonte: O autor, 2020.

4 RESULTADOS: ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Apresentam-se a seguir a análise, os resultados e a discussão de dados dos Ciclos II e III do PMAQ-AB, e ações e metas para a atenção básica do Programa Anual de Saúde de Caratinga. A análise dos dados foi realizada nos seguintes passos:

1. Separação dos dados do conjunto total do PMAQ-AB e criação de banco de dados do estudo, estruturado no programa Microsoft Excel 2019 para Windows ®;
2. Separação e recodificação das questões que se julgaram necessárias para ajustar à análise das variáveis escolhidas e suas respectivas respostas.
3. Separação das ações qualitativas e quantitativas detalhadas, a meta alcançada proposta no PAS e os resultados alcançados nos anos de estudo.

Para fins de responder aos objetivos, as variáveis foram distribuídas conforme se vinculavam aos itens. Os resultados são apresentados a partir da análise descritiva das variáveis de estudo, envolvendo medida descritiva de centralidade (média) e de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e máximo) para variáveis quantitativas e distribuição de frequência (“n” ou valor absoluto) e percentual de ocorrência (%) em relação ao total para variáveis qualitativas.

Os resultados de cada Ciclo foram analisados separadamente, cada um em sua unicidade, não sendo adequada uma comparação entre os Ciclos entre si, visto que esses se desenvolveram em diferentes cenários temporais, do número de ESF’s e usuários participantes, da coordenação das atividades de avaliação por diferentes universidades, modificações no instrumento de avaliação, momento histórico-político-econômico, dentre outros. Contudo, tornou-se relevante apontar as manifestações dos usuários em diferentes momentos do processo de avaliação do PAMQ em etapas que compõem um todo.

A principal limitação do presente estudo foi a distinção entre o instrumento de avaliação do PMAQ-AB entre os Ciclos II e III, o que dificultou a comparação entre os indicadores nos anos de estudo. Outro aspecto limitador do presente estudo deu-se pela utilização de dados secundários. Tal informação impossibilita o controle quanto ao processo de aplicação dos questionários, assim como a seleção da amostra.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

O PMAQ-AB é um programa nacional que teve como amostra as equipes de Atenção Básica indicadas pelos gestores municipais da primeira fase do PMAQ; por esse motivo, apenas 24 ESF's foram avaliadas no Ciclo II e 21 no Ciclo III, de um total de 26 ESF's do município.

Tabela 1 - Caracterização geral dos entrevistados das Estratégias de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica.

Questão	Ciclo II	Ciclo III
Equipes de atenção básica na unidade por modalidade		
Equipe de Saúde da Família com saúde bucal	76,92%	-
Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na unidade		
Médico	1,29 ± 0,46	-
Enfermeiro	1,25 ± 0,44	-
Cirurgião-dentista	0,83 ± 0,70	-
Técnico de enfermagem	1,45 ± 0,5	-
Auxiliar de enfermagem	0 ± 0	-
Técnico de saúde bucal	0,75 ± 0,73	-
Auxiliar de saúde bucal	0,79 ± 0,72	-
Agente comunitário de saúde	7,20 ± 2,5	-
Microscopista	0 ± 0	-
Acessibilidade da Unidade de Saúde		
Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas	37,5%	38,09%
Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas	41,66%	-
Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário	16,66%	-
Serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde		
Consultas médicas	100%	-
Consultas de enfermagem	100%	-
Consultas odontológicas	70,83%	-
Acolhimento	100%	-
Vacinação	95,83%	-
Dispensação de medicamentos pela farmácia	100%	-
Outro(s)	12,5%	-

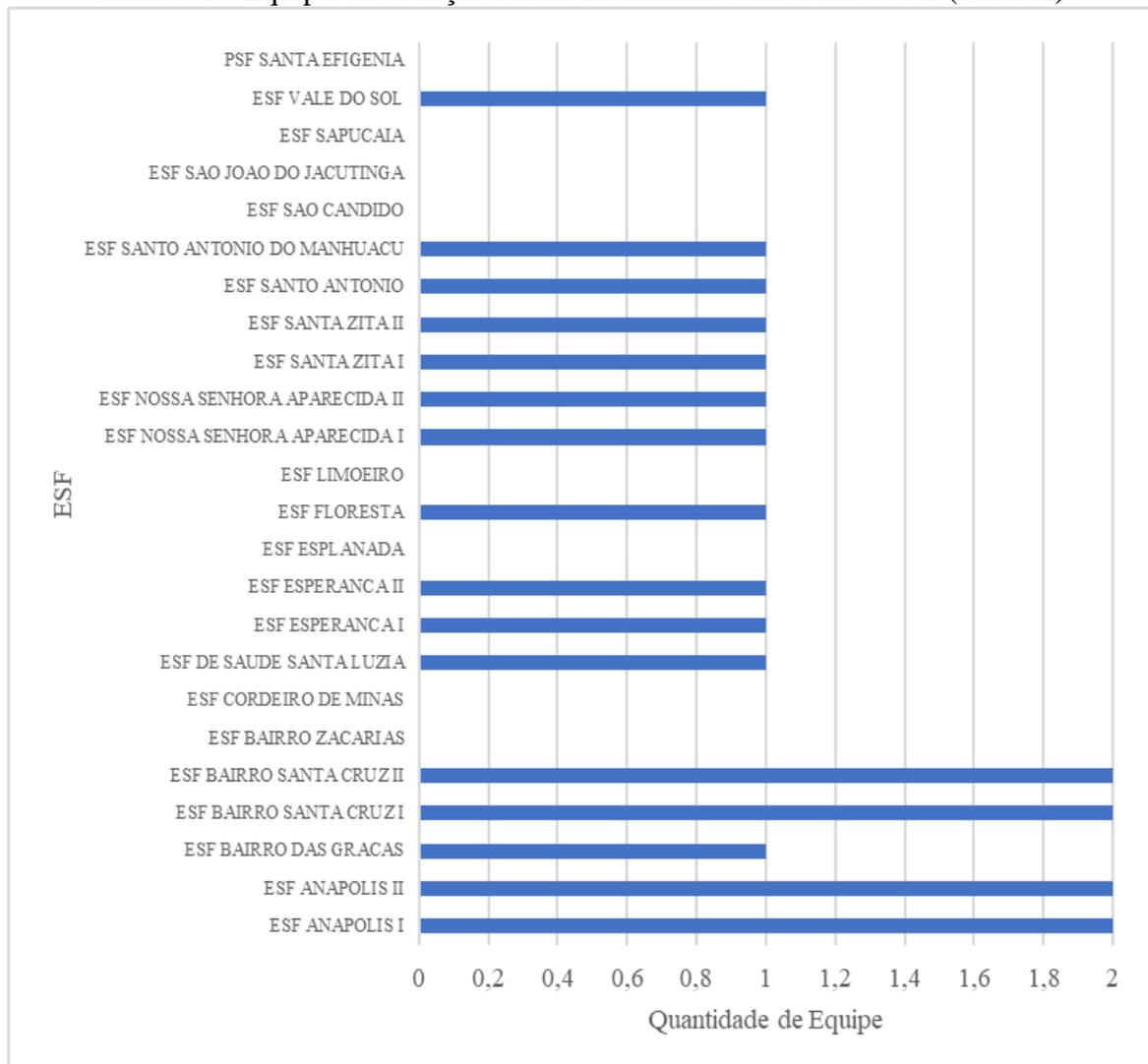
Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS período de 2013-2017.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicada em 2004, torna-se importante acompanhar os impactos das ações de saúde bucal por meio de indicadores de saúde bucal utilizando registros confiáveis. Nesse contexto, o PMAQ-AB constituiu-se de um importante passo em direção à concretização dos processos de avaliação e monitoramento das ações de saúde no país, representando a possibilidade de estimular as equipes a refletirem sobre o processo de trabalho por elas desenvolvido (VIANA et al, 2008).

Por meio do presente estudo, foi possível observar que no Ciclo II, das ESF's que participaram do processo de avaliação, 76,92 % (Tabela 1) possuíam Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nas ESF's dos bairros Santa Cruz I e II e Anápolis I e II foram relatadas duas equipes de saúde bucal (Gráfico 1).

Os dados demonstraram que a frequência de ESB do município de Caratinga foi maior do que a cobertura estadual e nacional, que corresponderam, respectivamente, a 60,20% e 52,46%, segundo o Ministério da Saúde (2017). Estudo realizado por Lamy (2014) observou tendência ascendente no número de Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal em toda a Região Ampliada de Saúde (RAS) de Minas Gerais entre 2005 e 2012, o que trouxe a necessidade premente de investigar a qualidade dos serviços ofertados pelas equipes.

Gráfico 1 - Equipes de atenção básica na unidade com saúde bucal (Ciclo II).

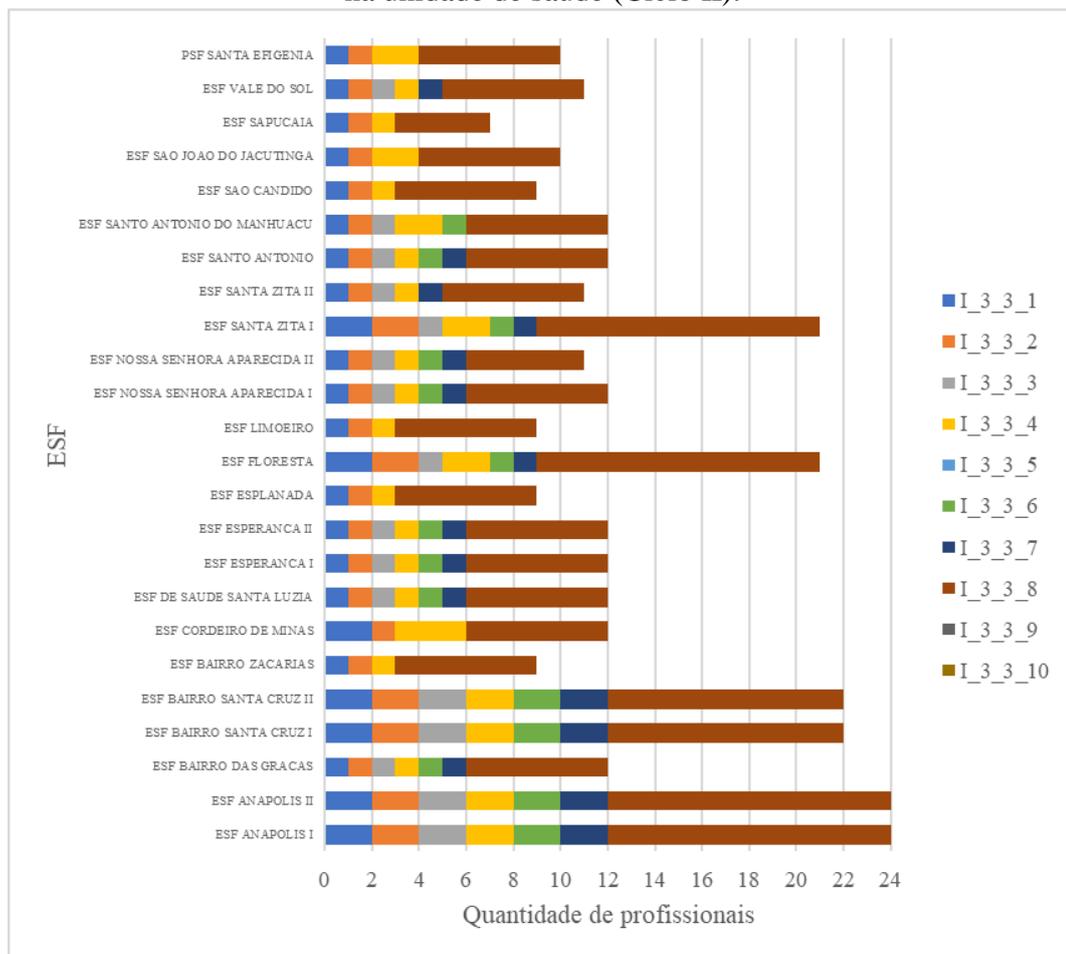


Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II, PMAQ, MS.

Em relação à equipe mínima de profissionais existentes na unidade de saúde durante o Ciclo II, foram verificadas média de 1,29 ($\pm 0,46$) médicos, 1,25 ($\pm 0,44$) enfermeiros e 7,20 ($\pm 2,5$) agentes comunitários de saúde (ACS). Em relação ao número de profissionais Médicos e ACS's, foi verificada maior quantidade nas ESF's Santa Zita I, Floresta, Santa Cruz I e II e Anápolis I e II. Nas ESF's Santa Efigênia, Sapucaia, São João do Jacutinga, São Cândido, Limoeiro, Esplanada e Cordeiro de Minas, foram relatadas apenas a presença dos profissionais Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e ACS's (Gráfico 2).

Resultados semelhantes foram verificados em estudo que analisou a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco, em 2012, revelando que a maioria das UBS's contava com apenas um profissional de cada categoria. Sendo que 83,9% das UBS's possuem um médico, 88,2% um enfermeiro e 71,3% um dentista (ALBUQUERQUE, 2014).

Gráfico 2 - Quantidade de profissionais das equipes mínimas existentes na unidade de saúde (Ciclo II).



I_3_3_1: médico, I_3_3_2: enfermeiro, I_3_3_3: cirurgião-dentista, I_3_3_4: técnico de enfermagem, I_3_3_5: auxiliar de enfermagem, I_3_3_6: técnico de saúde bucal, I_3_3_7: auxiliar de saúde bucal, I_3_3_8: agente comunitário de saúde, I_3_3_9: técnico de laboratório, I_3_3_10: microscopista.

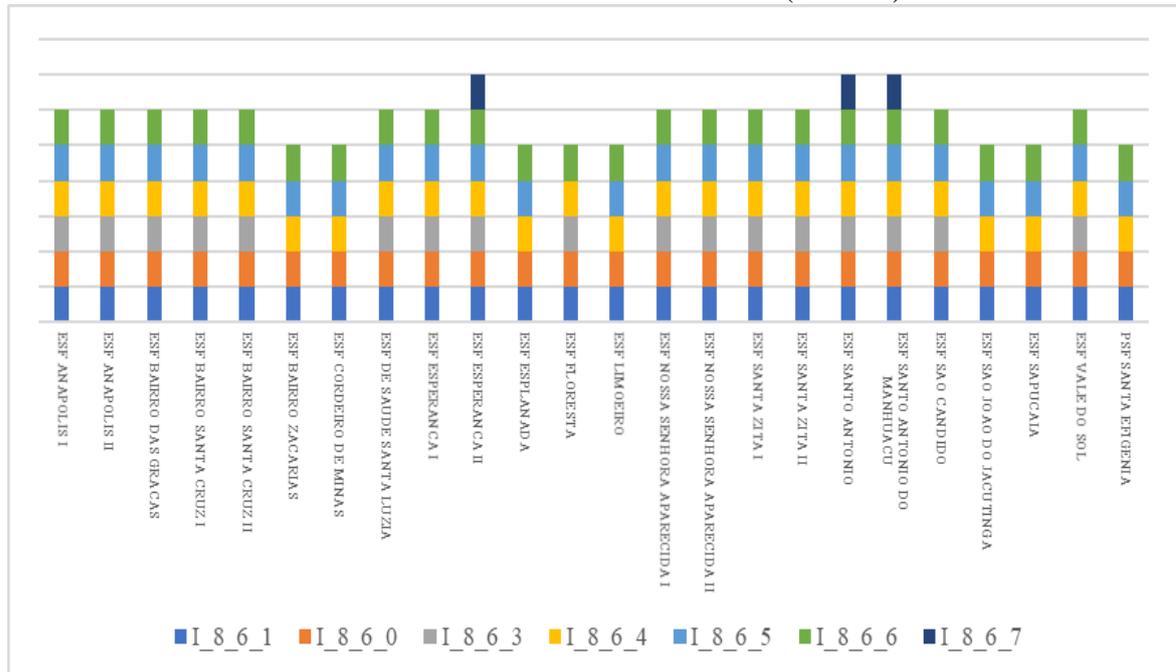
Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II, PMAQ, MS.

A Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, preconiza a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, e composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde; e Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1 composta por, no mínimo, um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário.

A abrangência e a integralidade do cuidado envolvem a capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da Atenção Básica, por meio de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados é capaz de atender às necessidades da população (STARFIELD, 2002). No Ciclo II, as consultas médicas, consultas de enfermagem, acolhimento e dispensação de medicamentos pela farmácia foram os serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento das unidades de saúde em todas as ESF's durante a avaliação do referido Ciclo. No âmbito nacional, 97,3% das unidades básicas de saúde ofertaram consultas médicas, 99,3% consultas de enfermagem e 78,2% consultas odontológicas durante o segundo ciclo do PMAQ (LIMA,2018).

Consultas odontológicas não foram identificadas nas unidades de Zacarias, Cordeiro de Minas, Limoeiro, São João do Jacutinga, Sapucaia e Santa Efigênia. Nas unidades de Esperança II, Santo Antônio e Santo Antônio do Manhuaçu, foi verificada a presença de serviço “outros”, contudo os dados disponíveis não apresentaram tais serviços (Gráfico 3). Dados relativos à quantidade de unidades com saúde bucal, quantidade de profissionais da equipe mínima existente na unidade e serviços disponíveis durante os horários e dias de funcionamento não foram avaliados no instrumento PMAQ no Ciclo III.

Gráfico 3 – Serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento de unidade de saúde (Ciclo II).



I_8_6_1: consultas médicas, I_8_6_2: consultas de enfermagem, I_8_6_3: consultas odontológicas, I_8_6_4: acolhimento, I_8_6_5: vacinação, I_8_6_6: dispensação de medicamentos pela farmácia, I_8_6_7: outros. Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II, PMAQ, MS.

A maior parte das UBS's nacionais não dispõem de condições estruturais necessárias para a realização dos serviços mínimos como consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, dispensação de medicamentos e vacinação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em relação aos medicamentos distribuídos pela APS, a falta de acesso a estes implica na fragilização do processo de cura e prevenção de doenças (REIS et al, 2013; LIMA et al, 2018).

Estudo realizado por Janssen e colaboradores (2016), que propôs avaliar a dimensão estrutura como componente da qualidade dos serviços que oferecem pré-natal, utilizando as informações disponibilizadas entre os anos de 2012 e 2013, sobre as unidades de saúde da família de Niterói, verificou-se que a acessibilidade das unidades de saúde pesquisadas foi considerada precária, uma vez que em apenas 37% havia rampa de acesso; em 15%, a presença de corrimão, portas de entrada e internas adaptadas para cadeira de rodas; e em 7%, corredores adaptados para cadeira de rodas.

No presente estudo, 37,5% das unidades de saúde apresentaram corredores adaptados para cadeira de rodas no Ciclo II, enquanto 38,09% foi verificado no Ciclo III. Encontrou-se 41,66% das entradas e portas internas adaptadas para cadeirantes e 16,66% de cadeiras de rodas disponíveis nas unidades no Ciclo II; no Ciclo III este dado não está disponível.

Constata-se o descumprimento dos requisitos de acolhimento dos pacientes com deficiência física e com mobilidade reduzida devido à falta de acessibilidade no interior das unidades de saúde, o que reflete na invisibilidade desse grupo populacional, sobretudo na exclusão das pessoas com deficiência às ações de promoção, prevenção e manutenção à saúde (MARQUES et al., 2018).

As barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social. A acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente, e deve ser garantida em todos os seus aspectos: geográfico, organizacional, sociocultural e econômico (RAMOS & LIMA, 2003; JUSTO et al., 2017; COELHO MOURA GARCIA et al., 2019). Acesso com equidade deve ser preocupação constante no atendimento em saúde, como princípio de justiça baseado na premissa de que é preciso tratar cada um de acordo com a sua necessidade (MARQUES et al., 2018).

Diante do envelhecimento da população, a demanda crescente de pacientes com doenças crônicas, bem como a necessidade destas de usarem a atenção básica, alerta para uma maior intervenção do SUS na adequação das estruturas das unidades de saúde, de forma a garantir a possibilidade do acesso seguro às instalações, gerando crescimento nas oportunidades de atendimento com qualidade e respeito (SIQUEIRA, 2009).

Exemplificando as afirmações de Marques e colaboradores (2018) e Siqueira e colaboradores (2009), uma paciente da ESF do bairro Esperança II, idosa, hipertensa, relatou não poder ir à Unidade de Saúde pelo fato de ser cadeirante e a estrutura não possuir rampas de acesso, impossibilitando-a de participar ativamente das programações desenvolvidas no âmbito da Unidade.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Desde a criação do SUS até hoje, a formação de trabalhadores para o SUS ainda é incipiente devido às diversas limitações decorrentes dessa interação entre as escolas médicas e as demandas da população. Cavalli e colaboradores (2016) verificaram que tanto no ciclo I (81%) quanto no ciclo II (78%), a maioria dos profissionais relata ter realizado alguma especialização. Os autores relatam ainda que, majoritariamente, essas especializações não foram concluídas em áreas que favorecem o trabalho na APS, que seriam Medicina de Família

e Comunidade, Saúde da Família ou Saúde Pública/Saúde Coletiva. Neste estudo, ao serem questionados acerca de formação complementar, 100% dos médicos das unidades de saúde de Caratinga não sabem ou não responderam (TABELA 2).

Em reconhecimento a esse cenário, o governo federal brasileiro instituiu o Programa Mais Médicos, por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que além do provimento de médicos para atendimento à população, essa lei aborda diversos aspectos referentes à formação de médicos sob uma perspectiva diversa da vigente, com vistas a suprir a carência de formação médica para atuação no SUS (SILVA et al., 2020).

Considerar a formação profissional e a saúde como práticas sociais remete ao conhecimento de que ambas estão articuladas, com relações recíprocas e interdependentes (PEDUZZI, 2018). A formação profissional em saúde deve acompanhar as discussões e buscar estratégias para o desenvolvimento de competências que respondam às proposições do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o contexto atual do sistema, voltado também à promoção e à prevenção da saúde, percebe-se que é necessário investir na formação dos trabalhadores de saúde justamente por permitir uma maior aproximação/afinidade com a realidade do serviço e facilitar o desenvolvimento de atividades que, a longo prazo, ajudarão em um trabalho articulado (FREITAS et al., 2017; SILVA & RIBEIRA, 2019).

Tabela 2 - Caracterização geral dos entrevistados segundo formação e qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica.

Questão	Valor (%)	
	Ciclo II	Ciclo III
Médico (a) possui formação complementar?		
Não sabe/não respondeu	100	-
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?		
Sim	62,5	33,33
Não	37,5	66,67
Qual é seu agente contratante?		
Administração direta	95,83	100
Consórcio intermunicipal de direito público	4,17	-
Qual é seu tipo de vínculo?		
Servidor público estatutário	66,6	95,23
Contrato temporário por prestação de serviço	29,24	-
Empregado público CLT	4,16	4,77

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

A participação da equipe em ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal é relatada por 62,5% no Ciclo II, enquanto que no Ciclo III é apenas de 33,33%. As equipes que responderam não participar de ações de educação permanente no Ciclo II são das ESF's de Santa Efigênia, Vale do Sol, Sapucaia, Limoeiro, Floresta, Esplanada, Cordeiro de Minas, Zacarias e Anápolis II.

Para o PMAQ, a educação permanente em saúde é uma de suas principais apostas, tanto para a produção de movimentos locais quanto na singularização, suporte, qualificação e reinvenção no movimento de mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação (MOREIRA et al., 2017). A educação permanente em saúde deve ganhar espaço como política pública flexível e não fragmentada, com a devida importância pelos profissionais para a transformação das práticas de saúde (PEDRAZA et al., 2018).

Neste estudo, de forma semelhante, o vínculo do profissional médico verificado foi de 66,6% (Ciclo II) e 95,23% (Ciclo III) para servidor público estatutário. Em contrapartida, o segundo tipo de vínculo mais frequente deu-se para Contrato temporário por prestação de serviço, sendo de 29,24% (Ciclo II), seguido de 4,16% (Ciclo II) e 4,77 (Ciclo III) para empregado público CLT. Nesse aspecto, observa-se uma redução nos vínculos estáveis e o crescimento de vínculos precários, como o contrato temporário por prestação de serviço. No Brasil há vários modelos de contratação para prestação de serviços públicos sendo praticados simultaneamente. Em relação ao tipo de vínculo no âmbito nacional, o principal encontrado foi o de servidor público estatutário, com 37,26% dos casos no ciclo I e 35,41% no ciclo II. O segundo vínculo mais frequente deu-se segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com 31,72% dos profissionais no ciclo I e 23,61% no ciclo II (CAVALLI et al., 2016).

Em relação ao agente contratante foram verificados 95,83% de administração direta, ou seja, vinculados diretamente à administração pública, seja ela municipal, estadual ou federal no Ciclo II e 100% no Ciclo III. No que se refere a nível nacional, a maioria dos médicos entrevistados, tanto no ciclo I (60,73%) quanto no ciclo II (61,80%), tem como agente contratante a administração direta, e a região sudeste é a que possui menos municípios gerenciados exclusivamente pela administração pública direta (CAVALLI et al., 2016, GOMES et al., 2020).

Novas modalidades de gestão inseridas no sistema público de saúde brasileiro foram se estruturando e ocupando cada vez mais espaços que, antes da contrarreforma do Estado, eram exclusivos do poder público. Atualmente, entidades paraestatais começaram a executar ações e serviços competentes ao Estado, como as organizações da sociedade civil (OSC), que

eram mais frequentes no âmbito hospitalar, foram crescendo e se fortalecendo amparadas pelo Estado, alcançando também a atenção básica brasileira. Elas se configuraram como novos arranjos jurídicos na gestão de serviços de saúde, fundamentadas no discurso de técnicas gerenciais mais modernas e eficientes quando comparadas aos serviços prestados pela administração pública direta e indireta (GOMES et al., 2020).

Na prática, são pessoas jurídicas de direito privado que ameaçam o SUS à medida que se apropriam dele e, ao mesmo tempo, concorrem com os serviços administrados diretamente pela administração pública, contando com diversas vantagens, como maior autonomia na execução financeira dentro do contrato assinado, que são usadas para defender uma aparente maior eficiência direta (GOMES et al., 2020).

Com relação à garantia no emprego, a administração direta, por meio da realização de concurso público (com ressalvas), garante a estabilidade do profissional. Inclusive, nos cenários de mudança política, essa forma de coordenação consegue garantir a permanência do profissional. Já no cenário de baixo investimento (sem ressalvas), realizam-se contratos de trabalho precários, sem segurança no emprego e totalmente vulneráveis à mudança política e às pressões para o atendimento de interesses eleitoreiros (SANTANA, 2013).

Contudo, torna-se necessário considerar a contratação pela administração direta, verificada na maior parte dos municípios brasileiros, não é suficiente para analisar a maior ou menor flexibilização das relações de trabalho, posto que não garante as formas mais protegidas de vínculo (SEIDL et al., 2014).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Em ambos os Ciclos, as entrevistas foram destinadas a adultos que estavam no serviço de saúde no momento da avaliação, contudo, os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde não abordam a motivação do usuário na unidade de saúde no momento da entrevista. A população estudada caracterizou-se da seguinte forma: no Ciclo II 77% (74) por usuários do sexo feminino, e a faixa etária dos entrevistados variou entre 18 e 86 anos, com média de 45,79 anos ($\pm 19,82$), e, de forma similar predominou-se 78,57% (66) dos entrevistados no Ciclo III do sexo feminino, bem como, a faixa etária média dos entrevistados de 45,74 anos ($\pm 17,03$, min-max 19-78).

Os resultados demonstram que as mulheres utilizaram os serviços de saúde em maior percentual que os homens nos dois ciclos avaliados, confirmando que as mulheres utilizam

mais os serviços de saúde do que os homens, o que confirma e reforça a necessidade de investimento na qualificação da atenção à saúde masculina.

Segundo Reis e colaboradores (2013), esse fato influencia uma situação social em que as mulheres têm papel central no grupo familiar no cuidado à saúde. Os autores descrevem ainda que a redução da busca de homens à atenção primária resulta, muitas vezes, na utilização da atenção especializada para questões sensíveis à atenção primária, invertendo a lógica da ESF, como porta de entrada para o SUS, além de acarretar sobrecarga dos serviços de urgência com casos não urgentes.

Tabela 3 - Caracterização geral dos entrevistados das Estratégias de Saúde de Família de Caratinga/MG segundo cor ou raça.

	Cor ou raça				
	B	P	A	P/M	In
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Ciclo II	59,3 (57)	8,33 (8)	-	30,2 (29)	2,17 (2)
Ciclo III	17,85 (15)	61,90 (52)	14,28 (12)	5,97 (5)	-

B – branco; P – preta; A – amarela; P/M – pardo/mestiço; I – indígena.

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

Devido à forte condição de discrepâncias socioeconômicas, associadas à condição de raça/cor, resultando em desvantagem de populações negras e pardas no Brasil, torna-se importante a incorporação da variável “raça/cor” em estudos específicos sobre acesso à atenção à saúde (ABREU, 2019).

O estudo demonstrou inversão na frequência de usuários de acordo com cor/raça, visto que no Ciclo II, a maioria dos entrevistados era da cor ou raça branca (59,3%), enquanto que no Ciclo III era a cor ou raça preta (61,90%) (Tabela 3). Figueiredo e colaboradores (2018), ao descreverem a avaliação dos usuários que participaram do PMAQ-AB em 2012, no que tange à atenção integral, vínculo e coordenação do cuidado, segundo as macrorregiões do país, em relação à raça/cor, observou-se maior percentual das pardo-mestiças (n = 29.311; 45,2%).

O nível de alfabetização “ensino fundamental incompleto” foi predominante nos Ciclos II e III, representando 48,87% e 41,66%, respectivamente, semelhante ao estudo de Felchilcher e colaboradores (2015), em que 40% dos entrevistados alegaram o mesmo nível de escolaridade. Ensino superior completo foi verificado em 3,12% (Ciclo II) e 3,39% (Ciclo III), e o analfabetismo (5,95%) teve maiores resultados no ciclo III (Tabela 4). Os resultados demonstram a necessidade de adequação da equipe de saúde a esse cenário, por meio de uma

linguagem que simplifique a compreensão do usuário e que o deixe confortável para sanar eventuais dúvidas.

Tabela 4 - Caracterização geral dos entrevistados das Estratégias de Saúde de Família de Caratinga/MG segundo alfabetização.

	Nível alfabetização							
	NALF	ALF	EFI	EFC	EMI	EMC	ESI	ESC
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Ciclo II	1,04 (1)	11,45 (11)	46,87 (45)	12,5 (12)	11,45 (11)	12,5 (12)	1,04 (1)	3,12 (3)
Ciclo III	5,95 (5)	11,90 (10)	41,66 (35)	9,52 (8)	10,71 (9)	15,47 (13)	2,39 (2)	3,39 (2)

NALF – Não é alfabetizado (não sabe ler ou escrever), ALF – é alfabetizado, EFI – Ensino fundamental incompleto, EFC – Ensino fundamental completo, EMI – Ensino médio incompleto, EMC – Ensino médio completo, ESI – Ensino superior incompleto, ESC – Ensino superior completo, PG – Pós-graduação, N – Não sabe/não respondeu/não lembra.
Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

A baixa escolaridade dificulta a compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Dessa forma, o grau de conhecimento da doença pode estar diretamente relacionado à escolaridade e à renda, refletindo, por exemplo, no tratamento e no controle glicêmico, bem como nas complicações clínicas de pacientes com Diabetes Mellitus (MICK et al., 2015), como risco de desenvolvimento ou agravamento do câncer de útero (INCA et al., 2011) e a baixa percepção da mulher sobre o preparo para enfrentar as diversas alterações que ocorrem na fase de climatério (SOUZA et al., 2017).

Fonseca e colaboradores (2018) identificaram a associação à baixa escolaridade da mãe associada à presença de enteroparasitoses nas crianças. A escolaridade dos pais ou dos responsáveis influencia no cuidado com a saúde da criança, pois maior nível de instrução e conhecimento propicia uma forma de cuidar mais adequada (FREITAS et al., 2013). A redução no nível escolar oferece aumento das dificuldades sobre esclarecimento acerca de medidas preventivas, assim como os fatores de risco, e juntamente com o baixo nível socioeconômico, pode gerar barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce (SMIESKII, 2018).

Há predominância da baixa escolaridade em indivíduos que são atendidos pelo SUS, ao nível socioeconômico, em que pessoas com maior renda *per capita* têm maior grau de escolarização (MACAGNAN & SARETTO, 2010). Em relação à ocupação, 37,5% dos entrevistados relataram trabalhar no Ciclo II e a média salarial foi de menos de 1 salário

mínimo. No Ciclo III não foi verificada a ocupação, apenas a renda do entrevistado, em que os resultados demonstraram média de R\$ 1.321,52 (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo ocupação.

	Trabalho		
	Não	Sim	
	% (n)	% (n)	Valor (Média)
Ciclo II	62,5 (60)	37,5 (36)	Menos de 1 salário mínimo
Ciclo III	-	-	R\$ 1.321,52

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

No que se refere o acesso ao serviço Bolsa Família, 16,6% (Ciclo II) e 19,04% (Ciclo III) relataram receber o benefício. Porém, 53,12% relatam não serem informados sobre o programa pela equipe de saúde (Ciclo II) (Tabela 6).

O Programa Bolsa Família, que tem como foco a redução da pobreza aliada à inclusão das famílias em seus direitos básicos, encontra-se em consonância com os processos organizativos e de atenção do SUS, por meio de uma estratégia de gestão intersetorial (FAGUNDES, 2012).

Tabela 6 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo acesso ao serviço social Bolsa Família.

	É beneficiário Bolsa Família?	
	Não	Sim
	% (n)	% (n)
Ciclo II	83,4 (80)	16,6 (16)
Ciclo III	61,90 (52)	19,04 (16)
	Equipe de saúde já falou sobre programa?	
	Não	Sim
	% (n)	% (n)
Ciclo II	53,12 (51)	46,87 (45)
Ciclo III	-	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

As condicionalidades em educação, saúde e assistência social firmam ao programa o seu caráter intersetorial e exigem articulação estreita entre diferentes Ministérios, Secretarias

de Estado e Secretarias Municipais (MELO, 2014). Dessa forma, na área da saúde, são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de 7 anos e/ou gestantes, a oferta dos serviços para acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de 7 anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014).

Destaca-se que, apesar das condicionalidades de saúde – responsabilidade de cada um dos municípios enquanto a transferência monetária é centralizada no governo federal – se dirigirem aos indivíduos supracitados, o foco é na família e, por este motivo, as ações devem ser direcionadas para todo o grupo familiar e não para cada um de seus integrantes de forma isolada (MELO, 2014).

4.4 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO A ACESSO E ACESSIBILIDADE

A acessibilidade é algo complementar à presença ou disponibilidade de dado recurso em certo momento e lugar, sendo diferenciada em acessibilidade sócio-organizacional, em que concerne aos aspectos estruturais, de caráter não espacial, que possa facilitar ou dificultar o acesso aos serviços, e com que interferem na relação deste com o usuário; e acessibilidade geográfica que pode ser mensurada por meio da distância e tempo de locomoção, custo, dentre outros (MENDES et al., 2012).

No que concerne à relevância dos estudos, vale ressaltar que, compreender o território é tarefa imprescindível para se coordenarem os processos decisórios que poderão permitir a melhoria na qualidade dos serviços. Uma das questões mais relevantes para a gestão da saúde é a abordagem territorial, uma vez que todos os processos que envolvem a configuração da oferta de serviços e a relação com os usuários se desenvolvem dentro de uma lógica de territórios de abrangência e de integração de fluxos, pontos e “nós” que compõem a tessitura do território multidimensional da saúde (FERREIRA et al., 2013).

De acordo com Santos (1996, 2000), citado por Faria e Bortolozzi (2016), a compreensão do espaço geográfico como sinônimo de espaço banal obriga-nos a levar em conta todos os elementos e a perceber a inter-relação entre os fenômenos. Dessa forma, não se trata de evidenciar mais diretamente um campo de forças em relação a outro e, dessa forma, categorizar o território a partir de um ponto de vista [...] é a realidade do todo o que buscamos apreender.

Tabela 7 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo tempo de chegada, facilidade de acesso e funcionamento.

Variável	Ciclo II	Ciclo III
Tempo de casa até a ESF	10 minutos	11,5 minutos
Facilidade de acesso à ESF	Muito fácil	-
Dias de funcionamento da ESF		
	Segunda à sexta	98,54%
		100%
Horário de funcionamento da ESF		
	Manhã	98,95%
	Tarde	100%
	Noite	0%
Horário de preferência para atendimento		
	Mais cedo pela manhã	1,05%
	À tarde até às 18 horas	1,05%
	À noite	0%
	Aos sábados	6,25%
	No horário de almoço	0%
	Domingo	0%
	24 horas	-
Horário de funcionamento atende as necessidades		
	Sim	94,7%
	Não	5,3%

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

A análise de componentes da Tabela 7, tempo e facilidade de chegada à unidade de saúde, demonstrou que a média de tempo de chegada foi de 10 minutos (Ciclo II) e 11,5 minutos (Ciclo III). Em média, usuários julgaram Muito Fácil o acesso à unidade (Ciclo II), enquanto os entrevistados das unidades de Sapucaia e Anápolis II julgaram razoável o acesso (Gráfico 4). Corroborando os achados deste estudo, no âmbito da acessibilidade geográfica, uma pesquisa envolvendo o primeiro ciclo do PMAQ apontou que 73% dos usuários dos pequenos municípios consideraram que as UBS estavam localizadas perto de seus domicílios (ALBUQUERQUE, 2014).

Para usuários dos municípios de pequeno porte das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, a distância do domicílio até a UBS é fator importante na análise da satisfação em relação aos serviços de saúde (PROTASIO et al, 2017). Martins (2017) utilizou os dados do PMAQ, a partir da visão dos usuários idosos e verificou que para 62,1% destes, o tempo para chegar à unidade também era de 10 minutos, bem como 79,5% julgaram regular o percurso até a unidade de saúde.

O território não é simplesmente um espaço físico, político ou normado, e sim um espaço vivo, vivido, numa integração de muitos sujeitos que se inter-relacionam a todo tempo, produzindo cidadãos cada vez mais informados, bem ou mal, e que querem ser protagonistas

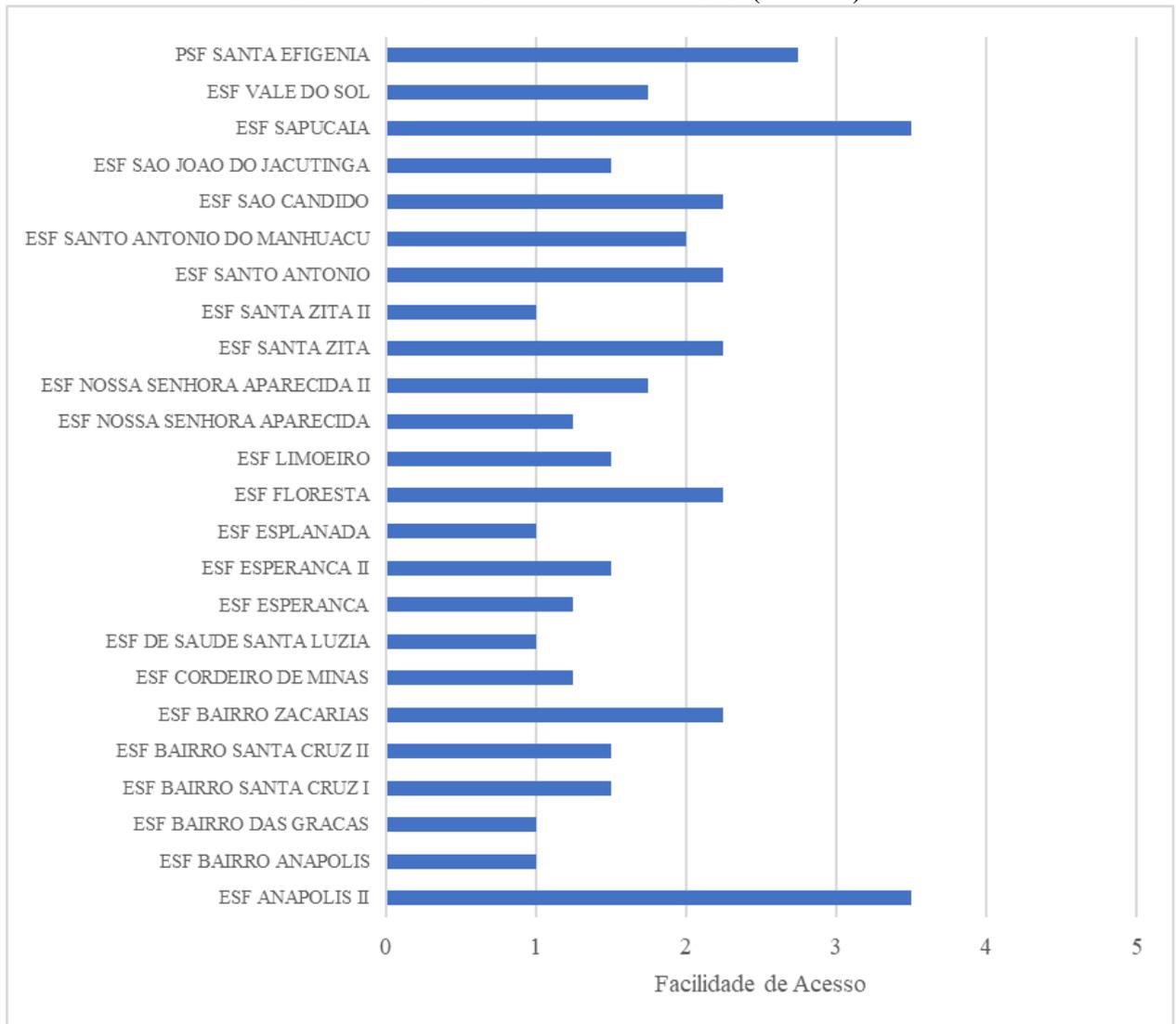
em suas escolhas e decisões. Em virtude do exposto, a pesquisa da qualidade, bem como os desafios encontrados na prestação de serviços para a promoção de saúde nos territórios das ESF's, em dado contexto espacial (no caso, a cidade de Caratinga-MG), afigura-se relevante e de profícua importância empírica e teórica.

A partir da compreensão da lógica territorial dos serviços prestados pelas ESF's Caratinga, e seus desafios, a pesquisa serve como base para permitir a identificação de uma alternativa para a reestruturação de trabalho da equipe com vistas a garantir melhorias no acesso ao serviço e na estruturação dos indicadores de saúde em consonância com a realidade do município de Caratinga.

Os obstáculos em relação ao acesso aos serviços fornecidos pela ESF reduzem em cerca de 80% as chances de obtenção da satisfação dos usuários, bem como a localização e distância do usuário à ESF, tempo gasto no percurso e a alternativa de uso de meio de transporte (PROTASIO et al., 2017).

Verificou-se que 98,95% e 97,61% das unidades funcionam na parte da manhã segundo os usuários entrevistados nos Ciclos II e III, respectivamente. Na parte da tarde, o funcionamento foi de 100% (Ciclo II) e 95,23% (Ciclo III), e não foi verificado funcionamento no horário noturno (Tabela 7).

Gráfico 4 - Facilidade de acesso à ESF (Ciclo II).



1-Muito fácil, 2-Fácil, 3-Razoável, 4-Difícil, 5-Muito Difícil.

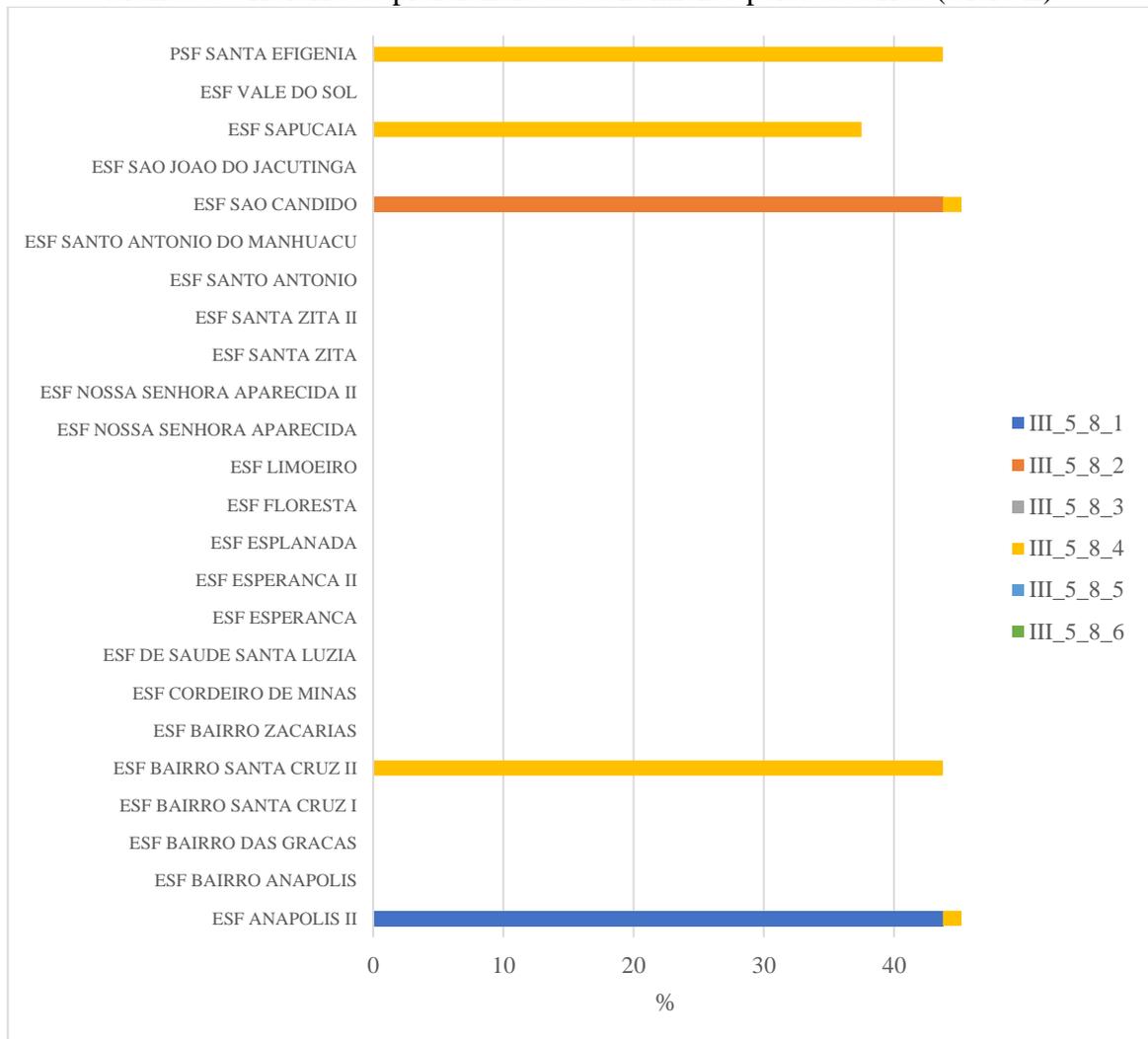
Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II, PMAQ, MS.

Em nível nacional, no Ciclo I, predominou-se turno matutino (99,4%) e vespertino (99%), e no Ciclo II o funcionamento da unidade de saúde na parte da manhã foi relatado por 99,8% e tarde 99,2%, em contraste com o período noturno (2,9%) (CATANANTE, 2017). Os turnos mais frequentes para o acolhimento, segundo os profissionais do Baixo Amazonas, localizado no Oeste do Pará, são manhã com 95,0% e tarde com 91,0%, sendo que, no turno noturno, o acolhimento acontece apenas em duas UBS do total geral (4,0%) (SILVA, 2019).

Para o Ciclo II, em que 94,7% dos usuários estão satisfeitos com o horário de atendimento, 6,25% dos usuários entrevistados relataram terem preferência de atendimento aos sábados. Esses resultados foram verificados em mais de 30% dos entrevistados nas unidades de Santa Efigênia, Sapucaia, São Cândido, Santa Cruz II e Anápolis II.

Conforme apresentado, embora 84,28% (Ciclo III) relatem que o horário de funcionamento atenda às suas necessidades, no Ciclo III 54,76% tem preferência de atendimento no horário do almoço, 42,85% aos domingos, 41,66% à noite e 40,47% aos sábados (Tabela 7). Destes, 43,75% dos usuários da ESF São Cândido preferem atendimento à tarde até às 18 horas, 43,75% preferem atendimento mais cedo, pela manhã, na ESF Anápolis II e usuários da ESF Santa Efigênia (43,75%), Sapucaia (37,5%) e Santa Cruz II (43,75%) têm preferência de atendimento aos sábados (Gráfico 5), o que acarreta em dificuldades de acesso e uso da UBS para aqueles integrantes da comunidade que, conforme já caracterizados nas variáveis anteriores, possuem jornada de trabalho conflituosas com o horário de funcionamento.

Gráfico 5 - Horário de preferência de atendimento pelos usuários (Ciclo II).



III_5_8_1 – Mais cedo pela manhã; III_5_8_2 – À tarde até às 18 horas; III_5_8_3 – À noite;
 III_5_8_4 – Aos sábados; III_5_8_5 – No horário de almoço; III_5_8_6 – Domingo.

Fonte: Banco de dados do Ciclo II, PMAQ, MS.

Quanto à marcação de consulta, nota-se que esta ocorre de forma variável: com hora marcada (56,25%) e por ordem de chegada (42,70%) no Ciclo II, com dias específicos fixos em horários específicos (38,54%). Segundo resultados do Ciclo III, as marcações podem ser em qualquer dia da semana em 45,23% das unidades. Esses dados, combinados com a marcação presencial (54,16% e 77,38%) e a necessidade de pegar ficha sem e com fila na UBS (7,29 e 25%), reafirmam uma necessidade de melhoria no atendimento à demanda espontânea. O descontentamento do usuário em relação à presença de dificuldades em relação ao fluxo de serviços e à falta de organização da rede pode ser atribuído a tais resultados (Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo marcação de consultas.

Questão	Ciclo II	Ciclo III
A marcação da consulta é:		
Com hora marcada	56,25%	-
Por ordem de chegada	42,70%	-
Outro(s)	1,05%	-
Quando consegue marcar a consulta?		
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	26,04%	-
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	20,83%	-
Em qualquer dia da semana	-	45,23%
Dias específicos fixos, em qualquer horário	3,12%	-
Dias específicos fixos, em horários específicos	38,54%	-
Outro(s)	4,16%	-
Como é marcada a consulta?		
Telefone	8,33%	2,38%
Internet	0%	-
Presencialmente na ESF	54,16%	77,38%
Presencialmente na ESF com ficha sem fila	7,29%	-
Presencialmente na ESF com ficha com fila	25%	-
Marcada pelo agente de saúde	22,91%	3,57%
Outro(s)	1,040%	1,19%
Não sabe/não respondeu/não lembra	0%	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

4.5 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO E ESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS COM A EQUIPE

A Atenção Básica constitui-se de uma das fundamentais portas de entrada do sistema de saúde, bem como assume um papel de fornecer respostas aos usuários, ultrapassando o caráter de mero primeiro passo burocrático da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a

demanda espontânea nas UBS's, é definida como a necessidade de saúde exposta pelo usuário, podendo ou não ser na forma de demanda, que uma vez manifestada, se faz importante a escuta e o acolhimento legítimo deste (CLEMENTINO, 2015).

Ao avaliar a demanda espontânea, 53,12% dos entrevistados precisaram ir à unidade de saúde sem hora marcada e 50% obtiveram resolução para o seu problema (Ciclo II). A média de tempo de espera para atendimento por profissional de saúde foi de 50 minutos (Ciclo II) e 25 minutos (Ciclo III), e os usuários julgaram terem sido muito bem atendidos em ambos os ciclos (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo demanda espontânea.

	Precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?		Como foi recebido(a)?	Quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde?	Foi realizado algo para resolver o seu problema?	
	Sim % (n)	Não % (n)	Média ± DP Avaliação	Média	Sim % (n)	Não % (n)
Ciclo II	53,12 (51)	46,88 (45)	1,78 ± 0,7 Muito bem	50 minutos	50 (48)	50 (48)
Ciclo III	-	-	1,69 ± 0,61 Muito bem	25 minutos	-	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

Os resultados a nível nacional demonstram que 98,3% das equipes de saúde participantes do PMAQ-AB responderam que realizam o acolhimento à demanda espontânea, indicando a inserção dessa prática continuamente nos processos de trabalho (SILVA et al., 2019).

Embora a maior parte dos respondentes tenha afirmado realizar o acolhimento à demanda espontânea, Garnelo e colaboradores (2018) evidenciam que há pouca flexibilidade das equipes em acolher as demandas de usuários que enfrentam as grandes distâncias para chegar até a unidade, 40% deles informam que usuários de zona rural entram em filas para agendar ou obter consultas e que têm poucas oportunidades em obter atendimento no mesmo dia, ou dispor de vagas extras ou reservadas para demanda espontânea.

O atendimento à demanda espontânea inclui também respostas assistenciais às situações de urgência e emergência. Embora 63,55% (Ciclo II) e 50% (Ciclo II) não contem com estas unidades para algum atendimento de emergência, não ter profissional na unidade (2,08% - Ciclo II) e unidade fechada (2,38% - Ciclo III) foram justificativas relatadas pelos usuários (Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo atendimento de urgência.

Conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?						
	Sim	Não	Por que?			
			% (n)	% (n)	Não tem profissional na unidade	Não atende à urgência
Ciclo II	36,45 (35)	63,55 (61)	2,08%	1,04%	-	3,12%
Ciclo III	50 (42)	50 (42)	-	-	2,38%	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

Segundo Fausto e colaboradores (2014), 35% dos usuários afirmam que não buscaram atendimento de urgência e emergência nas UBS quando precisaram e, dentre os que procuraram atendimento nas UBS, 82,5% relatam ter conseguido, em caso de urgência, ser atendidos na UBS na mesma hora e sem consulta marcada. Usuários das regiões Sul e Sudeste procuraram mais pelo atendimento quando em situação de urgência (42 e 43,9%, respectivamente). Já nas regiões Norte e Centro-Oeste, cerca de 20% dos que tiveram problema de urgência não procuraram atendimento (CASOTTI, 2014).

Em relação a tratamento odontológico de urgência, no PMAQ-AB Ciclo I, 38,6% dos usuários que marcaram consulta com o dentista tentaram atendimento na última vez que tiveram alguma urgência na boca. Destes, 87,2% procuraram a própria unidade básica de saúde e 81,7% informaram que foram atendidos na mesma hora, sem consulta marcada (CASOTTI, 2014).

A estrutura da afetividade nos cuidados de saúde, evidenciada de forma considerável na relação médico-paciente, é largamente considerada como a essência na efetividade dos cuidados de saúde. Dessa forma, vários estudos nos últimos anos enfocam justamente o lado humanístico da relação médico-paciente e a importância na qualidade dessa relação no estabelecimento do vínculo do paciente com os cuidados à saúde (MACHADO et al., 2015).

Tabela 11 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado.

	Acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?		Acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?		Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?	Quando interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais o (a) procuram?
	Sim % (n)	Não % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	Média ± DP Avaliação	Média ± DP Avaliação
Ciclo II	90,62 (87)	9,38 (9)	89,58 (86)	10,42 (10)	2,37 ± 1,22 Na maioria das vezes	3,5 ± 1,80 Quase nunca
Ciclo III	92,85 (78)	3,57 (3)	97,61 (82)	2,38 (2)	-	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

No que diz respeito ao vínculo, responsabilidade e coordenação do cuidado, a maioria dos usuários consideram suficiente o tempo de atendimento do médico, sendo 90,62% (Ciclo II) e 92,85% (Ciclo III); e do enfermeiro, 89,58% (Ciclo II) e 97,61% (Ciclo III). Segundo Bastos e Faloso (2013), a satisfação em relação à consulta está associada diretamente à duração desta, visto que, segundo os autores, a variável tempo de atendimento implica em melhor anamnese, explicação dos procedimentos de diagnóstico e dos problemas relacionados à doença, propiciando maior resolubilidade e compreensão por parte do paciente.

Em estudo realizado em Belo Horizonte, em grupos de usuários cobertos pela UBS "tradicional", cobertos por plano privado de saúde, cobertos pela ESF e não usuários regulares dela, e cobertos pela ESF e prováveis usuários regulares dela, verificou-se que a proporção de usuários que consideravam que a sua consulta dura o tempo necessário foi baixa em todos os grupos (LIMA-COSTA et al., 2013).

Segundo Comes e colaboradores (2016), o tempo da consulta, no modelo centrado no paciente, deve permitir abordar: a agenda do médico relacionada aos sintomas e à doença; a agenda do paciente que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas agendas.

Conforme Tabela 11, na maioria das vezes, os profissionais costumam perguntar por seus familiares, porém quase nunca são procurados pelos profissionais da unidade quando interrompem o tratamento por algum motivo. O estudo realizado por Santos e colaboradores (2012), que analisou as práticas das Equipes de Saúde da Família em quatro capitais brasileiras (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), constatou que o vínculo entre profissional e usuário ainda necessitava de melhorias, principalmente quanto ao estabelecimento do contato com o usuário e conhecimento da comunidade mediante a visita

domiciliar. Para Protasio et al (2017), é de considerável importância investigar o motivo que levou o usuário a interromper o tratamento, bem como sua ausência nos serviços de saúde, uma vez que se trata de uma perspectiva fundamental da atenção primária.

4.6 PERCEPÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Em relação à atenção especializada, entende-se que uma unidade básica deve ser capaz de realizar o agendamento para a sua rede de referência e monitorar as filas, bem como o tempo de espera para a atenção especializada. Desse modo, na análise sobre a forma de marcação de consultas para encaminhamento a outros profissionais de saúde das unidades, foi possível identificar que no Ciclo II as consultas eram marcadas na unidade de saúde e informadas posteriormente (11,45%), marcadas pelo usuário na central de marcação de consultas especializadas (10,41%) ou o usuário recebe uma ficha de encaminhamento para procurar o serviço indicado (15,62%). Já no Ciclo III, as consultas eram marcadas pela unidade de saúde e informadas posteriormente em 34,52% das unidades e marcadas pela unidade de saúde e informadas na hora em 17,85% (Tabela 12).

É possível verificar, então, que, ao fazer encaminhamentos à unidade de saúde, não se consegue desenvolver um adequado acompanhamento dos desdobramentos gerados a partir desse momento, ou seja, as equipes deixam de compartilhar com os usuários e profissionais dos serviços secundários e terciários as decisões a serem tomadas, resultando, assim, na redução da capacidade do serviço de saúde de intervir de modo a participar e desenvolver um cuidado integral na rede de saúde (PROTASIO, 2017).

Os usuários deste estudo relataram sempre encontrar facilidade para conversar com os profissionais sobre resultados dos exames. Resultado semelhante foi demonstrado em estudo que avaliou a satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico (BRITO, 2014).

Tabela 12 - Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo a coordenação do cuidado.

	Sabe como é marcada a consulta para encaminhamento a outros profissionais de saúde?					Encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames?	Média ± DP Avaliação
	Marcada pela unidade de saúde e informada na hora	Marcada pela unidade de saúde e informada depois	Marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas	Recebe uma ficha de encaminhamento /referência e procura o serviço indicado	Recebe uma ficha de encaminhamento /referência e procura o serviço que desejar	Não sabe/não respondeu/não lembra	
Ciclo II	3,12%	11,45%	10,41%	15,62%	4,16%	2,08%	1,35 ± 0,63 Sempre
Ciclo III	17,85%	34,52%	5,95%	9,52%	-	-	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

Quando questionados sobre a visita do agente comunitário de saúde à sua casa, 96,87% dos usuários afirmaram receber frequentemente os agentes. Na avaliação do Ciclo III, a visita dos ACS's na residência dos usuários reduziu para 61,90% (Tabela 13).

A visita domiciliar na ESF é um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários; dessa forma, trata-se de uma das principais atividades que permite o conhecimento do contexto social e identificação das necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe, de forma a permitir uma aproximação com os motivadores do processo de saúde-doença (KEBIAN & ACIOLI, 2014).

Tabela 13 – Caracterização geral dos entrevistados na Estratégia de Saúde da Família de Caratinga/MG segundo a visita domiciliar.

	O agente comunitário de saúde visita sua casa?		Com qual frequência outro(s) profissionais da equipe de saúde visitam sua casa?
	Sim	Não	Avaliação Média
Ciclo II	96,87%	3,13%	2,27 ± 1,3 Na maioria das vezes
Ciclo III	61,90%	34,52%	-

Fonte: Bancos de dados dos Ciclos II e III, PMAQ, MS.

Os ACS's têm baixa capacidade de influenciar o trabalho dos demais profissionais da equipe, por outro lado, é no território, na realização das visitas, que encontram maior espaço de exercício de sua autonomia. É no território que seu trabalho ganha centralidade sobre o trabalho dos demais, ao contrário do trabalho intramuros, concentrado na atuação do médico (CUNHA & SÁ, 2013).

Da análise dos dados da Tabela 14, acerca das ações e metas para atenção básica apresentadas pelo município entre os anos de 2013 e 2017, verifica-se que na dimensão cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica, a meta foi alcançada apenas no ano de 2015; e por sua vez, apenas 0,71% dos resultados foram alcançados no ano de 2013, cuja meta de cobertura populacional apresentada no PAS foi de 88,74%.

Em 2013, a cobertura populacional estimada de atenção básica foi de 69,3% em todo país (PELLISSARI, 2018). Em 2017, a cobertura já alcançava 58% da população em outubro, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios (MOROSINI et al, 2018).

No que se refere à variável cobertura de acompanhamento, e as condicionalidades de saúde exigidas pelo Programa Bolsa Família, a cidade alcançou as metas nos anos de 2014 e 2017, e foi verificado 0% de resultado diante da meta (85,97%) proposta em 2013. A diminuição do índice de acompanhamento das famílias beneficiárias do programa foi verificada no Município de Doutor Ricardo. Nos anos de 2013-2016, a principal causa, segundo os autores, é a ineficiência no acompanhamento mínimo recomendado na gestão do Programa (PELLEGRINI, 2019). A maior supervisão e a atuação por parte dos ACS's são necessárias para o acompanhamento adequado das famílias beneficiadas, pois essa deficiência pode ter prejudicado tal levantamento.

Tabela 14 - Tabela com ações e metas para atenção básica RAG.

Indicador	Relatório de Gestão Anual									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	Meta (%)	Resultados (%)	Meta (%)	Resultados (%)	Meta (%)	Resultados (%)	Meta (%)	Resultados (%)	Meta (%)	Resultados (%)
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	88,74	0,71	92,24	85,92	85,92	88,58	S/I	S/I	100	S/I
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	85,97	0,00	85,97	88,31	85,97	83,98	83,17	92,33	80,00	S/I
Cobertura populacional estimada pelas equipes Básicas De Saúde Bucal	55,94	0,00	59,43	55,78	55,58	55,58	S/I	S/I	55,58	S/I
Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	3,00	0,00	5,00	0,00	S/I	S/I	100	100	S/I	S/I

S/I – Sem informação.

Fonte: Bancos de dados dos Sistemas de Apoio ao Relatório de Gestão, sargSUS, MS.

O Programa Bolsa Família está inserido no contexto das estratégias políticas adotadas pelo Governo Brasileiro ao longo das últimas décadas, visando reduzir as desigualdades sociais e de renda em nosso país, tendo como um dos objetivos promover o acesso a uma rede de serviços públicos relacionados às condicionalidades que referem-se aos compromissos assumidos, tanto pelas famílias inscritas no programa quanto pelo Poder Público, para ampliação do acesso a direitos sociais básicos (MELO et al., 2018).

Com relação à cobertura pelas equipes de saúde bucal, a meta foi alcançada em 2015 (55,58%), resultado que se manteve em relação ao ano anterior, no qual o resultado foi abaixo da meta. Terhorst (2019) verificou, ao analisar o plano de saúde entre 2014 e 2017 no município de Alto Alegre, RS, que a meta não foi atingida em sua totalidade devido à pouca atenção dada às atividades preventivas, sendo o serviço odontológico direcionado mais para os procedimentos restauradores.

No Brasil, a atenção odontológica ficou caracterizada, durante anos, por atender grupos populacionais restritos, por meio de programas voltados para o curativismo, tendo como resultado uma baixa cobertura, tanto no aspecto assistencial quanto populacional. Contudo, a

prestação de serviços de saúde bucal apresentou sensível expansão dos níveis primário e secundário, com ênfase para o primeiro (LINO et al., 2014).

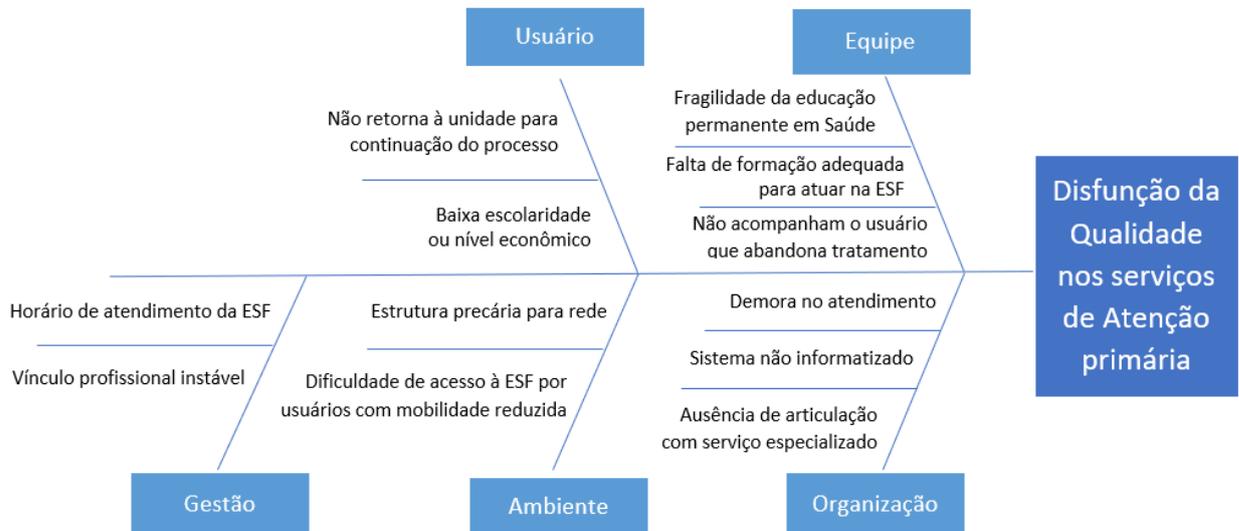
Nos anos de 2015 e 2017 não foram propostas metas no PAS acerca da proporção de ações de educação permanente implementadas ou realizadas. Entretanto, em 2016, segundo o município, 100% das ações propostas foram implementadas. O RAG do ano de 2018, apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Natal, apontou que 36,8 das ações propostas foram cumpridas totalmente, algumas com o indicador desejado para a ação, outras com o indicador acima do esperado (MENDONÇA, 2019).

A Portaria GM/MS Nº 648, de 2006, adotou o termo Atenção Básica em consonância aos conceitos mundiais de Atenção Primária à Saúde, mas especialmente ressaltou a importância da adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde, com o propósito de reorientar o modelo de atenção. Dessa forma, o processo de formação e educação permanente do profissional inserido nas unidades voltadas à APS passa a ser prioritário considerando que o objetivo deste nível de atenção é coordenar a organização do sistema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

Verifica-se que no ano de 2017 não foi apresentado nenhum dos resultados das variáveis escolhidas, e que, segundo o RAG, a Secretaria de Saúde de Caratinga não teve programação anual referente ao ano de 2017, o que difere dos anos anteriores estudados. Os motivos dessa lacuna não foram determinados pela Secretaria de Saúde de Caratinga. A mudança de gestão e de alguns funcionários, o que ocorreu no município durante os anos de estudo, pode ter prejudicado o lançamento dos dados nesse importante instrumento de gestão do SUS.

A Figura 2 apresenta uma síntese, em forma gráfica, por meio da ferramenta de Gestão da Qualidade “Diagrama Causa e Efeito”, ou “Diagrama de Ishikawa”, também conhecido popularmente como “Diagrama Espinha de Peixe”, através do qual se pode observar a citação do problema selecionado “**disfunções da qualidade dos serviços de Atenção Primária**”, suas cinco causas primárias, a saber: a Equipe, a Organização, o Ambiente, a Gestão e o próprio Usuário, que também faz parte do sistema. Por fim, foram elencadas as respectivas causas secundárias, ou subcausas identificadas.

Figura 2 - Diagrama de Ishikawa para a Disfunção da Qualidade nos serviços de Atenção Básica.



Fonte: O autor. Dados da pesquisa, 2020.

No que diz respeito às causas secundárias do Usuário da unidade de saúde, destaca-se o não retorno deste à unidade para continuidade do processo de tratamento. Além disso, a baixa escolaridade ou nível econômico. Uma população com grau de escolaridade reduzido, tende a expressar menos juízos de valor e ser mais complacente em relação aos serviços de saúde que lhe são prestados, manifestando graus elevados de satisfação, mesmo sem receber a devida assistência (BRANDÃO et al., 2013).

Para a causa primária, Organização, foram destacadas três causas secundárias, a saber: demora no atendimento; sistema não informatizado e a ausência de articulação com serviço especializado. Os gestores podem atuar promovendo ações que evitem a demora no atendimento, reduzindo a lista de espera para agendamento de serviços especializados, o que influencia diretamente no fluxo da unidade, permitindo assim que os profissionais possam exercer sua função de forma mais humanizada e eficaz. Como relata Oliveira e colaboradores (2017), a satisfação do usuário já é alcançada pelo simples fato deste ser atendido, uma vez que algumas pessoas não possuem expectativas em relação a certas instituições públicas.

No que concerne ao Ambiente das unidades de saúde, foram traçadas como causas secundárias a precariedade da estrutura destas, bem como a dificuldade de acesso por pessoas com mobilidade reduzida. Nesse contexto, cabe aos gestores a responsabilidade de garantir ações que satisfaçam às necessidades reais da população, o que implica, sobretudo, a acessibilidade e qualificação das relações para que uma resposta sempre efetiva seja oferecida pelo serviço (BREHMER & VERDI, 2010).

Por fim, foram apontados problemas relacionados à gestão das unidades, que afetaram negativamente a qualidade dos serviços: *o horário de atendimento na ESF e a falta de vínculo estável para o profissional de saúde*. Segundo Moura e colaboradores (2013), dificuldades relacionadas à insatisfação em relação à remuneração e vínculos trabalhistas e a necessidade do profissional de trabalhar em mais de um emprego para garantir uma renda adequada, comprometem a natureza do trabalho do profissional. Quando o gestor se furta a assumir sua responsabilidade com a qualidade dos serviços, a população, invariavelmente, sofre com a ineficiência da assistência.

Portanto, a construção do Diagrama de Ishikawa fornece ao gestor e equipe uma visão clara e objetiva das principais causas que comprometem a qualidade dos serviços, possibilitando uma melhor compreensão do problema e um importante subsídio na hora de traçar a estratégia de gestão da qualidade.

5 CONCLUSÕES

Dos resultados expostos nesta pesquisa, com base nos dados obtidos nos ciclos II e III de avaliação externa do PMAQ-AB, nos aspectos relacionados aos fatores dificultadores do acesso ao uso das unidades estudadas, verificou-se, em relação à unidade de saúde, a necessidade de cumprimento dos requisitos de acolhimento dos pacientes com deficiência física e com mobilidade reduzida, minimizando as barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde.

Em relação à formação e qualificação dos profissionais, é importante o investimento na formação dos trabalhadores de saúde, de modo a permitir uma maior aproximação e afinidade com a realidade e legítimas necessidades do serviço, especializações e residências voltadas para atuação na Atenção Básica. Por outro lado, deve-se atentar à qualificação na atenção à saúde masculina, de forma a incentivar a presença desse público no serviço de Atenção Básica.

Os dados analisados neste estudo mostram a importância de se continuar empenhando esforços para a desprecarização dos vínculos de trabalho, com destaque para a pluralidade de formas de vínculos na Atenção Básica. Além disso, a temporalidade do contrato de trabalho pode incidir diretamente na decisão do profissional de se desvincular para aceitar outras propostas que possam lhe parecer mais favoráveis do ponto de vista das condições de trabalho.

Este estudo apontou a importância da continuidade do tratamento, bem como o acompanhamento de usuários que interrompem o tratamento por parte da equipe de saúde, principalmente por meio dos ACS's, profissionais que possibilitam a conexão entre o usuário e a rede. De modo geral, foi verificada avaliação positiva para o tempo de deslocamento até a unidade de saúde e ao horário de funcionamento das ESF's investigadas.

A análise do Relatório Anual de Gestão (2013-2017) permite compreender que as metas estabelecidas pelo PAS, nos indicadores avaliados, não foram alcançadas e/ou disponibilizadas na plataforma. Ressalta-se que 2013, o primeiro ano de análise do Plano, considerando os dados, foi considerado pior, pois todas as metas propostas não foram cumpridas, nem de forma parcial. O destaque negativo ficou por conta da quantidade de resultados e metas sem informação verificadas, impossibilitando a análise de desempenho do Plano de Saúde.

Conclui-se este trabalho como passo inicial no estudo da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população de Caratinga, visto que esta pesquisa mostra a realidade do

sistema nos anos abordados. O estudo permitiu verificar que a população em estudo requer a organização dos serviços, com adequação do pessoal técnico e dos recursos tecnológicos, a fim de dar continuidade no cuidado.

Os resultados encontrados poderão auxiliar no processo de reflexão sobre o cuidado e o trabalho das equipes de atenção básica. De forma positiva, almeja-se contribuir ainda para o planejamento de novas formas de organização, reorientação das práticas profissionais e nos decursos de tomada de decisão.

Em vista disso, tornam-se necessárias outras pesquisas para dar continuidade à proposta iniciada por essa investigação, de forma a estimular o uso dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, bem como o enriquecimento da avaliação e rigor na disponibilização fidedigna dos dados, o que pode representar ganhos substanciais para as análises posteriormente desenvolvidas.

Entretanto, cabe salientar que o presente estudo limita-se a utilizar dados secundários, gerados pelo PMAQ-AB, no município de Caratinga, MG, e portanto, não serve como parâmetro para conclusões em nível nacional, por se tratar de um recorte local, embora seja apropriado para comparações com outras regiões do país e para ajudar a compreender o território da Atenção Básica em sua complexidade nacional.

Por fim, estudos futuros poderão se utilizar de entrevistas com usuários e não usuários da ESF, produzindo dados primários para pesquisas conclusivas a respeito do grau de satisfação da população com os serviços, bem como entrevistar gestores e equipes para elaboração de Diagrama de Pareto, a fim de definir prioridades estratégicas para a gestão da saúde no Município.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D.M.X. et al. Acesso à atenção básica em saúde nas regiões nordeste e sudeste segundo raça/cor. **Anais do XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon/FM/UFMG, 2019.
- ALBUQUERQUE, M. do S.V. de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out 2014.
- ALMEIDA, E. S. **Contribuição à implantação do SUS. Estudo do processo com a estratégia NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/93**. 1995. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2006.
- ANITA, G. B. Território e acesso: questões sobre as políticas de saúde brasileiras. **Avances en Psicología Latinoamericana**, vol. 35, núm. 2, 2017. Universidad del Rosario, Colombia.
- BARBOSA, M., et al. Processo De Avaliação Do Programa Nacional De Melhoria Do Acesso E Da Qualidade Da Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Revista Contexto & Saúde**, 18(35), 50-60, (2018a). <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.50-60>.
- BARBOSA, V.F.B., et al. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. **Saúde Soc.** São Paulo; 2018b, 27 (1): 175-184.
- BASTOS, G. A. N.; E FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2013, v. 16, n. 1, pp. 114-124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100011>>. Acesso em 27 Mar. 2020. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100011>.
- BRANDÃO, A. L.R. B. S.; et al. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 21 Mai. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para equipes de atenção básica – saúde da família**

e equipe parametrizada / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 129 p: il. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p. : il.

BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ou. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome . **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. – N. 17 (2014)- . Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005- . 64 p. ; 28 cm.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>

BRITO, L. M. **Programa mais médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico**. Monografia (graduação).109p. Faculdade de Ceilândia – FCE. 2014.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

CARATINGA. **Prefeitura Municipal de Caratinga**. Disponível em: <www.caratinga.mg.gov.br>. Acesso em: 15 Set. 2019.

CASOTTI, ELISETTE et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, n. spe, pp. 140-157. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>.

CATANANTE, G. V. **A qualidade dos serviços de APS no contexto do PMAQ-AB, segundo informações dos usuários**. Ribeirão Preto. Faculdade de medicina de ribeirão Preto/USP. 2017.

CAVALLI, L. O., et al. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 111, pp. 87-100. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103->

1104201611107>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611107>

CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 2, e00201515. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>>. Acesso em 21 Abr. 2020. Epub 19 Fev 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>.

CLEMENTINO F. S. et al. **REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA** On line, 2015; 4(1): 62-80.

COELHO M. G. M., et al. (2019). Avaliação da acessibilidade na atenção primária à saúde na perspectiva dos gerentes. **HU Revista**, 45(3), 283-288. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.28759>.

COMES, Y.; et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 09, pp. 2749-2759. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/141381232015219.16202016>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>.

CORRÊA, H. L. **Gestão de Serviços**: lucratividade por meio de operação e satisfação dos clientes. Atlas, São Paulo, 2002.

CUNHA,; SA, et al. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, May 1978.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FAGUNDES, P. C. **Bolsa família na saúde a experiência do município de Porto Alegre**. Trabalho conclusão de curso. 32p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. Espaço, Território E Saúde: Contribuições De Milton Santos Para O Tema Da Geografia Da Saúde No Brasil. **R. RA E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise** 2016; 38:291-320.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**

[online]. 2014, v. 38, n. spe, pp. 13-33. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.

FELCHILCHER, E., et al. Perfil Dos Usuários De Uma Unidade Básica De Saúde Do Meio-Oeste Catarinense. **Unoesc & Ciência** - ACBS Joaçaba, v. 6, n. 2, p. 223-230, jul./dez. 2015

FELISBERTO, E.; et al. Avaliação na estratégia saúde da família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

FERREIRA, S.M.I.L.; et al. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saude soc.** [online]. 2013, vol.22, n.3, pp.804-814. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300014>.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(supl 6):2874-81.

FONSECA, T. C. et al. Fatores associados às enteroparasitoses em crianças usuárias de creches comunitárias. **Ciência&Saúde** 2018;11(1):33-40.

FRANCO, T. B.; et al. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREITAS, A.M.L., et al. A Humanização Nos Serviços De Saúde: A Formação Profissional E Suas Contribuições Para A Operacionalização Do Sistema Único De Saúde- SUS. **Observatório do Cuidado. Avalia Caminhos**, 2017.

FREITAS, J. G.; et al. Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 964-972, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400964&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400019>.

FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. 9, e00059116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>>. Acesso em: 17 Out.. 2019. Epub 10 Out 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>.

GARLINDO, A. C.; GURGEL, AM. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2016 out.-dez.; 10(4).

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. Gestão pública em saúde: programação anual de saúde e relatório anual de saúde. 35f.: il. (**Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade V**). - São Luís, 2016.

GARNELO, LUIZA et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 81-99. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.

GOMES, L. B. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB) / Luciano Bezerra Gomes, Mirceli Goulart Barbosa, Alcindo Antônio Ferla, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357 p. – (**Atenção Básica e Educação na Saúde**; 7).

GOMES, T. S.; et al. Relação entre natureza jurídica de prestadores de serviços e qualidade na atenção básica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, e00231518, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000205009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mar. 2020. Epub Feb 21, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231518>.

GONZALES-REY, F; MORI, V. Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. spe., p. 99-108, 2011.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total**: à maneira japonesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1985. 277p.

JANSSEN, M., et al. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde em Debate [online]**. 2016, v. 40, n. 111, pp. 140-152. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611111>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611111>.

JÚNIOR, E. S. DA S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov., 2010.

JUSTO, C. M. et al. Acessibilidade Em Unidade Básica De Saúde: A Visão De Usuários E Profissionais. **Rev. Saúde Col.** UEFS, Feira de Santana, 7(1): 16-23 (Junho, 2017).

KEBIAN L.V.A., ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20260.

LAMY, R. L. R. F. **Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 52-66. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>>. Acesso em 25 Mar. 2020. ISSN 2358-2898.

<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

LIMA-COSTA MF et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(7):1370-1380, jul, 2013.

LINO, P. A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 19, n. 9, pp. 3879-3888. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12192013>>. Acesso em 21 Abr. 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12192013>.

MACAGNAN, C. F.; SARETTO, C. M. F. B. **Perfil dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do meio oeste catarinense**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)–Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2010.

MACHADO, F. A. et al. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. 2015; 10 (37):0-00. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)773](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)773)

MACIEL, J. A. C. et al. Educação Permanente em Saúde: concepções de cirurgiões-dentistas e gestores. In: **CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA (CIAIQ)**, 7., 2018, Fortaleza (CE). Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. Aveiro: Ludomedia, 2018. p. 838-848.

MAGALHÃES J. H.M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto coordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Revista Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 14-29, 2014.

MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0009, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100405&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar. 2020.

MARTINS, F. V. **Percepção dos usuários idosos sobre os serviços de saúde nas unidades básicas de saúde a partir do PMAQ**. Dissertação de mestrado. 67f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

MELO, L. G. N. S. **Avaliação das condicionalidades em saúde do programa bolsa família**. Tese de Doutorado. 63p. Universidade federal do Rio Grande do Norte. 2014.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007>.

MENDES, A. LOUVISON, et al. O processo da gestão regional da saúde no Estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc** 2015; 24(2):423-437.

- MENDONÇA, J. M. N. **Educação permanente em saúde: caminhos trilhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN** / 37f.: il Juliana Marques Nogueira Mendonça. - 2019.
- MICK, L. Complicações clínicas que acometem o paciente diabético em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de IpuacuSC no primeiro semestre de 2014. **Biosaúde**, Londrina, v. 17, n. 2, 2015.
- MINAYO, M. C. S. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Rev Pesqui Qualit** [Internet]. 5(7):1-12. 2017.
- MINAYO, M. C. S., 1991. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, 24:70-77.
- MONKEN M, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 23-41, 2008.
- MONKEN, M., BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saude Publica**. 21(3):898-906; 2005.
- MONKEN, M.; GONDIN, G. M. de M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.
- MOREIRA, K. S. et al. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2017.
- MOROSINI, M.V. G. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. 116, pp. 11-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em: 21 Abr. 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
- MOURA MS, et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Cienc Saude Coletiva** 2013;18(2):471-80. DOI:10.1590/S1413-81232013000200018.
- OLIVEIRA, M.M. et al. Avaliação da aceitabilidade do usuário/ família sobre a Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**. 2017 abr/jun; 20(2): 159 - 166.
- PEDRAZA, D. F. et al. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. **ABCS Health Sci**. 2018; 43(2):77-83.
- PEDUZZI, M. **Educação, Medicina e Saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares. Educação, saúde e medicina: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares**/Organizado por André Mota, Maria Gabriela S. M. C. Marinho e Lilia Blima Schraiber – Santo André: UFABC, 2018.
- PELLISSARI, D. M. et al. Offer of primary care services and detection of tuberculosis incidence in Brazil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 52, 53. Disponível em:

<<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000131>>. Acesso em: 21 Abr. 2020. Epub 21 Maio 2018. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000131>.

PELLEGRINI, A. A. **O Cumprimento das Condicionalidades de Saúde no Programa Bolsa Família no Município de Doutor Ricardo (RS)**, 2013-2016/ Adagir Antonio Pellegrini – 2019. 52 f.:il. Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio

PINTO, H. A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p.145-160, 2014.

PROTASIO, A.P. L. et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 6, pp. 1829-1844. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, Feb. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar. 2020.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3321-3331, 2013.

SANTANA, J.S. S. **Análise comparativa dos custos de transação para o desenvolvimento da atenção primária à saúde no estado da Bahia**: fundação estatal e administração direta./ José Santos Souza Santana. – Salvador, 2013.

SANTANA, V.C.; BURLANDY, L. “Inflexões na avaliação e financiamento da atenção básica com o PMAQ-AB”, **Revista OIDLES**, n. 26, Junho, 2019.

SANTINHA, G. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.3, p.815-829, 2013.

SANTOS, A.M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SANTOS, I. D. M. dos. **Território e Gestão do Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família em uma Região de Saúde de Minas Gerais** / Isabel Domingos Martinez dos Santos. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

SANTOS, M. e SILVEIRA, M. L. **O Brasil**. Território e Sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro, Record, 2001.

SANTOS, R. A. **Acolhimento das urgências/emergências na estratégia saúde da família dentro do contexto da atenção básica: revisão de literatura** / Railene Almeida dos Santos. – Governador Mangabeira – BA, 2017. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Enfermagem) – Faculdade Maria Milza, 2017.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, n. spe, pp. 94-108. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>>. Acesso em: 25 Mar. 2020. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>.

SEIDL, H. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 94-108, out 2014.

SELEME, R. et al. **Controle da Qualidade: as ferramentas essenciais**. Ibepex, Curitiba, 2010.

SELLERA, P. E. G. et al. A ativação de redes sociotécnicas na cidade estrutural/DF, Brasil: construindo um território saudável e sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2185-2191, 2019.

SILVA, D. T. R., RIBEIRO, M. V. G. PET-Saúde Graduasus Como Ferramenta Complementar Na Formação Do Profissional Da Saúde. **Seminário Integrador de Extensão**. v. 2 n. 2 (2019).

SILVA, L. Á. N. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 122, pp. 742-754. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>>. Acesso em: 27 Mar. 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>.

SILVA, L. O.; et al. Interface entre Oferta de Vagas de Residência Médica, Demanda por Médicos Especialistas e Mercado de Trabalho. **Rev. bras. educ. med., Brasília**, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 119-126, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500119&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar. 2020. Epub Jan 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190001>.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>.

SARGUSUS - **Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão**. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SMIESKIL, et al. Fatores associados a não realização do exame papanicolau segundo a percepção das mulheres atendidas na ubS Dr. Carlos Sholtão município de Sinop/ MT. **Scientific Electronic Archives**. Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 11 (2) April 2018.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**. 2008;61(2):153-8.

SOUZA, S.S. Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Reprodução & Climatério**. Volume 32, Issue 2, May–August 2017, Pages 85-89.

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

TERHORST, V. B. **Análise do Plano de Saúde (2014-2017) do Município de Alto Alegre/RS com base nos Relatórios Anuais de Gestão** / Vicente Bertol Terhorst. -- 2019. 46 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019

VIANA, A. L. D'á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIEIRA, A. S. T. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(3): 58-64, jul-set, 2016.

VIEIRA, Solange Santana; NEVES, Claudia Abbês Baêta. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. *Fractal*, **Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 24-33, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>.