



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

THIALA MARIA CARNEIRO DE ALMEIDA

**ASPECTOS ESTRUTURAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
PARA QUALIDADE DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS**

Salvador
2021

THIALA MARIA CARNEIRO DE ALMEIDA

**ASPECTOS ESTRUTURAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
PARA QUALIDADE DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza

Salvador
2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A447a Almeida, Thiala Maria Carneiro de.

Aspectos estruturais de Unidades Básicas de Saúde para qualidade da atenção às pessoas com diabetes mellitus / Thiala Maria Carneiro de Almeida.—Salvador: T.M.C. Almeida, 2021.

110f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Estrutura dos Serviços. 2. Avaliação em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Planejamento em Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

THIALA MARIA CARNEIRO DE ALMEIDA

Aspectos estruturais de unidades básicas de saúde para qualidade da atenção às pessoas com diabetes mellitus.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de julho de 2021.

Banca Examinadora:

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza - Orientadora - ISC/UFBA

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Samilly S. Miranda

Profa. Samilly Silva Miranda – ISC/UFBA

Roseanne Montargil

Profa. Roseanne Montargil Rocha – UESC

Salvador
2021

Aos que se implicam e se dedicam à construção do
Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

À professora Mariluce Souza, pela orientação e colaboração concedida durante o processo de elaboração do trabalho.

Às professoras Ana Luiza, Roseanne Rocha e Samilly Miranda, membros da banca, pelas ideias compartilhadas e os valiosos comentários que contribuíram para a consecução do trabalho.

Ao ISC e grupos de pesquisa, por abrirem espaços que facilitaram o trabalho.

Por fim, agradeço àqueles que sem eles nada disso seria possível. A Leandro Sampaio, meu companheiro, pela dedicação e incentivo, aos meus irmãos, familiares e amigos pelo carinho e apoio depositados durante essa caminhada.

Muito obrigada por possibilitarem essa experiência enriquecedora e de importância para o meu crescimento pessoal e profissional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo lógico de Atenção às pessoas com DM na Atenção Primária à Saúde	34
Quadro 1	Organização e sistematização dos achados a partir dos Planos Municipais de Saúde, 2018-2021	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência das variáveis de recursos humanos de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	39
Tabela 2	Frequência das variáveis de sinalização externa de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	42
Tabela 3	Frequência das variáveis de acessibilidade de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	45
Tabela 4	Frequência das variáveis de organização de informações sobre a oferta de ações e serviços de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	48
Tabela 5	Frequência das variáveis de estrutura física de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	52
Tabela 6	Frequência das variáveis de ambiência de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	56
Tabela 7	Frequência das variáveis de materiais, equipamentos e insumos de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	61
Tabela 8	Frequência das variáveis de medicamentos de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	65
Tabela 9	Percentual de adequação das dimensões de análise de estrutura de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAB	Internação de todas as condições de saúde sensíveis à Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Programações Anuais de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Pluri Anual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
REQUALIFICA	Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
UBS	
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS

Sistema Único de Saúde

RESUMO

A estrutura é um dos componentes para a análise do desempenho dos serviços que favorecem a oferta de serviços oportunos e de qualidade. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo: analisar as condições estruturais de unidades de saúde e as diretrizes, objetivos/metas da gestão municipal relacionadas a qualidade destes serviços nas capitais segundo regiões brasileiras, tendo em vista atenção às pessoas com Diabetes Mellitus. Para tanto, foi elaborado um modelo lógico para atenção às pessoas com Diabetes, com base em uma revisão normativa e em referencial sobre qualidade, que considerou as dimensões da Gestão e do Cuidado, como ponto de partida para definição das subdimensões da estrutura das unidades de saúde. Tais subdimensões e respectivas variáveis foram utilizadas para direcionar a busca de dados a estas relacionadas no banco do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Primária à Saúde, do 3º ciclo, disponibilizado online pelo Ministério da Saúde. Os resultados a partir do banco de dados e uso do programa Stata 10 foram organizados e apresentados sob a forma de tabelas em valores numéricos e de frequência simples, considerando os dados disponíveis das capitais por região do Brasil. A partir dos resultados sobre a estrutura das unidades de saúde de capitais brasileiras, foram selecionados, para análise documental, os Planos de Saúde daqueles municípios que apresentaram percentual de inadequação maior que 50% para no mínimo quatro dimensões dentre as sete analisadas neste estudo. Todos os resultados foram analisados à luz do referencial teórico sobre qualidade dos serviços, com ênfase na estrutura, e sobre o plano de saúde enquanto instrumento de gestão que direciona as ações para melhoria da qualidade do sistema e dos serviços de saúde. O estudo revelou diferenças entre as capitais quanto aos aspectos relacionados às dimensões recursos humanos, organização e informações sobre a oferta de ações e serviços. Sobre ambiência e medicamentos obtiveram os maiores percentuais de adequação nas capitais das regiões Sudeste e Sul. Os resultados relacionados à acessibilidade e estrutura física foram próximos para as capitais das diversas regiões brasileiras, cabendo ressaltar que a acessibilidade obteve melhor resultado geral. Foi destacada a necessidade de adequação das condições estruturais das unidades básicas de saúde para a maioria das capitais brasileiras em algum (ns) dos aspectos analisados. A partir da análise dos planos municipais de saúde do quadriênio 2018-2021, destacou-se a referência ao PMAQ em três destes e a identificação de metas relacionadas a ampliação e reforma de unidades, e em alguns, a disposição de equipamentos para o desenvolvimento dos serviços. Os planos pouco trouxeram sobre a ambiência e um deles estabeleceu como meta horário de funcionamento estendido em algumas das unidades de saúde. A implementação da assistência farmacêutica também foi assumida enquanto compromisso em alguns planos. Portanto, este estudo revelou aspectos das dimensões de estrutura das unidades de saúde das capitais brasileiras, o que evidencia as particularidades, potencialidades e fragilidades que merecem ser consideradas para definição da agenda e direcionamento das ações pela gestão em saúde, uma vez que as condições de inadequação podem trazer impactos sobre a qualidade da atenção às pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde.

Palavras chave: Estrutura dos Serviços; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Planejamento em Saúde

ABSTRACT

The structure is one of the components for analyzing the performance of services that favor the provision of timely and quality services. In this sense, this study aims to: Analyze the structural conditions of health units and the guidelines, objectives / goals of municipal management related to the quality of these services in the capitals according to Brazilian regions, with a view to attention to people with Diabetes Mellitus. For that reason a logical model for care for people with Diabetes was elaborated, based on a normative review and on quality referential, which considered the dimensions of Management and Care, as a starting point for defining the sub-dimensions of the structure of the healthcare units. health. Such subdimensions and respective variables were used to direct the search for data related to them in the Program of the Improvement of Access and Quality of Primary Health Care, of the 3rd cycle, made available online by the Ministry of Health. The results from the bank were organized and systematized using the Stata 10 program and presented in the form of tables in numerical values and simple frequency, considering the available data of the capitals by region of Brazil. From the results on the structure of health units in Brazilian capitals, the Health Plans of those municipalities that presented a percentage of inadequacy greater than 50% for at least four dimensions among the seven analyzed in this study were selected for documentary analysis study. All results were analyzed in the light of the theoretical framework on service quality, with an emphasis on structure, and on the health plan as a management tool that directs actions to improve the quality of the health system and services. The study revealed differences between the capitals regarding aspects related to the dimensions of human resources, organization and information on the offer of actions and services. About ambience and medicines, they obtained the highest percentages of adequacy in the capitals of the Southeast and South regions. The results related to accessibility and physical structure were similar for the capitals of the various Brazilian regions, it should be noted that accessibility obtained a better overall result. The need to adapt the structural conditions of basic health units to most Brazilian capitals was highlighted in some (ns) of the aspects analyzed. Based on the analysis of the municipal health plans for the 2018-2021 quadrennium, reference was made to the PMAQ in three of these and the identification of goals related to the expansion and renovation of units, and in some, the provision of equipment for the development of the units. services. The plans brought little about the ambience and one of them established an extended working time in some of the health units as a goal. The implementation of pharmaceutical assistance was also assumed as a commitment in some plans. As a result, this study revealed aspects of the structure dimensions of health units in Brazilian capitals, which highlights the particularities, strengths and weaknesses that deserve to be considered for defining the agenda and directing actions by health management, since health conditions inadequacy can have an impact on the quality of care for people with diabetes in Primary Health Care.

Keywords: Service Structure; Health assessment; Primary Health Care; Health Planning

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	20
3.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	22
3.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
3.3.1	Estratégias de avaliação da qualidade na APS	28
3.4	DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: "PLANO DE SAÚDE COMO APOSTA"	31
4	MÉTODOS	33
4.1	MODELO LÓGICO	34
4.2	TIPO DE ESTUDO	35
4.3	MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	35
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	37
5	RESULTADOS	38
5.1	DIMENSÕES DA ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE	38
5.1.1	Recursos Humanos	38
5.1.2	Acessibilidade: sinalização externa	40
5.1.3	Acessibilidade: acesso e deslocamento no interior da unidade	44
5.1.4	Organização de informações sobre a oferta de ações e serviços	47
5.1.5	Estrutura física	51
5.1.6	Ambiência	55
5.1.7	Equipamentos, materiais e insumos	59
5.1.8	Medicamentos	64
5.1.9	Síntese geral das dimensões de estrutura das unidades avaliadas nas capitais brasileiras	68
5.2	DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA GESTÃO MUNICIPAL RELACIONADAS AOS ASPECTOS DE ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE	73

6	DISCUSSÃO	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A- Matriz de Análise	97

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por transformações importantes, visando modificar o desenho e a operacionalização das políticas públicas de saúde, sendo norteado por importantes princípios como a universalidade do acesso, a igualdade e a integralidade das ações e serviços (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Nesse contexto, houve a ampliação das ações e serviços de saúde para a população, tendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia governamental para a reorientação das políticas de saúde, principalmente no nível local.

A partir do início da década de 1990, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), propõe-se a APS como a porta de entrada no sistema de saúde e ordenadora das ações e serviços, ampliando ainda mais o acesso ao SUS por parte da população (ESCOREL, 2007; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; MENDES, 2014).

A APS é entendida como um conjunto de ações e serviços de cunho individual e coletivo que visa a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, devendo ser o principal centro integrador e de comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a).

Dentre as ações e os serviços de atenção à saúde garantidos pelo SUS, a Lei Orgânica da Saúde estabelece como campo de atuação do SUS, a formulação das políticas e programas de saúde que tenham abrangência nacional e que busquem responder às demandas de saúde da população, de modo que para sua operacionalização os serviços sejam de qualidade e disponíveis para utilização das pessoas (BRASIL, 1990).

A fim de conhecer as lacunas sobre utilização de serviços de saúde na APS foi realizado um levantamento da produção científica em bases indexadas, sendo encontrados 246 artigos e selecionados 17 destes, de modo que a maioria (10) trouxe abordagem nacional (MENDES et al, 2014; TOMASI et al, 2015; BOUSQUAT et al, 2017; PROTASIO et al, 2017; SANTOS et al, 2017; POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017; NEVES et al, 2018; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018; GUIMARAES et al, 2018; CHAVES et al, 2018), inclusive com destaque a divisão regional brasileira. Apenas um

trouxe enfoque municipal (LIMA et al, 2019) e 6 outros estudos consideraram as realidades estaduais para análise.

Destaca-se que tal produção concentra-se nos anos de 2018 e 2017. Do conjunto dos estudos selecionados, a maioria deles utiliza os dados do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apenas 1 estudo faz comparação e uso de 2 ciclos (NEVES et al, 2018), enquanto os demais trabalham com os dados do 2º ciclo.

Diante do interesse em identificar o referencial teórico adotado pelos autores dos estudos selecionados, foi identificada a tríade donabediana (NEVES et al, 2018; VIANA et al, 2019); e a Teoria de Resposta do Item (CHAVES et al, 2018). Pode-se encontrar em outros estudos a utilização de modelos lógicos (LUZ et al, 2018; VIANA et al, 2019).

No que se refere às variáveis, os estudos analisaram os seguintes elementos: (infra) estrutura (MENDES et al, 2014; GARCIA et al, 2014; BOUSQUAT et al, 2017; POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017; GUIMARÃES et al, 2018), ambiência (GARCIA et al, 2014), acessibilidade (GARCIA et al, 2014), utilização (CACCIA-BAVA,2017), disponibilidade de insumos (TOMASI et al, 2015; PEREIRA et al, 2016; BOUSQUAT et al, 2017, NEVES et al , 2018; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018), equipamentos (MENDES et al , 2014; PEREIRA et al, 2016; BOUSQUAT et al, 2017; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018) e medicamentos(MENDES et al , 2014; BOUSQUAT et al, 2017;CACCIA-BAVA,2017; NEVES et al, 2018; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018), fatores organizacionais (BOUSQUAT et al, 2017; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018), quantidade de profissionais e composição das equipes (BOUSQUAT et al, 2017; POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017;LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018), processo de trabalho (PROTASIO et al, 2014; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018, BALDANI et al, 2018; VIANA et al, 2019; LIMA et al, 2019) , gestão e oferta do cuidado (POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017; LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018), tipologia das unidades relacionada com a disponibilidade de equipamentos, porte e condições sociais e econômicas dos municípios relacionados com a disponibilidade de medicamentos nas unidades (NEVES et al, 2018), articulação e assistência da rede e componentes do processo de trabalho (CHAVES et al, 2019).

Tais elementos identificados a partir dessa revisão apontam relação com as condições dos serviços no que tange à estrutura, assim que refletem sobre a qualidade dos serviços. Vale ressaltar que foram encontrados poucos estudos que

abordassem variáveis relacionadas às condições sociais e econômicas dos municípios na perspectiva da avaliação externa do PMAQ-AB (GUIMARÃES et al, 2018; CACCIA-BAVA,2017; NEVES et al, 2018).

As condições traçadoras e programas que estiveram presentes nos artigos foram: câncer de colo de útero (TOMASI et al, 2015), saúde bucal (VIANA et al, 2019; BALDANI et al, 2018; PEREIRA LIMÃO et al, 2016), pré-natal (LUZ et al, 2018; GUIMARÃES et al, 2018), Tecnologias de Informação e Comunicação(SANTOS et al, 2017), diabetes (NEVES et al, 2018), além de estudo sobre satisfação dos usuários (PROTASIO et al, 2017).

Apesar de ser uma das principais condições sensíveis à Atenção Básica, apenas um estudo utilizou como condição traçadora a diabetes, cujo objetivo foi descrever a estrutura necessária à atenção às pessoas com diabetes, a partir de um recorte da fase de avaliação externa do PMAQ-AB nos municípios brasileiros que aderiram ao programa, avaliando em dois pontos a partir do 1º e 2º Ciclos, nos respectivos anos de 2012 e 2014. As variáveis selecionadas foram as que referiam a atenção à diabetes e que se relacionavam a estrutura das UBS (materiais disponíveis, medicamentos e espaço físico)¹, presentes no módulo I do instrumento avaliação externa do PMAQ-AB. Os autores tomaram como elementos para análise além da estrutura, a macrorregião geográfica, o porte do município, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a cobertura de ESF por município. Assim, o estudo referiu melhora na adequação da estrutura física, disponibilidade de materiais e medicamentos nas UBS, entre o período de 2012 a 2014, ainda que não seja suficiente para atender a demanda nacional de atendimento às pessoas com diabetes (NEVES et al, 2018).

Para além de condição sensível a Atenção Básica, a diabetes mellitus (DM) é considerada doença crônica multifatorial e grande responsável por hospitalizações devido a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2013b). Suas complicações aumentam os gastos do sistema de saúde, bem como impactam nos anos de vida de muitas pessoas, perdidos por incapacidade e mortalidade. Portanto, no Brasil, o manejo e a prevenção do diabetes e suas

¹Materiais: balança de 150kg, esfigmomanômetro, estetoscópio adulto, fita métrica, glicosímetro, kit de monofilamentos, oftalmoscópio e tiras de glicemia capilar. Medicamentos: insulina NPH, insulina regular, glibenclamida e metformina. Espaço físico: presença de consultório clínico, farmácia, recepção, sala de acolhimento e sala de reunião (NEVES et al, 2018).

complicações ficam sob a responsabilidade, principalmente, da atenção primária à saúde e se propõe a dispensar um cuidado integral, resolutivo e de alta qualidade que impacte na situação de saúde da população (BRASIL, 2013b.; NONCOMMUNICABLE DISEASE RISK FACTOR COLLABORATION, 2016).

A ocorrência de diabetes vem aumentando mundialmente (MENDES, 2011). No Brasil, a pesquisa VIGITEL 2019 mostrou que, no período entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4%. Portanto, devido ao aumento da prevalência da DM nos últimos anos (MENDES, 2011), os serviços precisam estar bem preparados para atender a essa população, pois uma atenção de boa qualidade oferecida ao usuário implica melhores desfechos de saúde no que diz respeito ao controle das doenças, e, conseqüentemente, complicações e gastos em saúde (PAIM et al, 2012; NUNES et al, 2014).

No campo da avaliação dos serviços de saúde, a estrutura é um dos componentes para a análise do desempenho dos serviços, considerando-se que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços oportunos e de qualidade. (NEVES et al, 2018). De acordo com Andersen (1995), o sistema de saúde é abordado por intermédio dos obstáculos estruturais que influenciam a utilização dos serviços pelos pacientes. Nesse sentido, a utilização dos serviços de saúde é compreendida como produto da interação entre clientes, prestadores de cuidado de saúde (profissionais) e sistema de saúde (ANDERSEN, 1995). Portanto, a análise do acesso, oferta e uso de serviços de saúde necessita ser complementada com avaliações sobre a qualidade do cuidado ofertado.

Os resultados de tais avaliações podem (e devem) servir para o direcionamento das ações para melhoria da qualidade dos serviços, e portanto, devem constituir a agenda de compromissos da gestão. O plano de saúde constitui-se pelo conjunto de diretrizes, objetivos e metas da gestão para o desenvolvimento das ações ao longo do quadriênio, compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS (BRASIL, 2015).

Diante da problemática sobre a utilização de serviços de saúde na APS e sua relação com a qualidade da atenção à saúde, esse estudo questiona quais são os aspectos estruturais contemplados pelas unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com DM? E, ainda investiga, o que os Planos Municipais de Saúde (PMS) de capitais brasileiras revelam sobre diretrizes e objetivos/metast relacionados à estrutura das unidades de saúde da APS?

Este estudo apresenta como pressuposto que as condições estruturais apresentam variações entre as capitais brasileiras, o que pode influenciar sobre a utilização dos serviços de saúde pela população, inclusive, nas ações de cuidado às pessoas que vivem com DM.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar as condições estruturais de unidades de saúde e as diretrizes, objetivos/metasp da gestão municipal relacionadas a qualidade destes serviços nas capitais segundo regiões brasileiras, tendo em vista atenção às pessoas com DM.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as condições estruturais das unidades de saúde da APS avaliadas no 3º ciclo do PMAQ-AB;
- Identificar diretrizes e objetivos/metasp relacionadas às dimensões de estrutura da APS descritas nos Planos de Saúde de capitais brasileiras.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de acesso é complexo e varia conforme os autores, sendo empregado muitas vezes de forma imprecisa em sua relação com o uso e utilização de serviços, optando alguns desses autores pelo termo acessibilidade.

Para Andersen (1973), o acesso é um dos elementos dos sistemas de saúde, ligados à organização dos serviços, que abrange desde a entrada nos serviços ao recebimento de cuidados subsequentes. Nesse sentido, o acesso é considerado uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde.

Giovanella e Fleury (1995, p. 189-190) reconhecem cinco dimensões integrantes do conceito de acesso, tais como: *disponibilidade*, entendida como a relação entre o tipo e a quantidade de serviços ofertados diante das necessidades reconhecidas pela população; *capacidade financeira* enquanto relação entre custo e oferta dos serviços disponíveis; *acessibilidade*, trazendo a relação entre disposição e distância dos serviços e a residência dos usuários; e, *aceitabilidade* ou reconhecimento (ou não) por parte dos usuários da pertinência das ações ofertadas, o que interfere no interesse e adesão a elas.

Considerando tais dimensões, Pechansky e Tomas (1981, p.128-129) também refere a *disponibilidade*; a *acessibilidade*; e, a *aceitabilidade* enquanto dimensões que explicam o acesso, entretanto, para esta última acrescentam as atitudes dos profissionais de saúde, além dos usuários, em relação às práticas. Além das três dimensões citadas, os autores adicionam o *acolhimento*, representado pela relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização. Quanto a capacidade financeira citada por Giovanella e Fleury (1995, p. 189-190), é possível relacionar com a *capacidade de compra*, quinta dimensão do acesso, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços. Assim, estes autores utilizam o termo acesso e o definem como o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde.

Alguns termos têm sido utilizados de modo substitutivo ou complementar ao acesso, inclusive, alguns autores relacionam tais conceitos com o uso e a utilização dos serviços, ainda que com pouca clareza quando relacionada aos serviços de saúde, segundo afirma Travassos e Martins (2004). Há ainda derivados do termo acesso, por exemplo, acesso potencial e acesso realizado, acesso efetivo e acesso eficiente (ANDERSEN, 1995).

Para Andersen (1995) o acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto o acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial. Tais elementos estão, segundo o autor, incorporados na etapa de utilização de serviços de saúde, incluída no modelo de utilização de serviços de Andersen (1968).

Assim, diante do conceito de acesso realizado, Andersen (1995) ainda introduz dois outros conceitos: o de “acesso efetivo”, enquanto resultante do uso de serviços de modo a produzir melhorias nas condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; e, o “acesso eficiente” relacionado ao grau de mudança na saúde ou na satisfação quanto ao volume de consumo de serviços de saúde.

Outro termo utilizado por diferentes autores é a acessibilidade, compreendida por Donabedian (1973 *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004) como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, possibilitando, portanto, indicar “o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados”. Travassos e Martins (2004), aproximam de tal entendimento, visto que consideram as características dos serviços e dos recursos de saúde como facilitadoras ou limitantes para o uso potencial dos usuários, ou seja, para estas a acessibilidade ultrapassa a disponibilidade de recursos.

Frenk (1985) também concorda que a disponibilidade dos serviços não é suficiente para definir a acessibilidade, visto que, há que considerar as capacidades da população para superar obstáculos para obtenção de cuidados. Para este autor, acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos.

3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Uma intervenção sanitária pode ser uma política, programa ou prática voltada para resolução de problemas de saúde, no entanto, esta deve ser avaliada de modo a aferir seu mérito, esforço ou valor, além do seu produto para aperfeiçoamento ou modificação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Nesse sentido, a avaliação em saúde define-se como o julgamento de uma intervenção, a qual pode ser feita através da aplicação de critérios e de normas - avaliação normativa -, ou de uma questão não respondida pela literatura especializada no tema - pesquisa avaliativa (HARTZ, 1997).

Para definir o foco da avaliação de uma intervenção, há que considerar os diversos atributos possíveis de serem selecionados (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Dentre as principais características que podem ser avaliadas, segundo Vieira-da-Silva (2014), estão relacionadas com a disponibilidade e distribuição social de recursos (cobertura, acessibilidade, equidade), com o efeito das ações (eficácia, efetividade, impacto), com os custos e a produtividade das ações (eficiência), com a adequação das ações ao conhecimento técnico científico, ou seja, a qualidade técnico-científica, com o processo de implantação (grau e análise de implantação), e características relacionadas com os agentes das ações (as diversas relações entre usuário, profissional e gestor).

Alguns estudos estão relacionados a aplicabilidade dos atributos, tais como: avaliação do grau de implantação da vigilância epidemiológica (BEZERRA et al, 2009), avaliação da implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à Atenção Primária à Saúde, através de dimensões e critérios relacionados à acessibilidade a serviços de saúde (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010), avaliação do acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas (GARNELO, L et al., 2018), dentre outros.

Também cabe a escolha de uma abordagem para a realização da avaliação. Nesse sentido, há diversas possibilidades propostas e sistematizadas por Donabedianna tríade “estrutura, processo e resultados”, pensadas inicialmente para a avaliação da qualidade (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). No que tange à estrutura, enquanto componente da qualidade da atenção, destacam-se os recursos materiais, humanos e organizacionais (VIEIRA-DA-SILVA, 2014), os quais devem ser apreciados a fim de saber se tais recursos são empregados de forma adequada

visando atingir os resultados esperados (HARTZ, 1997). Sobre os processos, constituem-se como elementos que compõe as práticas e estão na intermediação entre o profissional e usuário, de maneira que, para Donabedian, sua análise seria a forma mais direta de avaliar a qualidade do cuidado. E, quanto aos resultados, referem-se às mudanças das condições de saúde dos indivíduos, produtos da assistência prestada, considerados uma forma indireta de avaliar a qualidade já que podem não ser a consequência da intervenção realizada (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Portanto, a tríade donabediana, enquanto uma das possibilidades de avaliar a qualidade, possibilita observar a relação entre estrutura, processo e resultado, além de compreender os diferentes significados de cada um desses elementos (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Para Donabedian (1997 *apud* PRADO, 2019), a avaliação da qualidade, bem como sua “monitorização permite uma vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos”.

O termo qualidade pode ser compreendido como a mensuração do quanto os serviços de saúde atendem de forma otimizada as necessidades de saúde existentes ou potenciais, considerando aspectos relacionados ao conhecimento atual a respeito da distribuição, do reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas ligados à saúde (PRADO, 2019). Para Vouri (1982), a qualidade possui um conceito complexo e pode ser empregado por diversos autores com significados distintos, mas, frequentemente, relaciona-se a aspectos desejáveis do cuidado em saúde.

Donabedian (2003 *apud* PRADO, 2019) refere os seguintes pilares da qualidade, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A *eficácia* refere-se aos efeitos de uma intervenção quando os conhecimentos científicos e tecnológicos disponíveis são utilizados em condições controladas ou experimentais; a *efetividade* corresponde ao grau do efeito obtido para a melhoria da saúde em condições reais; a *eficiência* consiste na capacidade de diminuir o custo do cuidado sem afetar os ganhos para a saúde; a *otimização* representa o balanço entre melhoria dos ganhos em saúde e os custos decorrentes; a *aceitabilidade* relaciona-se com a conformidade do cuidado aos desejos e expectativas dos pacientes e dos membros responsáveis das famílias; a *legitimidade* seria uma conformidade do cuidado às preferências sociais expressa nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulações prevalentes em um dado contexto; e, a equidade é o que considera-se determinado como justo na distribuição do cuidado à saúde e de seus benefícios entre os

membros da população (DONABEDIAN 2003 *apud* PRADO, 2019).

Sobre tais “pilares” ou componentes da qualidade, Vuori (1982 *apud* VIEIRA-DA-SILVA, 2014) concorda com a efetividade, eficácia, eficiência, equidade e aceitabilidade, e acrescenta outros componentes, como: acessibilidade, adequação e qualidade científico-técnica.

A acessibilidade é uma característica importante quando se quer avaliar a facilidade no uso dos serviços, tendo em vista as barreiras resultantes das características organizacionais dos serviços de saúde e os recursos dos usuários para superar esses obstáculos. Nesse sentido, este termo assume uma diferença analítica da palavra acesso que está relacionada à obtenção do cuidado pelo indivíduo (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Vale salientar que a avaliação da qualidade requer outras definições metodológicas além desta abordagem prioritária, cabendo considerar o nível e o escopo desta avaliação. Dessa forma, poderão ser empregados outros conceitos e abordagens de acordo com as características das intervenções em saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde Alma-Ata, o termo APS tem recebido diversos outros nomes, embora mundialmente seja reconhecido por esta nomenclatura. No Brasil o termo adotado como sinônimo pelo MS para APS é ABS, de forma a promover uma singularidade própria para os serviços e ações institucionalmente propostas neste âmbito (BRASIL, 2011a).

A APS pode ser compreendida internacionalmente como o nível de atenção que possibilita a entrada da população nos sistemas de saúde, independentemente do tipo de problema, com a assistência focada no indivíduo e não no agravo. Nesse conceito são considerados, ainda, o acompanhamento desse indivíduo ao longo do tempo, além da integração e coordenação das ações de saúde nos demais níveis de

atenção. Segundo esse conceito, a APS ainda é responsável pela prevenção, cura e reabilitação de agravos (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a APS assume qualidades próprias, que são chamadas de atributos. Esses atributos podem ser exclusivos da APS, derivativos ou fundamentais, mas não exclusivos (STARFIELD, 2002). Os atributos exclusivos são o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. O acesso de primeiro contato é entendido como a porta de entrada ao serviço de saúde quando este é identificado pela população como o primeiro a ser recorrido diante da necessidade existente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A longitudinalidade, por sua vez, trata do vínculo estabelecido entre usuários e profissionais de saúde, capaz de reduzir ou minimizar o encaminhamento desnecessário dos indivíduos para outros níveis de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A integralidade pode ser entendida como a existência de rede de serviços hierarquizada, descentralizada, com diferentes níveis de complexidade com capacidade de atender os problemas de saúde dos indivíduos (STARFIELD, 2002). A coordenação do cuidado é definida como a articulação entre os serviços de saúde de modo sincronizado e articulado com o intuito de garantir um cuidado contínuo ao indivíduo em qualquer ponto da rede de assistencial (MENDES, 2009).

Os atributos derivados são a atenção à saúde centrada na família, a competência cultural e a orientação comunitária. A atenção à saúde centrada na família refere-se ao reconhecimento da família como foco da atenção e a concepção integral dos seus problemas de saúde. A competência cultural corresponde à adaptação da equipe de saúde em sua relação com a população de acordo com suas características culturais. A orientação comunitária compreende o reconhecimento das necessidades da família levando em conta o contexto sociocultural, econômico e cultural, auxiliando ainda a alocação de recursos e planejamento das ações e serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Há ainda os atributos fundamentais, porém, não exclusivos, que são características importantes não só para a APS, como também para os demais níveis de atenção, a saber: registros adequados, continuidade de pessoal, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica da atenção e proteção para os pacientes. Os registros adequados referem-se a garantia das informações dos usuários nos prontuários de maneira que os profissionais possam ter acesso no intuito de qualificar o cuidado, apresentando listas de problemas atualizadas. A continuidade de pessoal

compreende o acompanhamento do usuário por um mesmo profissional de saúde. Enquanto a comunicação profissional-paciente define-se pela qualidade da relação entre profissional-paciente, valorizando os aspectos técnicos assistenciais. A qualidade clínica da atenção é permeada pelas competências técnicas do profissional em apreender de forma ampla os problemas apresentados pelos usuários, garantindo resolutividade oportuna. Já a proteção para os pacientes compreende a concepção ampliada de saúde, em que as condições socioeconômicas são vistas como determinantes sobre as condições de saúde e dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a importância da ABS como protagonista nos serviços e ações para a melhoria da qualidade de vida da população, ganhou força a partir dos movimentos que resultaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que foram consagrados os princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 2009a).

Posteriormente com a promulgação da Constituição em 1988, a saúde ganha seu primeiro enfoque legislativo no país (BRASIL, 1988). Em seguida com a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo em sua constituição ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de instituições e órgãos públicos, orientados pelos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, figurando em seu escopo os princípios da APS propostos na conferência de Alma-Ata (BRASIL, 1990a).

Dentre as premissas colocadas nesta conferência estava a que estabeleceria a promoção e proteção da saúde das populações como instrumento essencial para um contínuo desenvolvimento social e econômico, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial. Nesse sentido, a APS foi a estratégia utilizada para o alcance de tais metas, em que ela seria o cerne dos sistemas nacionais de saúde (BRASIL, 2002). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada em 2006, revisada em 2011 e reformulada em 2017 pelo MS a partir de sua aprovação pela Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 que revisou as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2017a).

Segundo o MS a ABS:

[...] é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos,

cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

De acordo com Mendes (2010), a APS constitui-se como a porta de entrada para os usuários do SUS, configurando como a principal ordenadora e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse nível de atenção surge como o que se propõe a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde mais frequentes na população, contribuindo para a prevenção dos agravos e para a promoção da saúde, oferecendo um cuidado mais próximo das especificidades de cada local.

A partir da publicação da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde incentiva a implantação e redes temáticas, a saber: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Com destaque a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas instituída pela Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014), tendo como finalidade descrita em seu Art. 3º “realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção”, assegurando ações promocionais e preventivas, além de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013a, p.2). Acrescenta-se nessa portaria o destaque ao fomento à mudança do modelo de atenção à saúde, mediante a “qualificação da atenção e ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas implicações” (BRASIL, 2013b, p. 2).

De acordo com a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, foram definidos eixos temáticos, dentro dos quais foi proposto o desenvolvimento de linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes: Doenças renocardiovasculares; Diabetes; Obesidade; Doenças respiratórias crônicas e Câncer (de mama e colo de útero) (BRASIL, 2013b).

Tomando por exemplo a Diabetes, caracteriza-se como uma doença crônica prevalente, com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos

cientificamente. É uma patologia com protocolo de atenção ao usuário bem estabelecido, inclusive com normatização em documentos oficiais, que incluem a abordagem de todos os níveis de assistência à saúde, os quais os indivíduos acometidos de distintas idades podem percorrer (SANTOS, 2015). Por isso, a escolha da DM como uma condição traçadora e estratégia de avaliação tem sido feito por diversos pesquisadores (LOUVISON, 2011; MEDEIROS, 2013).

Para Kessner (1973), as condições traçadoras são doenças que contemplam os critérios: impacto, taxa de prevalência significativa, tecnologia de intervenção, diagnóstico, técnicas diferenciadas de prevenção, tratamento e reabilitação de forma disponível e claras. São utilizadas para abordar problemas complexos como a avaliação da qualidade do sistema (KESSNER, 1973; TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008; SANTOS, 2015).

O diabetes enquanto um problema de saúde pública mundial, acomete o indivíduo em qualquer idade, com grandes proporções quanto à magnitude e transcendência, percorre todos os níveis de assistência à saúde e possui protocolo de atenção ao usuário bem estabelecido (LOUVISON, 2011; MEDEIROS, 2013). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimam cerca de 9,2 milhões de brasileiros com o diagnóstico de DM, sendo crescente a prevalência com o aumento da idade (BRASIL, 2013).

3.3.1 Estratégias de avaliação da qualidade na APS

Ainda que a APS venha impactando positivamente nos indicadores de saúde brasileiros nos últimos, como aponta Pinto e Giovanella (2018) na redução na taxa de internação de todas as condições de saúde sensíveis a Atenção Básica (ICSAB), a situação epidemiológica do Brasil tem sido expressa pela tripla carga de doenças, constituída pela convivência de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, com doenças crônicas e com o crescimento das causas externas. Essa questão tende a tornar a APS no Brasil ainda mais complexa, justificando parcialmente, as dificuldades enfrentadas por este nível de atenção e por todo o SUS em dar respostas oportunas às várias necessidades de saúde da população. Além

disso, outros problemas de ordem estrutural e organizacional interferem na qualidade da APS prestada aos usuários do sistema (MENDES, 2010).

Enquanto estratégia para avaliação da qualidade da APS, foi implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB foi criado por meio da portaria nº.1654 de 19 de julho de 2011 do MS. Este programa visava induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS com um padrão de qualidade que fosse comparável no âmbito nacional, regional, e local, para permitir uma maior transparência das ações do estado brasileiro no contexto da APS, por meio de um incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, através da pactuação de compromissos e avaliação de indicadores firmados entre as equipes de atenção básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde. Esse objetivo deveria ser atingido por meio de avaliações cíclicas e contínuas e envolver os atores da atenção básica (BRASIL, 2011c; MOTA; DAVID, 2015; RIBEIRO JUNIOR, 2017).

Para alcançar essa finalidade o PMAQ-AB estava organizado em sete diretrizes às quais estão relacionadas à definição de parâmetros de comparação da qualidade entre as diversas equipes de atenção básica, ao incentivo de um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade, à possibilidade de monitoramento e acompanhamento destes indicadores, a indução de processos de mudança de cultura gerencial e qualificação, ao desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização de compromissos e resultados, ao estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção, que deve priorizar as necessidades de saúde da população e a satisfação dos usuários, e ao estímulo do caráter proativo das equipes quanto a melhoria dos processos desenvolvidos na APS (ALELUIA; ALMEIDA; MEDINA, 2015).

De acordo com a última legislação do PMAQ-AB (BRASIL, 2017b), o mesmo era composto de 3 (três) fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõe o 3º ciclo de avaliação.

A primeira fase era denominada de adesão e contratualização em que todas as equipes da atenção básica, inclusive as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para aderir ao programa desde que seus serviços estejam em conformidade com os princípios da Atenção Básica. A formalização da adesão e contratualização e/ou se deu através de um processo de pactuação de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e

NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolveu a pactuação local (BRASIL, 2017b).

Na fase de certificação ocorreu a avaliação externa das unidades de atenção básicas que fizeram a contratualização. Esta etapa foi realizada por meios de instituições de ensino e/ou pesquisas que avaliaram um conjunto de evidências para os padrões previamente pactuados, bem como a avaliação de desempenho dos indicadores também pactuados na primeira fase e a verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica (BRASIL, 2017b).

A fase de recontratualização foi caracterizada pela pactuação singular de cada município com a pactuação de novos padrões de qualidade de forma a estimular a institucionalização de um processo contínuo de avaliação e recontratualização a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2017b).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB compreendeu a autoavaliação feita pelas equipes de saúde da atenção básica por meio de instrumentos previamente pactuados entre os entes federados; monitoramento a ser realizado por todos os atores envolvidos através dos indicadores pactuados; educação permanente e apoio institucional às equipes da atenção básica de acordo com as necessidades das mesmas; cooperação horizontal de experiências e práticas para a melhoria da APS. Esse eixo foi compreendido como transversal por permear todas as fases que compõem um ciclo, de maneira a permitir que as ações de promoção da melhoria da qualidade da APS ocorressem em todas as etapas do processo (BRASIL, 2017b).

O PMAQ-AB surge no contexto em que o MS se compromete com a melhoria do acesso e da qualidade no SUS em consonância com os pressupostos da APS (BRASIL, 2017). Além disso, esse programa se configurou como valioso instrumento quanti-qualitativo, servindo para avaliar e acompanhar o grau de implantação dessas diretrizes na APS tendo os atores locais como protagonistas nos processos de formulação, implantação, monitoramento e avaliação da política (PINTO; SOUSA, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Contudo, o PMAQ-AB enquanto uma alternativa institucional de indução de processos de melhoria do acesso e qualidade da APS e da institucionalização da avaliação apontava limitações e potencialidades. Nas limitações do programa destacam-se a abrangência nacional não possibilitar a captura das questões locais e

o desenho deste não ser suficiente para propiciar uma mudança na cultura organizacional e garantir a utilização das informações geradas no seu desenvolvimento para tomada de decisões. Enquanto potencialidades, pode-se perceber a oportunidade de gerar mudanças nas organizações de saúde e fortalecimento dos processos de gestão participativa a partir dos dados produzidos pelo programa, além da possibilidade de se realizar um diagnóstico situacional da APS em diversos locais (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

3.4 DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: “PLANO DE SAÚDE COMO APOSTA”

A implantação do SUS e o processo de descentralização têm colocado a gestão como o elemento central da implementação das políticas de saúde, através de negociação entre os dirigentes das três esferas administrativas. A descentralização da saúde surgiu como estratégia para promover mudanças na forma de organização do sistema nacional de saúde, definindo o papel de cada instância do sistema e possibilitando a transferência de responsabilidades públicas para os níveis sub-nacionais de governo (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

O município passa a ser concebido como protagonista na execução das ações de saúde e responsável pela gestão local do sistema nacional de saúde. Cabe ao município, formular políticas locais de saúde e gerenciar os recursos e as instituições voltadas para a prestação de atenção. Além disso, o município deve (re)organizar serviços e práticas de saúde de acordo com um modelo assistencial capaz de controlar danos, riscos e causas dos problemas priorizados pelos atores sociais envolvidos (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Para que o SUS responda com qualidade às demandas e necessidades de saúde, avançando de forma ágil, visando a sua consolidação, é fundamental o planejamento em saúde. Os instrumentos para o planejamento, como planos e relatórios, conformam um objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, indicando processos e métodos de formulação, além de requisitos para fins de repasse de recursos (BRASIL, 2009b).

A Lei n. 8.080/1990 define que União, Estados, Distrito Federal e Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: elaboração e atualização periódica do plano de saúde; elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e, além disso, devem promover a articulação da política e dos planos de saúde (BRASIL, 1990).

O Plano de Saúde é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e abarca todas as áreas da atenção à saúde. Portanto, não se restringe a uma exigência formal, sendo um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. De fato, tal instrumento torna-se cada vez mais uma necessidade à medida que o SUS avança rumo a essa consolidação, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo, devendo ter um Plano Plurianual (PPA) compatível com o seu Plano de Saúde (BRASIL, 2015).

A elaboração do Plano de Saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando desde a análise situacional, definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores até o processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2015). Contudo, o plano não é um anúncio de meios e resultados fundamentado em cálculos científicos certos pois trata-se de uma grande aposta sustentada em apostas parciais (MATUS,1991). Ao explicitar objetivos e finalidades, o planejamento pode favorecer a democratização da gestão ao reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. E enquanto diretriz de participação da comunidade no SUS, a gestão participativa pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde (PAIM, 2006).

A partir do Plano de Saúde deve ser elaborada a Programação Anual, enquanto outro instrumento para o planejamento e que operacionaliza as intenções - diretrizes, objetivos e metas - expressas no Plano de Saúde, a fim de determinar o conjunto de ações para cada ano voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. Os resultados e ações oriundos da Programação Anual devem compor o Relatório Anual de Gestão que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Por fim, a partir dos relatórios anuais de gestão faz-se uma avaliação do Plano de Saúde (BRASIL, 2015).

4 MÉTODOS

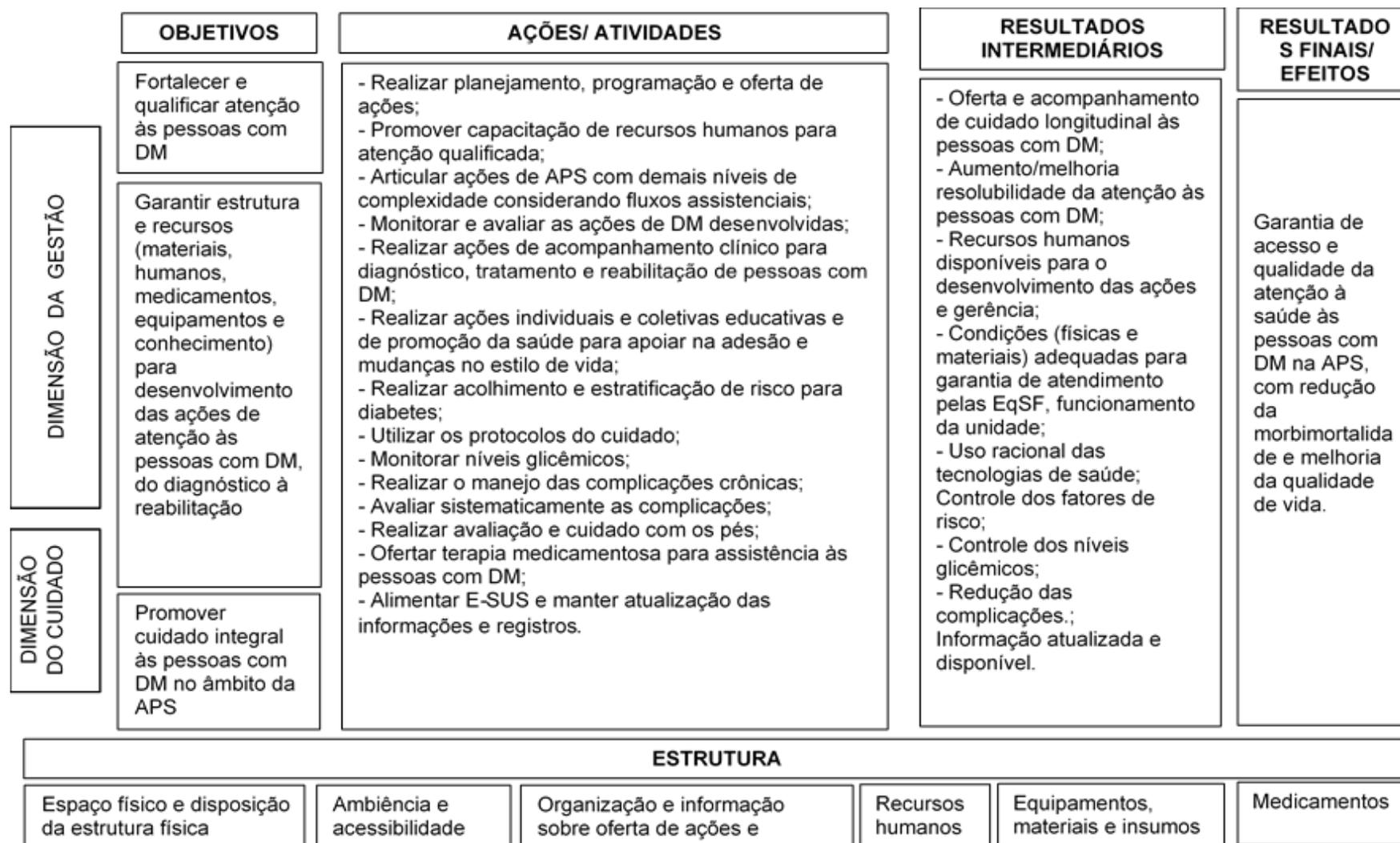
4.1 MODELO LÓGICO

O modelo lógico para atenção às pessoas com Diabetes foi elaborado a partir dos modelos de Borges, Lacerda (2018) e Santos (2015), orientado por revisão das normativas publicadas no período de 2001 a 2019, à luz do referencial de Donabedian (1980, 1993) nos atributos de estrutura. A partir disso, foram explorados os componentes da atenção à Diabetes Mellitus e as orientações presentes no Caderno de Atenção Básica nº36 -Estratégias para o enfrentamento das DCNT: Diabetes Mellitus (2013b) e do Manual de Estrutura Física das UBS (2008), com detalhamento das variáveis da dimensão estrutural.

Em seguida, foram formuladas as dimensões de Gestão e do Cuidado, com respectivos objetivos, ações e atividades que têm por resultado final/efeito: Garantia de acesso e qualidade da atenção à saúde às pessoas com DM na APS, com redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. Para as subdimensões da estrutura foram definidos: Espaço físico e disposição da estrutura física; Ambiência e acessibilidade; Organização e informação sobre oferta de ações e serviços; Recursos humanos; Equipamentos, materiais e insumos; e, medicamentos (Figura 1).

O modelo lógico é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados, e portanto, compõe a primeira etapa do planejamento de uma avaliação (ROWAN, 2000; MEDINA et al, 2005).

FIGURA 1 - Modelo lógico de Atenção às pessoas com DM na APS.



Fonte: Elaborado a partir de Borges e Lacerda (2018); Santos (2015); Brasil (2008).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e de apreciação normativa para análise dos dados sobre as condições estruturais das unidades de saúde das capitais brasileiras para a qualidade da atenção às pessoas com Diabetes, a partir dos dados do PMAQ-AB, do ano de 2017.

Segundo Triviños (2006), a pesquisa descritiva tem como objetivo, inicialmente, descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, informando sobre a distribuição de um evento na população de forma numérica.

Dada a apreciação normativa realizada, Contandrioupolos e colaboradores (1997, p. 34) destacam que a avaliação normativa caracteriza-se como "atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas".

Complementarmente a apreciação normativa, foi considerada a denominada "*análise documental*" (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009) em que se tem o documento como objeto de investigação, com a finalidade de produzir novos conhecimentos, criar formas de compreender fenômenos e dar a conhecer a forma e profundidade de como estes têm sido desenvolvidos. Neste sentido, foram considerados os planos de saúde para análise das intenções e propostas da gestão relacionadas às condições estruturais das unidades de saúde.

4.3 MÉTODOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O acesso aos dados sobre as condições estruturais das unidades de saúde foi a partir do banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB realizada em todas unidades de saúde do Brasil que participaram do programa no ano de 2017.

Para construção do banco de dados do presente estudo, foram selecionados os resultados e respectivas variáveis relacionadas à estrutura das unidades de saúde referente das capitais brasileiras para atenção às pessoas com DM2, oriundas do módulo I do instrumento de avaliação externa - Observação na Unidade Básica de

Saúde, em que se avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

Destaca-se como facilidades para a coleta de dados a presença de todas as variáveis em um único banco de dados e sua disponibilidade em plataforma do Ministério. Contudo, as dificuldades encontradas deveram-se à quantidade de variáveis selecionadas, além da disposição das mesmas, sendo necessário realizar um filtro com a seleção dos municípios/capitais dos estados brasileiros e variáveis, com a criação de um novo banco de dados.

Foi construída uma matriz (APÊNDICE A) com oito dimensões de análise, as quais correspondem aos aspectos a serem analisados, tais quais: Recursos Humanos; Acessibilidade; Organização e informação sobre oferta de ações e serviços; Estrutura física; Ambiência; Equipamentos, recursos materiais e insumos; e, Medicamentos. Para cada dimensão, foram identificadas variáveis e fontes de verificação conforme o instrumento do PMAQ. Para a definição dos padrões e qualificação de cada dimensão e/ou variável procedeu-se a busca pelo referencial documental e/ou teórico para explicação e definição da qualificação/adequação para cada realidade analisada.

Após organização do banco de dados e categorização das variáveis de interesse, foram obtidas as frequências absolutas e relativas por meio do programa Stata, versão 10.0. Os resultados obtidos foram organizados em formato de tabelas, por meio de frequência brutas e relativas. Após identificação dos municípios com percentual de inadequação maior que 50% para no mínimo quatro dimensões dentre as sete analisadas neste estudo, realizou-se análise documental, por meio dos Planos Municipais de Saúde (PMS), do quadriênio 2018-2021.

Atenderam a esse critério 7 capitais. Destes municípios selecionados, três Planos não foram encontrados em buscas feitas nos sítios eletrônicos de acesso livre, sendo portanto, este critério de disponibilidade adotado como critério de exclusão. Assim, seguiram para análise 04 Planos Municipais de Saúde, com capitais representativas de três regiões brasileiras, a saber: Norte (N1, N2); Nordeste (NO1); e, Centro-Oeste (C01).

A fim de considerar para análise documental ao menos uma capital por região, foi selecionado uma das capitais da região Sudeste e outra da região Sul, que atendiam aos seguintes critérios: ao menos 03 dimensões com inadequação acima

de 50%; e o maior percentual obtido a partir da média da soma dos valores dessas 03 dimensões. Assim, foram selecionados para as regiões Sudeste e Sul, respectivamente, os municípios codificados como SE1 e S1.

Os achados dos 06 PMS foram sistematizados uma matriz que explicita quais planos fizeram referência ao PMAQ-AB, aspectos da análise situacional sobre APS, particularmente sobre as unidades de saúde, e as diretrizes e objetivos/metas para cada município no quadriênio de 2018-2021.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com dados secundários do banco/PMAQ e de documentos/planos de saúde, ambos públicos e de acesso livre, disponíveis em plataforma do Ministério da Saúde e sites das secretarias municipais de saúde, respectivamente, não foi preciso submeter o projeto de pesquisa no Comitê de Ética.

Os dados não contêm identificação dos profissionais e das unidades, portanto minimiza os riscos e garante sigilo e confidencialidade. E como benefício de estudo tem-se a análise dos aspectos estruturais das unidades de saúde, bem como, a análise de compromissos da gestão voltados para a melhoria da qualidade dos serviços, e portanto, da qualidade da atenção às pessoas com diabetes nas regiões brasileiras no que tange às condições estruturais das unidades de saúde das capitais.

5 RESULTADOS

Os resultados seguem apresentados por dimensões da estrutura das 2176 unidades básicas de saúde das capitais avaliadas, conforme dados do PMAQ-AB, do ano de 2017. Na sequência, estão apresentadas as propostas e iniciativas da gestão municipal relacionadas a tais dimensões, e, portanto, voltadas para a melhoria da qualidade da Atenção às Pessoas com DM.

5.1 DIMENSÕES DA ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE

5.1.1 Recursos Humanos

Sobre a dimensão "recursos humanos" foram consideradas as seguintes variáveis: pessoa responsável pela gerência da unidade; fazer exclusivamente a gerência; dividir-se entre gerência e cuidado; dedicar-se menos que 20 horas para gerência; compartilhamento ou rodízio entre os profissionais para a atuação na gerência da unidade. A tabela1 detalha os percentuais sobre cada variável em cada capital do país.

Tabela 1- Frequência das variáveis de recursos humanos de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid aval.(N)	Pessoa responsável pela gerência da UBS (%)	Faz exclusivamente a gerência da UBS (%)	Divide-se entre gerência da UBS e cuidado ao usuário (%)	Dedica menos que 20h à gerência da UBS por conta de outros vínculos (%)	A gerência da UBS é compartilhada/ rodiziada entre os profissionais (%)
			Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim (%)	Sim(%)
N	Belém	62	90,32	8,06	67,74	1,61	12,90
	Boa Vista	34	100,00	35,29	52,94	-	11,76
	Macapá	39	82,05	51,28	28,21	-	2,56
	Manaus	188	88,30	14,89	59,04	0,53	13,83
	Palmas	36	100,00	80,56	19,44	-	-
	Porto Velho	35	65,71	31,43	31,43	-	2,86
	Rio Branco	58	70,69	10,34	55,62	1,72	-
NE	Aracaju	43	97,67	55,81	37,21	-	4,65
	Fortaleza	93	51,61	46,24	2,15	-	3,23
	João Pessoa	103	93,20	13,59	76,79	-	2,91
	Maceió	41	83,93	73,17	9,76	-	-
	Natal	42	100,00	40,48	42,86	-	14,29
	Recife	126	37,30	15,08	18,25	-	3,97
	Salvador	67	64,18	59,70	2,99	-	-
	São Luís	49	93,88	55,10	30,61	-	8,16
C	Teresina	24	95,83	45,83	37,50	-	8,33
	Brasília	76	88,16	46,05	38,16	1,32	2,63
	Campo Grande	36	100,00	69,44	27,78	-	2,78
	Cuiabá	51	74,51	3,92	66,67	-	1,96
	Goiânia	63	96,83	82,54	11,11	-	3,17
SE	Belo Horizonte	149	81,88	75,84	4,70	-	0,67
	Rio de Janeiro	197	96,45	92,39	4,06	-	-
	São Paulo	270	98,15	95,19	1,85	0,37	-
	Vitória	23	86,96	82,61	4,35	-	-
S	Curitiba	89	96,70	57,14	39,56	-	-
	Florianópolis	47	95,92	32,65	63,27	-	-
	Porto Alegre	132	96,18	3,82	90,84	-	1,53

Fonte: PMAQ, 2017.

Conforme aponta a tabela 1, as capitais da Região Norte majoritariamente dispõem de pessoa responsável pela gerência de suas unidades básicas de saúde. No conjunto dessas capitais, Palmas tem destaque, uma vez que 80,56% de suas unidades tem uma pessoa exclusiva para gerir a unidade. Enquanto em Belém, 67,74% tem o responsável que divide seu tempo de prestação do cuidado ao usuário com a gerência da unidade. Quanto ao rodízio ou compartilhamento da

responsabilidade da gerência entre profissionais de saúde, 13,83% das unidades de Manaus utilizam de tal estratégia.

Dentre as 09 capitais da Região Nordeste, com exceção de Fortaleza, Recife e Salvador, nas outras 06, mais que 80% das unidades dispõem de profissional para gerência das unidades, entretanto, em nenhuma das capitais, a pessoa exclusiva para a gerência supera 75% das unidades, inclusive em João Pessoa, na maioria das suas unidades, o profissional que gerencia o faz e concomitantemente, assume a prestação do cuidado ao usuário. Quanto à estratégia do rodízio entre profissionais, em Natal 14,29% das unidades fazem dessa forma.

No conjunto das 04 capitais do Centro Oeste, beiram 75% ou mais das unidades que dispõem de profissional para gerência. No entanto, chama atenção que em Cuiabá, um pequeno percentual (3,92%) das unidades avaliadas que dispõem de gerência, os têm de modo exclusivo para essa função, sendo também destacada a capital da região que em 66,67% das unidades utiliza de profissional que desempenha a gerência e o cuidado.

Na região Sudeste, todas as quatro capitais superam 75% quanto ao percentual de unidades avaliadas que dispõem de pessoa responsável pela gerência de modo exclusivo para o desempenho dessa função. Logo, o percentual de unidades que dispõem de unidades que tem o gerente que também desempenha a prestação do cuidado ou utiliza o rodízio entre profissionais para a gerência da unidade praticamente inexistente no conjunto das unidades avaliadas.

Situação próxima das capitais da Região Sudeste ocorre com as capitais da Região Sul quanto ao percentual expressivo de unidades que dispõem de pessoa para gerência das unidades, entretanto chama atenção que em Porto Alegre, em aproximadamente 91% das suas unidades, o profissional que presta o cuidado é também responsável pela gerência da unidade.

5.1.2 Acessibilidade: sinalização externa

Quanto à sinalização externa, foram consideradas o totem externo, a placa na fachada, o guia de sinalização e a faixa e pintura na parede da entrada da unidade

como critérios de atendimento para a adequação da sinalização externa das unidades.
Todos seguem detalhados em percentuais e por capital na tabela a seguir

Tabela 2 -Frequência das variáveis de sinalização externa de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid aval. (N)	Totem externo conforme recomendação do MS	Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (Geral)	Faixa na parede da entrada da UBS	Pintura com identificação na parede da entrada da UBS
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
N	Belém	62	20,97	85,44	22,58	27,42
	Boa Vista	34	26,47	47,06	47,06	26,47
	Macapá	39	20,51	56,41	28,11	41,03
	Manaus	188	15,43	67,02	19,15	32,45
	Palmas	36	19,44	88,89	19,44	8,33
	Porto Velho	35	22,86	34,29	11,43	8,57
	Rio Branco	58	17,24	60,34	6,90	17,24
NE	Aracaju	43	20,93	46,51	23,26	32,56
	Fortaleza	93	7,53	49,46	8,60	18,28
	João Pessoa	103	74,76	76,70	26,21	21,36
	Maceió	41	4,88	70,73	-	4,88
	Natal	42	16,67	90,48	14,29	33,33
	Recife	126	16,67	34,13	7,94	14,29
	Salvador	67	5,97	58,21	1,49	2,99
	São Luís	49	6,12	53,06	26,53	30,61
Teresina	24	62,50	83,33	20,83	12,50	
C	Brasília	76	22,37	50,00	34,21	38,16
	Campo Grande	36	27,87	94,44	38,89	22,22
	Cuiabá	51	13,73	70,59	15,69	15,69
	Goiânia	63	88,89	85,71	50,79	76,19
SE	Belo Horizonte	149	6,71	25,50	10,07	10,07
	Rio de Janeiro	197	56,35	87,31	36,55	47,72
	São Paulo	270	13,33	88,89	13,70	12,59
	Vitória	23	48,83	17,39	4,35	-
S	Curitiba	89	19,78	59,34	6,59	6,59
	Florianópolis	47	44,90	87,76	20,41	14,29
	Porto Alegre	132	2,29	81,68	17,56	6,87

Fonte: PMAQ,2017.

Dentre as 07 capitais da Região Norte, apenas Boa Vista atinge a marca dos pouco mais de 25% de unidades que tem totem externo. Os melhores percentuais dentro dos aspectos avaliados nestas capitais, estão na presença da placa e guia de sinalização, com menor percentual em Porto Velho (34,29%) e maior percentual de adequação em Palmas (88,89%). Quanto a faixa na entrada, no Rio Branco, existe em apenas 6,9% das unidades avaliadas, sendo que em Boa Vista está o melhor percentual de adequação neste aspecto, o que corresponde a 47,06% das unidades avaliadas. Sobre a pintura com identificação na parede de entrada, o maior percentual de adequação está no Macapá, com 41,03 %.

Nas capitais do Nordeste, no conjunto dos aspectos avaliados quanto à sinalização externa, os percentuais mais baixos de adequação estão relacionados a faixa na parede de entrada da unidade que em nenhuma capital do Nordeste supera muito mais do que 25% (maior percentual em João Pessoa e São Luís, em torno de 26%). Sobre os percentuais de adequação mais altos quanto ao totem externo estão em João Pessoa e Teresina, respectivamente, 74,76% e 62,50%. A maior variação dentre estas capitais está na pintura com identificação na parede de entrada da unidade de saúde, 2,99% em Salvador e 33,33% em Natal.

Sobre as capitais do Centro Oeste, o totem externo está presente em 88,89% das unidades de Goiânia, enquanto nas demais capitais esse percentual não chega a 30% das unidades avaliadas. Nestas capitais, 50% para mais das unidades dispõem de placas na fachada com guia de sinalização. Sobre a faixa na parede de entrada da unidade, varia entre 15,69% e 50,79% nas unidades avaliadas nas 04 capitais, respectivamente, Cuiabá e Goiânia. Tal variação também pode ser observada sobre o percentual de unidades que tem pintura com identificação na entrada da unidade, também entre Cuiabá e Goiânia, respectivamente, 15,69% e 76,19%

No Sudeste, o Rio de Janeiro tem os maiores percentuais de adequação nos aspectos de sinalização externa, de modo que a capital São Paulo margeia o Rio em pouco mais de 1% quanto a existência de placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização. O menor percentual de adequação para o totem externo nas unidades está em São Paulo (13,33%), e, em Vitória estão os menores percentuais de adequação da Placa na fachada com o Guia de Sinalização (17,39%), faixa na parede de entrada (4,35%) e em nenhuma das unidades avaliadas tinha pintura com identificação na entrada.

Nas capitais do Sul do país, os melhores percentuais de adequação para as três capitais estão na placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização, em aproximadamente 60% para mais das unidades de saúde. Quanto ao totem externo os percentuais divergem, 2,29% para Porto Alegre, 19,78% para Curitiba e 44,90% para Florianópolis. Quanto a faixa e a pintura com identificação na parede de entrada das unidades, nestes dois aspectos, nenhuma das capitais superam 20-21%, apenas Florianópolis chega a 20,41% das unidades com faixa na parede de entrada.

5.1.3 Acessibilidade: acesso e deslocamento no interior da unidade

A tabela abaixo, acrescentado aos dados sobre sinalização externa, complementam as variáveis para a dimensão da acessibilidade. Neste estão detalhados os aspectos sobre adaptação da entrada da unidade e ao seu interior, como corredores e portas, para o deslocamento sobre cadeira de rodas, disponibilidade de cadeira de rodas em condições de uso, corrimão nas escadas e/ou rampas, ambientes sinalizados por placas e piso tátil para acesso às dependências da unidade de saúde. Considerando o detalhamento da dimensão de acessibilidade, sobre a sinalização externa e o acesso e deslocamento no interior das unidades, adotou-se como classificação das unidades de saúde a seguinte qualificação em adequado e inadequado.

Tabela 3- Frequência das variáveis de acessibilidade de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Un. av. (N)	Entrada externa adaptada para cadeira de rodas Sim(%)	Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc) Sim(%)	Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas Sim(%)	Piso tátil para acesso as dependências da unidade Sim(%)	Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas Sim(%)	Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário Sim(%)	Todos os ambientes com sinalização/plac a facilitando o acesso (ex: recepção, consultório, banheiro) Sim(%)
N	Belém	62	64,52	8,06	33,87	24,19	22,58	74,19	77,42
	Boa Vista	34	82,35	2,94	35,29	14,71	52,94	97,06	97,06
	Macapá	39	56,41	12,82	46,15	23,08	38,46	56,41	66,67
	Manaus	188	57,45	10,64	45,21	23,94	37,23	46,28	69,15
	Palmas	36	88,89	8,33	83,33	36,11	80,56	94,44	97,22
	Porto Velho	35	45,71	-	45,71	10,69	40,00	45,71	60,00
	Rio Branco	58	56,90	10,34	31,03	17,24	37,93	43,10	53,45
NE	Aracaju	43	93,02	39,53	60,47	67,44	90,70	76,74	90,70
	Fortaleza	93	48,39	19,35	32,26	22,58	35,48	40,86	45,16
	João Pessoa	103	60,19	21,36	54,37	31,07	52,43	58,25	85,44
	Maceió	41	63,41	14,63	31,71	19,51	31,71	26,83	63,41
	Natal	42	80,95	54,76	66,67	61,90	69,05	85,71	85,71
	Recife	126	34,92	22,22	19,84	19,05	22,22	9,52	38,89
	Salvador	67	55,22	29,85	40,30	13,43	44,78	26,87	58,21
C	São Luís	49	85,71	44,90	46,94	26,53	48,98	75,51	71,43
	Teresina	24	95,83	33,33	58,33	45,83	79,17	91,67	91,67
	Brasília	76	73,68	26,32	40,79	23,68	42,11	56,58	59,21
	Campo Grande	36	86,11	36,11	75,00	25,00	80,56	91,67	100,00
SE	Cuiabá	51	58,82	13,73	31,37	13,73	47,06	19,61	47,06
	Goiânia	63	68,25	38,10	46,03	26,98	53,97	66,67	82,54
	Belo Horizonte	149	71,14	41,61	57,05	32,89	55,70	77,85	70,47
	Rio de Janeiro	197	90,86	54,82	80,71	26,90	80,20	92,39	92,39
S	São Paulo	270	91,85	74,07	73,79	51,85	78,52	95,56	92,22
	Vitória	23	82,91	65,22	73,91	39,13	69,57	86,96	82,61
	Curitiba	89	94,51	76,92	76,92	15,38	82,42	96,70	96,70
S	Florianópolis	47	87,76	85,71	85,71	14,29	81,63	93,88	89,80
	Porto Alegre	132	74,81	66,41	66,41	10,69	64,89	69,47	90,84

Fonte: PMAQ,2017.

Nas capitais da região Norte, os percentuais mais baixos estão na adequação de corrimão nos locais não nivelados, em que nenhuma capital desta região supera mais do que 13% de adequação (maior percentual em Macapá, aproximadamente 12,9%). Os melhores percentuais estão na presença de todos os ambientes com sinalização/placa facilitando o acesso e cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário com 97,06% em Boa Vista. Em relação aos demais aspectos, destaca-se Palmas com 88,89% das unidades com entrada externa adaptada, 83,33% das unidades com todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas, 36,11% com piso tátil para acesso às dependências da unidade e 80,56% com todos os corredores adaptados para cadeira de rodas.

Sobre as capitais do Nordeste, Aracaju esteve dentre os mais altos percentuais para entrada externa adaptada para cadeira de rodas e piso tátil para acesso às dependências da unidade e, em Natal as unidades avaliadas revelaram os mais altos percentuais de adequação, dentre as capitais da região, quanto a presença de corrimão nos locais não nivelados, portas internas adaptadas para cadeira de rodas, no piso tátil para acesso, nos corredores adaptados e na disponibilidade cadeira de rodas e em condições de uso.. A maior variação entre o percentual foi para cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário com 9,52% em Recife e 91,67% em Teresina, esta última apresentou o mesmo percentual de destaque para todos os ambientes com sinalização/placa facilitando o acesso.

Em relação às capitais do Centro-Oeste, os melhores percentuais foram para entrada externa adaptada para cadeira de rodas, com todas as capitais acima de 58%. Destaca-se Campo Grande com 86,11% para este critério, 75% para todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas, 80,56% para todos os corredores adaptados para cadeira de rodas, 91,67% para Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário e 100% para todos os ambientes com sinalização/placa facilitando o acesso. Para as variáveis Corrimão nos locais não nivelados e Piso tátil para acesso às dependências da unidade, destaca-se Goiânia com respectivamente 38,10% e 26,98%.

No que se refere as capitais do Sudeste, os melhores percentuais foram para entrada externa para cadeira de rodas, cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário e todos os ambientes com sinalização para facilitar o acesso. São Paulo teve destaque nas de variáveis entrada externa adaptada para

cadeira de rodas e disponibilidade de cadeira de rodas e em condições de uso, respectivamente, 91,85% e 95,56%. Para as variáveis todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas, todos os corredores adaptados para cadeira de rodas e todos os ambientes com sinalização/placa facilitando o acesso, destaca-se Rio de Janeiro com os respectivos percentuais 80,71%, 80,20% e 82,39%. Os mais baixos percentuais de adequação, estiveram na variável piso tátil para acesso às dependências da unidade, com percentual de adequação que variou entre 26,90% e 51,85%, respectivamente nas unidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

No conjunto de capitais do Sul, a maioria das variáveis estão com percentual de adequação acima de 66%, com exceção do piso tátil para acesso as dependências da unidade cujo maior percentual de adequação foi para as unidades de Curitiba, alcançando 15,38% apenas. Em relação a entrada externa adaptada para cadeira de rodas, todos os corredores adaptados para cadeira de rodas, cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário, e todos os ambientes com sinalização/placa facilitando o acesso, os maiores percentuais estão foram nas unidades de Curitiba, respectivamente 94,51%, 82,42%, 96,70% e 96,70%. Para corrimão nos locais não nivelados e todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas, destaca-se Florianópolis com 85,71 em ambos.

5.1.4 Organização de informações sobre a oferta de ações e serviços

Nesta dimensão foram considerados aspectos relacionados ao horário de funcionamento da unidade de saúde, inclusive funcionamento durante o intervalo do almoço, exposição da oferta de serviços e escala dos profissionais das equipes, identificação visual dos profissionais por uso de crachá, uniforme ou jaleco e divulgação da ouvidoria para o público usuário da unidade. Os percentuais por aspecto e por capitais estão descritos na tabela a seguir:

Tabela 4-Frequência das variáveis de organização de informações sobre a oferta de ações e serviços de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid aval. (N)	O horário de funcionamento da unidade de saúde (Geral)	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (Estratégico)	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho (Geral)	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde (Geral)	Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco) (Geral)	Horário fixo de funcionamento da UBS	A UBS mantém todas as suas atividades no horário do almoço
			Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)
N	Belém	62	62,90	58,06	45,16	29,03	45,16	93,55	11,29
	Boa Vista	34	76,47	85,29	97,06	94,12	73,53	97,06	17,65
	Macapá	39	74,36	82,05	64,10	35,90	43,59	79,49	35,90
	Manaus	188	65,43	90,96	63,30	75,00	54,26	89,89	79,79
	Palmas	36	97,22	100,00	91,67	97,22	58,33	100,00	86,11
	Porto Velho	35	31,43	89,31	20,00	14,29	22,86	60,00	51,43
	Rio Branco	58	67,24	62,07	39,66	62,07	17,24	68,97	8,62
NE	Aracaju	43	83,72	81,40	83,72	72,09	44,19	100,00	23,26
	Fortaleza	93	40,86	49,96	49,46	35,48	21,51	51,61	47,31
	João Pessoa	103	84,47	90,29	83,50	89,32	80,58	92,23	30,10
	Maceió	41	73,17	78,05	78,05	73,17	29,27	85,37	41,46
	Natal	42	97,62	90,48	92,86	69,05	61,90	100,00	23,81
	Recife	126	21,43	23,81	34,92	43,65	15,87	50,00	4,76
	Salvador	67	53,73	47,76	44,78	58,21	29,85	64,18	23,88
	São Luís	49	93,88	87,76	91,84	81,63	65,31	95,92	38,78
Teresina	24	91,67	91,67	95,83	91,67	83,33	95,83	45,83	
C	Brasília	76	34,21	35,53	44,74	21,05	53,95	80,26	55,26
	Campo Grande	36	100,00	97,22	94,44	100,00	94,44	100,00	2,78
	Cuiabá	51	62,75	45,10	76,47	52,94	31,37	86,27	9,80
	Goiânia	63	92,06	96,83	95,24	95,24	74,60	93,65	93,65
SE	Belo Horizonte	149	71,81	60,40	66,44	75,17	65,77	81,88	75,84

	Rio de Janeiro	197	92,89	95,43	92,89	94,92	91,88	95,94	95,43
	São Paulo	270	90,74	91,85	94,44	95,93	94,07	98,15	98,15
	Vitória	23	65,22	60,87	73,91	60,87	73,91	86,96	82,61
S	Curitiba	89	83,52	76,92	92,31	90,11	90,11	94,51	97,80
	Florianópolis	47	95,92	89,80	87,76	93,88	87,76	95,92	10,20
	Porto Alegre	132	85,50	89,31	90,84	87,79	90,84	98,47	32,82

Fonte: PMAQ, 2017.

Na região Norte, a capital Palmas tem os maiores percentuais de adequação para as seguintes variáveis: horário de funcionamento da unidade de saúde (97,22%), a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (100%), o telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde (97,22%), horário fixo de funcionamento da unidade (100%), e a unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço (86,11%). A capital Boa Vista destaca-se com 97,06% das unidades com escala dos profissionais com nome e horários de trabalho e 73,53% de identificação de todos os profissionais. Enquanto a capital de Rio Branco chama a atenção por apresentar o menor percentual para a variável unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço, com apenas 8,62% o percentual de adequação das unidades avaliadas.

No Nordeste, todos os aspectos avaliados apresentaram variação importante dentre as capitais da região, por exemplo, sobre o horário de funcionamento da unidade de saúde variou de 21,43% no Recife a 97,62% em Natal; telefone da ouvidoria variou de 35,48% em Fortaleza para 91,67% em Teresina. Os mais baixos percentuais de adequação no conjunto das variáveis dessa dimensão foram registrados nas unidades avaliadas de Recife.

Nenhuma das capitais apresentou um percentual acima de 50% das unidades com manutenção de todas as suas atividades no horário do almoço. A capital de Teresina se destaca com 91,67% das unidades com a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, 95,83% com a escala dos profissionais com nome e horários de trabalho, 91,67% com o telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde e 83,33% de Identificação de todos os profissionais. Em Natal, destaca-se que 100% das unidades avaliadas têm/apresentam horário fixo de funcionamento.

Em relação a região Centro-Oeste, todas as unidades avaliadas da capital Campo Grande tiveram 100% de adequação para horário de funcionamento da unidade, disponibilidade de telefone de ouvidoria e horário fixo de funcionamento. Nos aspectos relacionados à listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, a escala dos profissionais com nome e horários de trabalho e a unidade de saúde

mantém todas as suas atividades no horário do almoço, a capital Goiânia obteve os maiores percentuais, respectivamente, 96,83%; 95,24% e 93,65%.

Na região Sudeste, as capitais apresentaram acima de 60% de percentual de adequação em todas as variáveis. Os maiores percentuais de adequação para o horário de funcionamento da unidade de saúde e a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe foram para o Rio de Janeiro. Quanto às demais variáveis, a capital de São Paulo apresentou os maiores percentuais. Nestes, os valores foram acima de 90%.

Nas capitais da região Sul do Brasil, os maiores percentuais foram para a presença de horário fixo de funcionamento da unidade com valores acima de 90%. Nos demais critérios, a variação do percentual de adequação foi acima de 76% até 97,90%. Com exceção da variável, com exceção da variável unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço que registrou mais baixo percentual de adequação, 10,20% das unidades avaliadas de Florianópolis.

5.1.5 Estrutura física

Na dimensão de estrutura física foram consideradas a disposição de sanitários, salas diversas (recepção, vacina, curativo, inalação/nebulização, procedimentos, administração), farmácia, consultório clínico e diversas áreas como depósito de Material de Limpeza, local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos e área externa para embarque e desembarque de ambulância.

Tabela 5-Frequência das variáveis de estrutura física de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg	Cap	Unid. aval. (N)	Sanitário para usuário	Sanitário para deficiente	Sala para recepção/espera	Sala de vacina	Área para dispensação de medicamentos	Área de fracionamento	Área para seguimento farmacoterapêutico	Área para estocagem de medicamentos	Disponibilidade de computador na farmácia	Consultórios para atendimento clínico	Sala para inalação/nebulização coletiva	Sala para coleta de material para exames	Sala para curativo	Sala para procedimentos	Sala para observação	Sala a para administração e gerência	Sala para atividades coletivas	Déposito de Material de Limpeza	Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos	Área externa para embarque e desembarque de ambulância
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
N	Belém	62	93,55	32,26	67,74	50,00	43,55	6,45	9,96	48,39	77,42	59,67	14,52	19,35	16,13	30,65	1,61	14,52	30,65	54,84	19,35	38,71
	Boa Vista	34	91,18	50,00	88,24	85,29	91,18	11,76	26,47	47,06	94,12	26,47	26,47	8,82	44,12	64,71	25,53	79,41	35,29	76,47	61,76	55,88
	Macapá	39	82,05	35,90	53,85	56,41	66,67	28,11	11,84	58,97	20,51	87,18	15,38	25,64	53,85	33,33	17,95	46,15	20,51	43,59	25,64	51,28
	Manaus	188	73,94	40,96	60,11	46,81	61,70	17,02	3,72	32,68	55,85	79,79	45,21	13,83	18,09	35,11	4,26	17,02	10,11	44,68	27,66	23,94
	Palmas	36	100,0	69,44	97,22	91,67	33,33	22,22	5,56	36,11	33,33	0	47,22	36,11	50,00	58,33	27,78	77,78	25,00	80,56	55,56	86,11
	Porto Velho	35	65,71	40,00	62,86	54,29	54,29	17,14	14,29	60,00	37,15	62,86	17,14	7,63	25,71	37,14	17,14	57,14	28,57	51,43	25,71	17,14
	Rio Branco	58	70,69	55,17	5*,62	63,79	63,79	13,79	3,45	20,69	8,62	56,9	27,59	6,90	6,90	25,86	8,62	50,00	39,66	55,17	37,93	25,86
NE	Aracaju	43	100,0	81,40	97,67	95,35	34,88	34,88	25,58	69,77	39,53	93,02	93,02	20,93	50,00	51,16	65,12	93,02	65,12	83,72	62,79	51,16
	Fortaleza	93	47,31	35,48	48,39	41,94	12,90	12,90	66,45	38,71	51,62	68,62	4,30	46,24	47,31	44,09	22,58	49,46	31,18	38,71	27,96	32,26
	João Pessoa	103	91,26	47,57	89,32	85,44	6,80	6,80	17,48	40,78	25,24	91,26	27,18	23,30	59,22	21,36	24,77	34,95	38,83	66,99	43,69	50,49
	Maceió	41	80,49	41,46	70,73	75,61	12,50	12,20	7,32	68,85	68,29	70,73	17,07	12,20	41,46	41,46	2,44	60,98	19,51	51,22	14,63	34,15
	Natal	42	100,0	78,57	73,81	88,10	21,43	21,43	28,57	80,95	85,71	19,05	59,52	16,67	90,48	69,05	9,52	90,48	69,05	69,05	78,57	54,76
	Recife	126	54,76	17,46	53,17	44,44	5,56	5,56	4,76	36,31	15,08	60,32	10,32	97,14	29,37	10,32	1,59	13,49	16,67	33,33	17,46	13,49

	Salvador	67	62,69	46,27	58,21	56,72	8,86	8,96	2,92	46,27	62,68	95,52	2,99	16,42	91,48	44,78	1,49	64,18	38,81	52,24	34,33	31,34
	São Luís	49	95,92	55,10	89,80	87,76	32,65	32,65	18,37	79,59	2,04	83,67	55,10	14,29	71,43	42,86	6,12	83,67	40,82	71,43	46,94	36,73
	Teresina	24	95,83	83,33	79,17	83,33	33,33	33,33	20,83	62,50	50,00	20,8	54,17	75,00	58,33	45,83	4,17	70,83	66,67	70,83	50,00	79,17
C	Brasília	76	89,47	51,32	67,11	28,95	11,89	22,37	11,84	56,58	47,38	18,42	26,32	34,21	38,16	23,68	13,16	40,79	39,47	64,47	43,22	59,21
	Campo Grande	36	100,0	69,44	97,22	88,89	27,78	27,78	27,78	88,89	91,67	22,22	86,11	50,00	80,56	55,56	41,67	91,67	69,44	91,67	63,89	75,00
	Cuiabá	51	86,27	70,33	76,47	76,47	21,57	33,33	21,57	74,51	68,63	21,57	58,82	50,98	43,14	33,33	19,61	15,69	31,37	66,67	43,14	43,14
	Goiânia	63	96,83	36,51	82,54	58,73	7,94	14,29	7,94	42,86	33,24	33,33	6,35	31,75	50,79	58,73	46,03	77,78	44,44	66,67	53,97	50,79
SE	Belo Horizonte	149	80,54	55,70	79,87	75,84	14,7	22,82	14,77	61,07	81,21	24,16	5,37	52,35	67,11	31,54	39,60	74,50	52,35	64,43	37,58	54,36
	Rio de Janeiro	197	95,94	74,62	93,91	86,29	70,05	13,20	70,05	95,43	95,95	11,17	19,80	72,08	89,34	70,05	59,39	89,85	77,16	89,85	66,50	87,31
	São Paulo	270	97,78	92,22	94,07	93,10	45,19	15,56	45,19	95,19	96,76	54,54	70,00	54,81	91,48	63,70	41,85	94,81	67,04	94,81	81,85	79,26
	Vitória	23	86,96	69,57	86,96	82,61	43,48	17,39	43,48	78,26	86,95	17,39	73,91	78,26	82,61	65,22	56,52	82,61	86,96	65,22	78,26	73,91
S	Curitiba	89	97,80	70,33	92,31	92,31	34,07	2,20	34,07	92,31	97,8	6,59	38,46	67,03	68,13	43,96	43,96	94,51	73,63	90,11	92,31	68,13
	Florianópolis	47	95,92	83,67	85,71	85,71	22,45	24,49	22,45	91,84	95,92	0	12,24	4,08	44,90	10,20	10,20	79,51	69,39	87,76	51,02	69,39
	Porto Alegre	132	99,65	51,91	95,42	81,68	9,92	4,58	9,92	72,52	58,88	3,82	24,43	7,63	38,93	15,27	15,27	32,82	45,04	73,28	70,23	51,15

Fonte: PMAQ,2017.

Dentre as 07 capitais da Região Norte, os melhores percentuais estão na presença de sanitário para usuário, alcançando 100% das unidades avaliadas de Palmas. Este percentual cai para 69,44% das unidades com sanitário para deficiente. Quanto às salas diversas, Palmas também apresenta o melhor percentual (97,22%) para recepção. No que se refere a adequação da farmácia, o maior percentual está para área de dispensação de medicamentos, em Boa Vista com 91,18%. Sobre o consultório clínico, o maior percentual está em Manaus, com 79,99 % e, neste caso, Palmas, ao contrário, apresenta percentual de 0%. E em relação às demais áreas das unidades, o melhor percentual está para área externa de embarque e desembarque de ambulâncias com 86,11% em Palmas.

Nas capitais do Nordeste, no conjunto dos aspectos avaliados quanto à estrutura física, os percentuais mais baixos de adequação estão relacionados à área de fracionamento na farmácia em que o maior percentual alcançado foi 32,65% em São Luís. Sobre os percentuais de adequação quanto ao sanitário para usuário, Natal apresentou 100% das unidades avaliadas. Outros destaques foram para Aracaju com os maiores percentuais para as salas diversas e demais áreas, respectivamente com 97,67% e 83,72%; e Salvador com o maior percentual para consultórios clínicos com 95,52%.

Sobre as capitais do Centro Oeste, o sanitário para usuário está presente em 100% das unidades avaliadas de Campo Grande, sendo este o aspecto melhor avaliado nessa dimensão. Entretanto, esse percentual tende a ser menor quando se trata de sanitário para deficiente. Em Goiânia, enquanto 96,83% das unidades têm sanitário para usuário, apenas 36,51% dispõem deste para deficiente. Sobre as salas diversas, farmácia e demais ambientes, o maior percentual está na sala para recepção e espera em Campo Grande com 97,22%, na disponibilidade de computador na farmácia e depósito de materiais de limpeza com 91,67% em ambos. Chama atenção nessa dimensão para as capitais do Centro-Oeste os baixos percentuais para consultórios clínicos, sendo o maior percentual registrado em Goiânia, com 33,33% das unidades.

No Sudeste, os melhores percentuais de adequação para as três capitais estão no sanitário para usuário, alcançando 97,78% das unidades avaliadas em São Paulo. A redução do percentual em sanitário para deficiente quando comparado ao sanitário

para usuário em geral também foi evidenciada nestas capitais, por exemplo, 80,54% das unidades de Belo Horizonte têm sanitário para usuário, porém para deficiente esse percentual reduz para 55,70%. Percentuais acima de 90% foram observados em muitos aspectos da estrutura física das unidades avaliadas em São Paulo, apresentando nas salas diversas, farmácia, demais ambientes e consultório clínico, respectivamente com 94,81% de unidades com sala de administração, 96,76% de disponibilidade de computador, 81,85% de abrigo externo para resíduo sólido e 54,54% de consultórios.

Na região Sul, os maiores percentuais de todas as capitais também foram para sanitário de usuário com percentual acima de 90%, com destaque para Porto Alegre com 99,65%. Este percentual foi para 51,91% na mesma cidade, quando para unidades com sanitário para deficiente. Para as salas variadas, farmácia, consultório clínico, e demais ambientes, o maior percentual foi em Curitiba, respectivamente com 94,51% de sala de administração e gerência, 97,8% de disponibilidade de computador, 6,59% de consultórios, 92,31% de abrigo externo de resíduo sólido. Cabe destacar que os percentuais de consultórios clínicos, dentre os demais aspectos desta dimensão, foram os menores nas três capitais, inclusive, 0% das unidades avaliadas de Florianópolis.

5.1.6 Ambiência

Sobre a dimensão da ambiência, os aspectos avaliados foram disposição da ventilação, climatização, iluminação e acústica dos ambientes, condições de limpeza e assentos para sala de espera, condições de uso e limpeza dos banheiros, pisos e paredes laváveis e privacidade dos usuários nos consultórios. A tabela 6 a seguir evidencia sobre cada capital.

Tabela 6-Frequência das variáveis de ambiência de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região,2017

Rg.	Cap.	Unid aval. (N)	Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização	Os ambientes são bem iluminados	Os pisos e as paredes da UBS são de superfícies laváveis	A acústica da UBS evita ruídos do ambiente externo e interno	Os consultórios da UBS permitem privacidade ao usuário	Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza	A sala de espera está em boas condições de limpeza	A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem
			Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)
N	Belém	62	69,35	82,26	58,06	41,94	90,32	79,03	80,65	64,52
	Boa Vista	34	97,06	91,18	82,35	91,18	97,06	97,06	94,12	85,29
	Macapá	39	61,54	71,79	64,10	53,85	66,67	53,85	51,28	38,46
	Manaus	188	77,13	85,11	70,21	52,66	70,21	69,68	77,66	40,96
	Palmas	36	91,67	94,44	83,33	83,33	97,22	94,44	94,44	94,44
	Porto Velho	35	48,57	51,43	37,14	28,57	57,14	51,43	54,29	31,43
	Rio Branco	58	55,17	53,45	24,14	27,59	50,00	51,72	53,45	48,28
NE	Aracaju	43	93,02	95,35	95,35	55,81	90,70	93,02	93,02	83,72
	Fortaleza	93	45,16	48,39	87,76	35,48	48,39	41,94	45,16	40,86
	João Pessoa	103	87,38	91,26	77,67	73,79	88,35	89,32	93,20	87,38
	Maceió	41	51,22	51,22	41,46	46,34	63,41	73,17	73,17	56,10
	Natal	42	85,71	97,62	83,33	59,52	95,24	92,86	88,10	78,57
	Recife	126	32,54	41,27	42,06	25,40	42,86	38,89	44,44	37,30
	Salvador	67	55,22	59,70	44,78	38,81	61,19	44,78	61,19	32,84
C	São Luís	49	81,63	81,63	71,4	71,43	81,63	79,59	89,80	75,51
	Teresina	24	91,67	95,83	70,83	83,33	95,83	91,67	87,50	83,33
	Brasília	76	77,63	80,26	65,79	51,32	72,37	75,00	68,42	57,89
	Campo Grande	36	100,00	100,00	94,44	77,78	100,00	94,44	100,00	94,44

	Cuiabá	51	82,35	88,24	47,06	37,25	74,51	54,90	76,47	76,47
	Goiânia	63	80,95	82,54	71,43	61,90	90,48	82,54	90,48	77,78
SE	Belo Horizonte	149	68,46	71,81	63,76	56,38	71,14	69,13	77,85	61,74
	Rio de Janeiro	197	94,92	94,92	79,70	82,23	89,85	90,36	94,92	86,29
	São Paulo	270	84,81	93,70	92,59	69,63	92,96	93,33	97,04	81,85
	Vitória	23	86,96	82,61	82,61	65,22	82,61	86,96	86,96	82,61
S	Curitiba	89	84,62	94,51	96,70	54,95	93,41	94,51	97,80	97,80
	Florianópolis	47	93,88	91,84	87,76	81,63	87,76	93,88	95,92	95,92
	Porto Alegre	132	84,73	90,84	83,97	66,41	82,26	89,31	89,31	96,95

Fonte: PMAQ, 2017.

Na Região Norte, os maiores percentuais foram para os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização, a acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno e os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza, respectivamente, 97,06%, 91,18% e 97,06% na capital Boa Vista. Sobre os ambientes bem iluminados, os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis, os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário, a sala de espera está em boas condições de limpeza, a sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem, os percentuais de adequação corresponderam a 94,44%, 83,33%, 97,22%, 94,44% e 94,44% em Palmas. Os percentuais de adequação mais baixos, na maioria das variáveis, foram registrados nas unidades avaliadas de Porto Velho e Rio Branco.

No Nordeste, os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização e os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis em 93,02% e 95,35% das unidades avaliadas de Aracaju. Sobre a acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno, os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário e a sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem, os maiores percentuais de adequação foram 83,33%, 95,53% e 83,33% em Teresina. Quanto à sala de espera está em boas condições de limpeza, a capital São Luís apresentou o maior percentual de adequação de 89,80%. Recife é uma das capitais do Nordeste que registra os mais baixos percentuais de adequação na maioria das variáveis dessa dimensão, dentre as capitais da região.

Dentre as capitais do Centro-Oeste, destaca-se Campo Grande com os maiores percentuais em todos os aspectos analisados, sendo 100% o percentual de adequação quanto aos ambientes que dispõem de boa ventilação ou climatização, os ambientes bem iluminados, os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário e sala de espera com boas condições de limpeza. Nos demais aspectos, Campo Grande alcançou percentuais acima de 90% para pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis, banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza e sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem. Percentuais de adequação abaixo de 50% foram registrados em Cuiabá quanto aos pisos e paredes de superfícies laváveis (47,06%) e acústica que evita ruídos do ambiente (37,25%).

Nas capitais da região Sudeste, os menores percentuais de adequação foram a acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno com 56,38% em Belo Horizonte, 65,22% em Vitória e 69,63% em São Paulo. O Rio de Janeiro teve destaque no percentual de adequação quanto aos ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização, os ambientes são bem iluminados e a sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem com os percentuais equivalentes a 94,92% para os primeiros e 86,29% para o último. O mais baixo percentual de adequação registrado foi para a acústica nas unidades avaliadas em Belo Horizonte, de 56,38%.

No conjunto de capitais do Sul, os menores percentuais foram para a acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno com variação de percentual de 54,95% em Curitiba e 81,63% em Florianópolis. Os maiores percentuais de todas as capitais foram para a sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem com percentuais acima de 95%. Quanto aos ambientes são bem iluminados, os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis, os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário, os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza e a sala de espera está em boas condições de limpeza, em Curitiba, com percentual de adequação, respectivamente, de 94,51%, 96,70%, 93,41%, 94,51% e 97,81%. Sobre os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização, a capital Florianópolis apresentou o maior percentual com 93,88%.

5.1.7 Equipamentos, materiais e insumos

Na dimensão de equipamentos, materiais e insumos, os aspectos avaliados foram aparelhos de pressão adulto, estetoscópios adulto, balanças antropométricas, balanças infantis, réguas antropométricas adulto, réguas antropométricas infantil, macas/mesa para exame clínico, geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia, glicosímetros, kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro), tiras reagentes de medida de glicemia e recipientes duros para

descarte de perfurocortante. A tabela 7 a seguir evidencia sobre cada capital por região brasileira.

Tabela 7-Frequência das variáveis de materiais, equipamentos e insumos de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região,2017

Rg.	Cap.	Unid aval.	Aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão)	Estetoscópios adulto	Balanças antropométricas de 150 ou 200 kg	Balanças infantis	Réguas antropométricas adulto	Réguas antropométricas infantil	Macas/mesa para exame clínico	Geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia	Glicosímetros	Tiras reagentes de medida de glicemia	Recipientes duros para descarte de perfurocortante	Fita métrica
			Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim (%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)
N	Belém	62	96,77	96,77	88,71	82,26	90,32	83,87	95,16	9,68	80,65	83,87	93,55	93,55
	Boa Vista	34	100,00	100,00	100,00	97,06	100,00	94,15	100,00	91,18	100,00	100,00	100,00	88,24
	Macapá	39	97,44	97,44	89,74	92,31	92,31	94,37	94,37	30,77	89,74	56,41	84,62	84,62
	Manaus	188	99,47	99,47	93,62	98,4	93,62	82,45	79,26	22,87	97,87	89,89	94,15	90,43
	Palmas	36	100,00	100,00	100,00	97,22	100,00	100,00	100,00	30,56	100,00	100,00	100,00	97,22
	Porto Velho	35	100,00	97,14	65,71	85,71	100,00	85,71	100,00	82,86	74,13	34,29	62,86	51,14
	Rio Branco	58	100,00	100,00	74,14	94,83	98,28	85,71	98,28	58,62	98,28	63,79	72,41	100,00
NE	Aracaju	43	97,67	100,00	100,00	100,00	90,7	95,35	100,00	86,05	95,35	93,02	100,00	97,67
	Fortaleza	93	97,85	96,77	51,61	96,77	100,00	98,92	100,00	96,77	93,55	43,01	100,00	93,65
	João Pessoa	103	99,03	100,00	93,00	98,06	98,06	98,06	100,00	58,25	100,00	93,20	92,23	93,20
	Maceió	41	95,14	95,12	82,93	100,00	100,00	100,00	97,56	48,78	97,56	78,05	80,49	78,05
	Natal	42	100,00	100,00	100,00	100,00	97,62	97,62	100,00	92,86	95,24	97,62	92,86	90,48
	Recife	126	100,00	99,21	51,59	98,41	91,27	96,83	100,00	56,35	97,17	54,76	55,56	52,38
	Salvador	67	98,51	97,01	64,18	98,51	100,00	89,55	100,00	92,54	98,51	62,69	100,00	61,19
	São Luís	49	100,00	95,92	89,80	100,00	93,88	91,84	97,96	69,39	100,00	93,98	100,00	83,67
Teresina	24	100,00	100,00	91,67	100,00	95,83	100,00	100,00	100,00	100,00	95,83	100,00	87,50	
C	Brasília	76	96,05	98,68	90,79	95,74	73,68	95,74	100,00	56,58	96,05	80,26	81,58	71,05

	Campo Grande	36	100,00	100,00	97,22	97,22	86,11	100,00	100,00	91,67	100,00	97,22	100,00	97,22
	Cuiabá	51	98,04	98,04	84,31	98,04	66,67	66,67	100,00	92,16	96,08	78,43	68,63	80,39
	Goiânia	63	100,00	100,00	96,83	98,41	95,24	98,41	100,00	33,33	100,00	95,24	100,00	93,65
SE	Belo Horizonte	149	100,00	100,00	81,21	100,00	97,99	100,00	100,00	95,3	99,33	78,52	100,00	81,88
	Rio de Janeiro	197	100,00	100,00	96,45	100,00	65,48	100,00	99,49	98,48	100,00	96,45	100,00	95,94
	São Paulo	270	99,26	99,63	98,52	100,00	94,07	99,63	100,00	97,41	100,00	94,44	95,56	95,56
	Vitória	23	100,00	100,00	86,96	100,00	56,52	100,00	100,00	91,3	100,00	82,61	100,00	86,96
S	Curitiba	89	100,00	100,00	100,00	98,90	78,02	100,00	100,00	91,21	100,00	97,80	96,70	96,70
	Florianópolis	47	100,00	100,00	100,00	100,00	53,06	100,00	100,00	95,92	100,00	95,92	100,00	95,92
	Porto Alegre	132	100,00	100,00	98,47	98,47	58,78	100,00	98,47	96,18	100,00	98,47	100,00	98,47

As capitais da Região Norte, em geral, obtiveram altos percentuais de adequação na maioria dos aspectos avaliados nessa dimensão, com exceções para algumas capitais no que tange as geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia, como é o caso de Belém que apresenta 9,68% para esse aspecto, respectivamente e do Macapá, cujo percentual é de 30,77%. Quanto as tiras reagentes de medida de glicemia destacam-se uma variação importante no percentual de adequação, desde 34,29% para Porto Velho até 100% para Boa Vista e Palmas, outro exemplo são as fitas métricas que estavam disponíveis em 51,14% das unidades avaliadas em Porto Velho e chegam até 100% nas unidades de Rio Branco.

Na região Nordeste, os maiores percentuais relacionados a equipamentos foram 100% para aparelhos de pressão adulto em Natal, Recife, São Luís, Teresina. No que se refere a materiais, os maiores percentuais foram de 100% para Régua antropométrica adulto nas capitais nas unidades de Maceió e Salvador e para Régua antropométrica infantil em Maceió e Teresina. Para kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) o maior percentual foi 95,83% em Teresina. Quanto à Fita métrica, o maior percentual foi em Aracaju com 97,67%. Sobre os insumos, o menor percentual para tiras reagentes de medida de glicemia foi de 43,01% em Fortaleza e 100% para recipientes duros para descarte de perfurocortante em Aracaju, Fortaleza, Salvador, São Luís e Teresina.

No Centro-Oeste, dentre os equipamentos destaca-se a macas/mesa para exame clínico com percentual de 100,00% para todas as capitais. Sobre os materiais, o maior percentual para Régua antropométrica adulto foi 95,24% em Goiânia, para Régua antropométrica infantil com 100% em Campo Grande com menor percentual de 66,67% em Cuiabá, e para Fita métrica com 97,22% em Campo Grande. Quanto aos insumos, Campo Grande e Goiânia apresentaram 100,00% de suas unidades com Recipientes duros para descarte de perfurocortante. e Campo Grande destacou-se com 97,22% de Tiras reagentes de medida de glicemia.

Na região Sudeste, os maiores percentuais de equipamentos foram para balanças infantis em 100% das unidades e macas para exames clínicos e glicosímetros em 99 ou 100% das unidades das quatro capitais. No que se refere a materiais, o maior percentual foi para régua antropométrica infantil com 100% em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Vitória. Sobre os insumos, o maior percentual foi para recipientes duros para descarte de perfurocortante com 100,00% nestas últimas

capitais. Nessa dimensão de análise, o menor percentual registrado no conjunto das variáveis e dentre as quatro capitais foi de 56,52% para réguas antropométricas adulto nas unidades de Vitória.

No Sul, todas as capitais tiveram 100,00% de adequação para aparelhos de pressão, estetoscópios, réguas antropométricas infantil e glicosímetro. Os menores percentuais foram para Réguas antropométricas adulto com variação entre 53,06% em Florianópolis e 78,02% em Curitiba.

5.1.8 Medicamentos

Na categoria de medicamentos, os aspectos avaliados foram Ampolas de glicose 50%, Medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica, Medicamentos insulina para urgência clínica, Dispensação de medicamentos na unidade, Glibenclamida, Cloridrato de Metformina, Insulina NPH e Insulina regular. A Tabela 8 a seguir evidencia sobre cada capital.

Tabela 8- Frequência das variáveis de medicamentos de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid aval. (N)	Ampolas de glicose 50%	Medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica	Medicamentos insulina para urgência clínica	Dispensação de medicamentos na UBS	Glibenclâmida	Cloridrato de Metformina	Insulina NPH	Insulina regular
			Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)	Sim(%)
N	Belém	62	1,61	8,06	4,84	59,68	50,00	51,61	9,68	6,45
	Boa Vista	34	94,12	73,53	85,29	94,12	91,18	94,12	94,12	94,12
	Macapá	39	46,15	48,72	17,95	87,18	82,05	84,62	20,51	15,38
	Manaus	188	1,06	13,83	4,26	92,55	84,57	89,36	18,09	13,30
	Palmas	36	88,89	80,56	41,67	38,89	36,11	36,11	27,78	27,78
	Porto Velho	35	28,57	25,71	17,14	65,71	57,14	48,57	57,14	57,14
	Rio Branco	58	13,79	24,14	22,41	68,97	67,24	65,52	62,07	56,90
NE	Aracaju	43	81,40	83,72	81,40	97,67	95,35	93,02	90,70	88,37
	Fortaleza	93	25,81	29,03	34,41	51,61	51,61	50,54	41,94	48,39
	João Pessoa	103	16,50	57,28	41,75	48,54	11,65	45,63	46,60	43,69
	Maceió	41	41,46	39,02	17,07	80,49	70,73	75,61	29,27	29,27
	Natal	42	69,05	80,95	88,10	100,00	100,00	95,24	97,62	95,24
	Recife	126	35,71	23,81	13,49	45,24	40,48	38,89	15,87	16,67
	Salvador	67	50,75	31,34	46,27	62,69	49,25	56,72	58,21	61,19
	São Luís	49	10,20	24,49	30,61	95,92	48,98	77,55	71,43	75,51
C	Teresina	24	16,67	62,50	58,33	95,83	95,83	95,83	91,67	50,00
	Brasília	76	68,42	61,84	51,32	72,37	64,47	60,53	46,05	48,68
	Campo Grande	36	97,22	94,44	94,44	97,22	97,22	94,44	88,89	91,67
	Cuiabá	51	1,96	11,76	13,73	86,27	70,59	80,39	82,35	80,39
SE	Goiânia	63	90,48	47,62	41,27	50,79	9,52	49,21	30,16	31,75
	Belo Horizonte	149	81,88	53,69	65,77	81,88	77,18	81,21	81,88	80,54

	Rio de Janeiro	197	96,45	88,53	92,89	96,45	96,45	96,45	95,94	95,94
	São Paulo	270	97,41	87,04	86,67	97,41	8,52	94,44	96,30	95,19
	Vitória	23	86,96	47,83	65,22	86,96	86,96	86,96	86,96	82,61
S	Curitiba	89	96,70	89,01	93,41	97,80	97,80	96,70	97,80	96,70
	Florianópolis	47	95,92	83,67	75,51	95,92	95,92	95,92	95,92	93,88
	Porto Alegre	132	93,13	90,84	95,42	94,66	90,84	92,37	92,37	86,26

Fonte:PMAQ,2017.

Na região Norte, os maiores percentuais foram registrados nas unidades de Boa Vista, com percentual de adequação de adequação de 94,12% para ampolas de glicose; 85,29% insulina para urgência clínica; 91,18% para glibenclamida e 94,12% para cloridrato de metformina e Insulina NPH. Quanto à medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica, o maior percentual foi 80,56% em Palmas. Os menores percentuais foram para Ampolas de glicose 50% com 1,06% em Manaus e 1,61% em Belém; 8,06% de hipoglicemiantes para urgência em Belém; 4,84% e 4,26% respectivamente para insulina para urgência em Belém e Manaus; e, 9,68% de insulina NPH e 6,45% de insulina regular em Belém.

No Nordeste, 100% das unidades avaliadas de Natal apresentaram adequação quanto a dispensação de medicamentos na unidade e glibenclamida disponível. Nesta capital o menor percentual registrado, dentre o conjunto das variáveis, foi de 69,05% para ampolas de glicose. Altos percentuais de adequação também foram registrados nas unidades de saúde de Aracaju e Teresina no que tange a disponibilidade de ampolas de glicose e medicamentos hipoglicemiantes para a primeira e metformina para a segunda.

Dentre as capitais do Centro-Oeste, Campo Grande tem destaque nos percentuais de adequação para todas as variáveis dessa dimensão, sendo o menor percentual (88,89%) para insulina NPH e o maior percentual (97,22%) para ampolas de glicose, dispensação de medicamentos na unidade e glibenclamida. Por outro lado, o menor percentual de adequação foi registrado em Cuiabá, em que apenas 1,96% das unidades avaliadas dispunham de amplos de glicose a 50%, sendo também baixo os percentuais de medicamentos hipoglicemiantes e de insulina para urgência clínica, respectivamente, 11,76% e 13,73%.

Nas capitais do Sudeste, São Paulo obteve o maior percentual, 97,41% para as variáveis ampolas de glicose 50% e dispensação de medicamentos na unidade. Contudo, esta capital apresentou o menor percentual para Glibenclamida com 8,52%, percentual que variou até 96,45% (Rio de Janeiro). Para Medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica, insulina para urgência clínica, Cloridrato de Metformina e Insulina regular, a capital do Rio de Janeiro destacou-se com os

percentuais de 88,53%, 92,89%, 96,45%, 96,45% e 95,94%. Quanto à Insulina NPH, o maior percentual foi 96,30% em São Paulo.

Na região Sul, os maiores percentuais de adequação na maioria das variáveis dessa dimensão foram registrados em Curitiba. Entretanto, no geral, os percentuais foram acima de 75% para as três capitais da região. O menor percentual de adequação entre as capitais foi para insulina para urgência clínica, com percentual de 75,51% em Florianópolis.

5.1.9 Síntese geral das dimensões de estrutura das unidades avaliadas nas capitais brasileiras

Em perspectiva geral, considerando todas as capitais do Brasil, e o percentual de adequação, intermediário e inadequação de estrutura de unidades básicas de saúde, os resultados abaixo sumarizam as condições das unidades avaliadas (ver Tabela 9, a seguir). Em seguida a tabela, adotaram-se quartis: acima de 75% das unidades de saúde adequadas; 51 e 74%; 26% e 50%; até 25% - para descrição dos resultados avaliados por capitais das regiões brasileiras.

Tabela 9- Percentual de adequação das dimensões de análise de estrutura de unidades básicas de saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid. aval. (N)	Recursos Humanos			Acessibilidade		Organização e informações sobre a oferta de ações e serviços			Estrutura física			Ambiência		Equipamentos		Medicamentos	
			AD (%)	I (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)	AD (%)	I (%)	IN (%)	AD (%)	I (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)
N	Belém	62	8,06	82,56	9,68	95,16	4,84	1,75	22,81	75,44	-	-	100,0	22,58	77,42	100,00	-	10,81	89,19
	Boa Vista	34	35,29	64,71	-	100,00	-	6,25	59,38	34,38	-	-	100,0	61,76	38,24	18,18	81,82	96,88	3,13
	Macapá	39	51,28	30,77	10,26	94,44	5,56	17,14	28,70	45,71	-	2,78	88,89	21,62	70,27	-	86,36	10,81	81,08
	Manaus	188	14,89	73,40	6,91	97,19	2,81	24,02	59,78	11,17	0,56	-	94,41	20,59	74,12	5,26	71,05	12,02	83,06
	Palmas	36	80,56	19,44	-	94,44	5,56	50,00	38,89	11,11	-	-	100,0	72,22	27,78	5,56	94,44	64,29	35,71
	Porto Velho	35	31,43	34,29	-	95,35	4,65	3,03	45,45	15,15	-	-	65,71	11,43	54,29	4,55	40,91	37,14	28,57
	Rio Branco	58	10,34	60,34	3,45	97,67	2,33	-	21,82	50,91	-	-	74,14	15,79	57,89	48,28	-	52,73	20,00
NE	Aracaju	43	52,81	41,86	2,33	93,02	6,98	2,33	51,16	46,51	4,65	9,30	86,05	53,49	46,51	11,63	88,37	88,10	11,90
	Fortaleza	93	46,24	5,38	-	97,92	2,08	10,75	37,63	3,23	-	1,08	50,54	29,03	22,58	1,18	45,88	40,86	10,75
	João Pessoa	103	13,59	79,61	0,97	89,58	10,42	23,76	49,50	20,79	-	-	94,17	57,58	36,36	4,82	87,95	19,64	69,64
	Maceió	41	73,17	9,76	2,44	100,00	-	34,15	43,90	34,15	-	-	85,00	20,51	64,10	-	81,25	30,77	53,85
	Natal	42	40,48	59,52	-	80,95	19,05	9,52	52,38	38,10	-	-	100,0	51,22	48,78	7,89	92,11	90,48	9,52
	Recife	126	15,08	22,22	18,25	100,00	-	44,07	7,63	0,85	-	-	55,56	12,10	42,74	-	53,33	16,81	33,63
	Salvador	67	59,70	4,48	-	100,00	-	5,97	34,33	23,88	-	-	64,18	13,43	50,75	2,99	61,19	43,94	19,7
	São Luís	49	55,10	38,78	2,04	95,74	4,26	20,41	59,18	20,41	-	2,04	93,88	41,30	54,35	-	88,89	32,65	63,27
	Teresina	24	45,83	50,00	-	85,71	14,29	33,33	50,00	12,50	-	-	95,83	45,83	50,00	-	94,74	50,00	45,83
C	Brasília	76	46,05	42,11	5,26	94,37	5,63	-	60,61	31,82	-	-	93,42	30,67	62,67	6,45	85,48	46,67	45,00
	Campo Grande	36	69,44	30,56	-	85,71	14,29	2,78	83,33	13,89	-	8,33	91,67	66,67	33,33	33,33	66,67	91,43	8,57
	Cuiabá	51	3,92	70,59	13,73	97,78	2,22	-	22,92	64,58	-	-	88,24	18,00	70,00	-	53,85	62,00	26,00
	Goiânia	63	82,54	14,29	-	67,24	32,76	69,35	25,81	1,61	-	3,23	93,55	32,26	64,52	16,13	80,65	8,82	85,29
SE	Belo Horizonte	149	75,84	6,04	-	90,98	9,02	40,27	38,93	2,68	-	1,34	80,54	31,54	50,34	10,74	71,14	75,84	6,04
	Rio de Janeiro	197	92,39	4,06	-	75,34	24,46	-	12,24	-	1,02	7,11	88,32	59,90	36,55	47,72	48,73	95,43	1,02
	São Paulo	270	95,19	2,96	0,37	70,94	29,06	83,58	14,55	0,37	2,96	13,33	82,22	51,85	46,67	18,59	79,93	8,24	90,26
	Vitória	23	82,61	4,35	-	85,00	15,00	39,13	47,83	8,70	8,70	13,04	65,22	52,17	34,78	4,35	82,61	82,61	4,35
S	Curitiba	89	57,14	39,56	1,10	97,75	2,25	60,23	37,50	-	-	9,89	87,91	43,96	53,85	26,37	71,43	95,60	2,20
	Florianópolis	47	32,65	63,27	-	91,49	8,51	10,20	67,35	18,37	-	-	95,92	69,39	26,53	16,33	79,59	93,88	2,04
	Porto Alegre	132	3,82	92,37	2,29	95,35	4,65	22,90	56,49	19,08	-	0,76	97,71	42,75	55,73	2,31	96,15	84,92	13,49

Fonte: PMAQ, 2017.

Sobre a disponibilidade de gerência na unidade de saúde, a categoria "recursos humanos"² variou no seu percentual de adequação de 3,82% para Porto Alegre para 95,19% para São Paulo. Em quartis pode-se evidenciar que apenas 6 capitais - Palmas, Goiânia, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória - contava acima de 75% de suas unidades com um profissional responsável exclusivamente pela gerência do serviço de saúde nos recursos humanos; 7 capitais - Macapá, Aracaju, Maceió, Salvador, São Luís, Campo Grande, Curitiba - em que este percentual variou de 51 a 74%; outras 7 capitais - Boa Vista, Porto Velho, Fortaleza, Natal, Teresina, Brasília, Florianópolis - em que este percentual variou de 26% a 50%; e em outras 7 capitais - Belém, Manaus, Rio Branco, João Pessoa, Recife e Cuiabá - o percentual correspondente foi até 25%.

No que se refere à presença de características para acessibilidade³ dos usuários, o percentual de adequação teve pouca variação, de 67,24% em Goiânia para 100% em Boa Vista, Maceió, Recife e Salvador. Considerando os quartis, 25 capitais apresentaram um acima de 75% das unidades de saúde adequadas, exceto Goiânia e São Paulo que apresentaram o percentual entre 51 e 74%.

No que tange à organização de informações disponibilizadas para os usuários⁴, destaca-se variação no percentual de adequação de 0% em Rio Branco, Brasília e

² Considerando o detalhamento da dimensão de recursos humanos apresentado aqui, adotou-se como classificação das unidades de saúde a seguinte qualificação: adequado, intermediário e inadequado. Para a primeira classificação foram consideradas as unidades básicas de saúde de todas as capitais brasileiras que apresentavam o critério "faz exclusivamente a gerência da UBS". Já para a segunda classificação, as unidades básicas de saúde que apresentaram os critérios: "divide-se entre gerência da UBS e cuidado ao usuário", "dedica menos que 20h à gerência da UBS por conta de outros vínculos", "a gerência da UBS é compartilhada/rodiziada entre os profissionais". Todas as unidades de saúde que não apresentaram nenhum dos critérios descritos acima foram consideradas inadequadas.

³ Para a classificação "adequado" foram consideradas a presença das seguintes variáveis: Entrada externa adaptada para cadeira de rodas, Corrimão nos locais não nivelados, Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas, Piso tátil para acesso às dependências da unidade, Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas, Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário, Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso, Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização, Faixa na parede da entrada da unidade de saúde, Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde. Todas as unidades que não apresentaram pelo menos um desses critérios foram classificadas como inadequadas.

⁴ Considerando o detalhamento da dimensão Organização de informações sobre a oferta de ações e serviços apresentado aqui, adotou-se como classificação das unidades de saúde a seguinte qualificação: adequada, intermediária e inadequada. Como adequado foram considerados a presença dos seguintes critérios: O horário de funcionamento da unidade de saúde, A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, a escala dos profissionais

Cuiabá até 83,58% em São Paulo. Nos quartis, somente 1 capital - São Paulo - possuía acima de 75% das unidades de saúde adequadas; 2 capitais - Goiânia e Curitiba - apresentaram entre 51 e 74%, 6 capitais - Palmas, Maceió, Recife, Teresina, Belo Horizonte e Vitória - entre 26% e 50%; e, 18 capitais - Belém, Boa Vista, Macapá, Manaus, Porto Velho, Rio Branco, Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Natal, Salvador, São Luís, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Rio de Janeiro, Florianópolis e Porto Alegre - até 25%.

Na dimensão estrutura física ⁵, todas as capitais tiveram um percentual inferior a 25% das unidades de saúde adequadas que apresentaram todos os espaços, de acordo com a recomendação descrita na Política Nacional de Atenção Básica, sendo o maior percentual de adequação de 8,70% para as unidades de Vitória.

Na categoria de ambiência ⁶, houve variação no percentual de adequação entre 11,43% para Porto Velho e 72,22% para Palmas. Nenhuma das capitais tiveram mais de 75% das unidades de saúde adequadas, em 10 capitais - Boa Vista, Palmas, Aracaju, João Pessoa, Natal, Campo Grande, Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória e Florianópolis - este percentual variou de 51 a 74%; 8 capitais - Fortaleza, São Luís,

com nome e horários de trabalho, O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde, Identificação de todos os profissionais, A unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço. Para a classificação intermediária foram consideradas a presença dos critérios acima, exceto o último, somado ao critério "Horário fixo de funcionamento da unidade". Na classificação inadequada foram consideradas a ausência de pelo menos um dos critérios "A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe", "A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho", "O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde", "Identificação de todos os profissionais" e que a soma dos horários e dias de funcionamento fosse inferior a 40 horas semanais.

⁵Considerando os aspectos de estrutura física, as unidades de saúde foram classificadas em adequada, intermediária e inadequada. Como adequado foram consideradas os seguintes critérios: Sanitário para usuário, Sala para recepção/espera, Sala de vacina, Área para dispensação de medicamentos, Área de fracionamento, Área para seguimento farmacoterapêutico, Área para estocagem de medicamentos, Disponibilidade de computador na farmácia, Consultórios para atendimento clínico, Sala para inalação/nebulização coletiva, Sala para coleta de material para exames, Sala para curativo, Sala para procedimentos, Sala para observação, Sala para administração e gerência, Sala para atividades coletivas, Depósito de Material de Limpeza, Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos, Área externa para embarque e desembarque de ambulância.

⁶Na categoria de ambiência, as unidades de saúde foram classificadas em adequadas ou inadequadas. Para adequação foram considerados a presença da variáveis: "os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização", "os ambientes são bem iluminados", "Os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis", "A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno", "Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário", "Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza", "A sala de espera está em boas condições de limpeza". As unidades de saúde que não apresentaram pelo menos um desses critérios foram consideradas inadequadas.

Teresina, Brasília, Goiânia, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre - tiveram entre 26 e 50% das unidades adequadas; e, 9 capitais - Belém, Macapá, Manaus, Porto Velho, Rio Branco, Maceió, Recife, Salvador e Cuiabá - até 25%.

Quanto à disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos ⁷, o percentual variou aos extremos de 0% para Macapá, Maceió, Recife, São Luis, Teresina e Cuiabá, até 100% para Belém. Assim, apenas 1 capital - Belém - teve o percentual acima de 75% das unidades de saúde adequadas; nenhuma capital com percentual entre 51 e 74%; 4 capitais - Rio Branco, Campo Grande, Rio de Janeiro e Curitiba - entre 26 e 50%, e as demais capitais, 22 - Boa Vista, Macapá, Manaus, Palmas, Porto Velho, Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal, Recife, Salvador, São Luís, Teresina, Brasília, Cuiabá, Goiânia, Belo Horizonte, São Paulo, Vitória, Florianópolis e Porto Alegre - até 25%.

Em relação à disponibilidade de medicamentos ⁸, a variação foi significativa quanto ao percentual de adequação das unidades avaliadas, apresentando de 8,24% para São Paulo até 96,88% em Boa Vista. No conjunto das capitais brasileiras, 10 capitais - Boa Vista, Aracaju, Natal, Campo Grande, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Vitória, Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre - apresentaram acima de 75% das unidades de saúde que dispunha de todos os equipamentos, consideradas adequadas; 3 capitais - Palmas, Rio Branco, Cuiabá - entre 51 e 74%; 7 capitais - Porto Velho, Fortaleza, Maceió, Salvador, São Luís, Teresina, Brasília - entre 26 e 50%; e, 7 capitais - Belém, Macapá, Manaus, João Pessoa, Recife, Goiânia, São Paulo - até 25%.

⁷Na categoria de equipamentos, materiais e insumos, as unidades de saúde foram classificadas em adequadas ou inadequadas. Para a classificação adequada, foram considerados a presença dos seguintes critérios: “Aparelhos de pressão adulto”, “Estetoscópios adulto”, “Balanças antropométricas”, “Balanças infantis”, “Réguas antropométricas adulto”, “Réguas antropométricas infantil”, “Macas/mesa para exame clínico”, “Geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia”, “Glicosímetros”, “kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)”, “Tiras reagentes de medida de glicemia”, “Recipientes duros para descarte de perfurocortante”. As unidades que não apresentaram pelo menos um dos itens foram consideradas inadequadas.

⁸Nesta categoria, as unidades de saúde foram classificadas em adequadas ou inadequadas. Para a classificação adequada, foram considerados a presença dos seguintes critérios: “Ampolas de glicose 50%”, “Medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica”, “Medicamentos insulina para urgência clínica”, “Dispensação de medicamentos na unidade”, “Glibenclamida”, “Cloridrato de Metformina”, “Insulina NPH”, “Insulina regular”. As unidades que não apresentaram pelo menos um dos itens foram consideradas inadequadas.

5.2 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA GESTÃO MUNICIPAL RELACIONADAS AOS ASPECTOS DE ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE

Os resultados obtidos a partir dos planos municipais de saúde foram organizados no quadro 1 seguinte abordando a referência do PMAQ e os conteúdos que se referem as diretrizes, objetivos, ações, metas e programação relacionados aos elementos estruturais das unidades de saúde da APS.

QUADRO 01 - Organização e sistematização dos achados a partir dos Planos Municipais de Saúde, 2018-2021.

PMS/ capital	Refere o PMAQ?	Conteúdos/trechos dos PMS 2018-2021
	Sim/Não	Diretrizes/ações/metas/programação?
PMS1	Não	Ações: Reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) já existentes
PMS2	Sim	<p>Metas:</p> <p>6. Ampliar, pelo menos, 2 Unidades Básicas de Saúde até 2021.</p> <p>7. Reformar, no mínimo, 5 Unidades Básicas de Saúde até 2021.</p> <p>Objetivo 1.2 Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS/26. Implantar e implementar o sistema informatizado de gestão de medicamentos em 100% das farmácias das unidades de saúde da rede municipal.</p> <p>Metas:</p> <p>28. Assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, através do acompanhamento do repasse federal e contrapartidas estadual e municipal, bem como o monitoramento da execução dos mesmos.</p>
PMS3	Sim	<p>Diretriz 02: Expansão da Rede de Serviços do SUS, com Construção, Ampliação, Reforma e Aparelhamento</p> <p>Objetivo- Estruturar a rede física de serviços do SUS, visando à melhoria da infraestrutura das unidades básicas e especializadas e dos setores da vigilância em saúde (p. 137)/</p> <p>Metas:</p> <p>Reformar 22 unidades/serviços de saúde e a sede da SMS: 04, 06, 07, 05</p> <p>Equipar 10 novas unidades de saúde e 08 sedes de Distrito Sanitário: 9, 3, 4, 2</p> <p>Reequipar 100% das unidades de saúde, setores da vigilância e sede da SMS, de acordo com o Plano de estruturação dos serviços: 25%, 50%, 75%, 100% (p. 137)</p> <p>Diretriz 08: Implementar a Assistência Farmacêutica</p> <p>Objetivo- Garantir o acesso da população a medicamentos e correlatos, promovendo a qualidade da assistência farmacêutica e a utilização do uso racional de medicamentos.</p> <p>Disponibilizar 80% de abastecimento da REMUME e da RECOR nas unidades de saúde, em tempo adequado, para atender o consumo médio mensal: 70%, 72%, 75%, 80%</p>

		Diretriz 14- Operacionalização das ações e serviços administrativos do SUS no município Objetivo- Garantir a manutenção e o funcionamento das ações e serviços da Secretaria de Saúde, com infraestrutura e recursos humanos adequados.
PMS4	Não	Diretriz 4: Promoção da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Objetivo 4.1: Promover o acesso com qualidade à Assistência Farmacêutica. Ação: 4.1.1. Garantir o abastecimento da REMUME na rede de saúde Meta até 2021: Garantir 80% do abastecimento de medicamentos na REMUME no almoxarifado central.
PMS5	Não	Meta: Readequar, reformar e/ou reequipar 1/3 das UBS (150 UBS) Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos Objetivo: Contribuir para ampliação do acesso à atenção Básica de saúde no município Meta: garantir o abastecimentos de todas as unidades com insumos e medicamentos necessários para o seu funcionamento, reduzindo o índice de desabastecimento médio para níveis aceitáveis de 15%.
PMS6	Sim	2ª Diretriz - Potencialização e priorização da Atenção Primária à Saúde. 1º Objetivo -Qualificar a Atenção Primária à Saúde, por meio da ampliação do acesso, da integralidade, com longitudinalidade e coordenação do cuidado, a partir das necessidades das pessoas. Meta 5. Implantar o horário de funcionamento estendido (até 22 horas) em 8 Unidades de Saúde . 11ª Diretriz -Ambiência da infraestrutura e fixação dos profissionais nos serviços. Meta 65. Ampliar e qualificar a estrutura das unidades de Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada conforme revisão, atualização e pactuação anual da planilha de obras junto aos distritos sanitários e ao controle social.(p. 206) Anexo 6 – Propostas da VII Conferência Municipal de Saúde Ampliar o horário de atendimento das equipes de Atenção Primária e o número de profissionais das mesmas, com a implantação do terceiro turno em todas as regiões do município para contemplar a população

		<p>Adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas de vigilância sanitária nos aspectos referentes a biossegurança, acessibilidade e com equipe de segurança do trabalho.</p> <p>Ampliar e garantir os recursos para reforma, construção e manutenção da infraestrutura dos serviços de saúde, respeitando padrões técnicos de construção, assegurando a acessibilidade.</p>
--	--	--

Fonte: PMS1, PMS2, PMS3, PMS4, PMS5, PMS6, 2018-2021.

A partir da análise dos seis planos municipais de saúde do quadriênio 2018-2021, a referência sobre PMAQ foi identificada nos planos de PMS2, PMS3 e PMS6.

Sobre a análise situacional da APS, que corresponde a leitura da situação até a elaboração do plano atual, ou seja, anterior a 2018, consta a cobertura da APS naquele ano, por exemplo, 47,36% em PMS1, 43,95% em PMS2, 45,21% em PMS3, 62,6% em PMS5 e 62,5% em PMS6. Sobre as condições estruturais das unidades, toma-se como exemplo dois planos. O PMS2 refere 79 unidades de saúde construídas em modelo com infraestrutura que não atende aos requisitos mínimos exigidos para uma unidade básica e esforços para garantir a retomada de reformas inacabadas e paralisadas, e melhoria da capacidade instalada. Já o PMS3 refere que as unidades não dispõem de insumos, equipamentos e medicamentos suficientes para atender à demanda de todas as unidades, inclusive, apresentam infraestrutura inadequada para acolher os usuários.

Quantos aos objetivos e metas assumidas nos planos de saúde analisados, cabem algumas considerações. No plano de saúde de PMS2 há referência de esforços voltados para expansão da rede física de serviços e melhoria da capacidade instalada, ao longo do período de 2013 a 2016, ainda que tenha sido destacada as limitações orçamentárias impostas pelo contexto econômico. Entretanto, a meta para ampliação e reforma de unidades foi incorporada na versão deste plano. A reforma e ampliação das UBS já existentes também se constituiu meta no PMS1. No PMS3 a expansão da rede com "construção, ampliação, reforma e aparelhamento" dos serviços do SUS foi explicitado, estando definidas metas quanto a reformas e compromisso para equipar as unidades básicas de saúde, assim como no PMS5. Em PMS6, também toma por compromisso "ampliar e qualificar a estrutura das unidades de Atenção Primária à Saúde".

Para além da estrutura física predial e de equipamentos para o desenvolvimento dos serviços, os Planos pouco trouxeram sobre a ambiência. Sobre isso, o PMS6 tem destaque, uma vez que estabelece como uma das metas para qualificar a APS a implantação de horário de funcionamento estendido (até 22 horas) em algumas das Unidades de Saúde.

Cumprir destacar, como exemplo, que o PMS6, incluiu as propostas da Conferência Municipal de Saúde anexadas no documento, dentre elas a ampliação do horário de atendimento das equipes de APS e o número de profissionais. Outras propostas que emergiram dessa conferência estão citadas no plano, das quais,

destacam-se: "adequar todos os serviços de saúde, de acordo com as normas de vigilância sanitária nos aspectos referentes a biossegurança, acessibilidade e com equipe de segurança do trabalho" e "ampliar e garantir os recursos para reforma, construção e manutenção da infraestrutura dos serviços de saúde, respeitando padrões técnicos de construção, assegurando a acessibilidade".

Quanto a insuficiência de insumos e medicamentos, alguns planos destacaram seu compromisso com a implementação da assistência farmacêutica, por exemplo, PMS2 definiu como meta assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, através do acompanhamento e monitoramento dos recursos para execução dos mesmos; PMS3 definiu como meta a disponibilização de 80% de abastecimento de medicamentos essenciais nas unidades e em tempo adequado; PMS4 também assumiu garantir 80% do abastecimento de medicamentos da lista do Remume para o município; e, PMS5 assumiu como meta até 2021 garantir o abastecimento de todas as unidades com insumos e medicamentos necessários para o seu funcionamento, reduzindo o índice de desabastecimento médio para níveis aceitáveis de 15%.

Quanto aos outros elementos que definem as dimensões de estrutura dos serviços de saúde, alguns não foram citados e outros raramente ou sem destaque como meta.

6 DISCUSSÃO

As evidências destacaram que a adequação das condições estruturais das unidades básicas de saúde das capitais brasileiras encontra-se majoritariamente abaixo de 50% para todas as dimensões de análise, exceto em acessibilidade que obteve melhor resultado geral, adotando-se como referência os protocolos utilizados. Chama atenção que as dimensões de estrutura física e equipamentos, obtiveram os mais baixos percentuais dentre as unidades avaliadas nas capitais do Brasil.

Observou-se diferenças nas condições estruturais das unidades de acordo com a região, com piores resultados para ambiência e medicamentos em capitais da região Norte e Nordeste. Esse resultado vai ao encontro dos achados na literatura sobre avaliação dos serviços de saúde de acordo com as regiões. Estudos mostraram desigualdades regionais em relação à estrutura das UBS, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram a maior precariedade nos serviços em relação à estrutura física, materiais e insumos (NEVES et al, 2018; TOMASI et al, 2017; TOMASI et al, 2015; FACCHINI et al, 2006). Considerando as regiões, houve diferenças significativas entre as capitais na maioria das dimensões, exceto em estrutura física em que todas tiveram baixa adequação e acessibilidade que todas tiveram alta adequação.

Sobre a dimensão de recursos humanos, este estudo evidenciou que a baixa adequação dessa dimensão foi devido à falta do gerente exercendo a atividade de forma exclusiva. Esse fato implica na multiplicidade de tarefas assumidas pelo profissional e conseqüentemente na efetividade do seu trabalho, apontando a necessidade de dedicação para a responsabilidade de articular recursos e necessidades do serviço, para coordenar o processo de trabalho das equipes em acordo com os objetivos e finalidades da APS e com os trabalhadores e participação dos usuários contribuir para efetivação de um trabalho capaz de promover a saúde como direito e condição de cidadania, segundo Nunes et al (2018). Contudo estes autores apontam obstáculos principalmente aos itens externos à governabilidade da própria unidade, tais como falta de recursos humanos e espaço físico.

Outro estudo apresenta como resultado positivo a presença do gerente, porém não discrimina a exclusividade da atividade (LUZ, AQUINO, MEDINA, 2018). A

Política Nacional de Atenção Básica ressalta essa necessidade de gerência local, recomendando que este se dedique apenas a esta função (BRASIL, 2017a).

No que se refere a acessibilidade, a ausência de totem externo e corrimão foram problemas encontrados nas unidades de saúde neste e em outro resultado (MARTINS, 2016). Estudos destacam as sinalizações como condições favorecedoras desse aspecto (RIBEIRO et al, 2015; GARCIA et al, 2015). Quanto aos demais aspectos de acessibilidade deste estudo, como piso tátil e adequações para cadeira de rodas, se configuram como direitos fundamentais do acesso aos serviços de saúde, garantidos pela Constituição Federal, além de possibilitar um atendimento adequado ao público de DM, com sequelas e mobilidade restrita (BRASIL, 1988).

Vale ressaltar que tais características estruturais são essenciais para garantir a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, cadeirantes e com dificuldades de locomoção, também previstas no campo de intervenção da Política Nacional de Deficiência a partir de desvantagens e incapacidades decorrentes da DM (BRASIL, 1999; BRASIL, 2008).

Quanto à organização e informação sobre oferta de ações e serviços, os resultados demonstram fragilidades pela falta de funcionamento das unidades no horário de almoço e em horário flexíveis corroboradas em outros estudos (GARCIA, 2014; LUZ, AQUINO, MEDINA, 2018). O funcionamento das unidades em horários alternativos pode representar a ampliação do acesso aos usuários impedidos de comparecer ao serviço em horário comercial e que poderiam se beneficiar de um atendimento em horários flexíveis, em especial, o atendimento à população masculina que com frequência se refere à incompatibilidade de horários como o fator determinante para a não procura por serviços de saúde nessas unidades.

De acordo com os dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2018), as mulheres ainda representam o maior percentual de acometimento pela DM, entretanto, o aumento da prevalência nos homens tem sido expressivo, representando 54% entre 2006 à 2018 para os homens e 28% para as mulheres. Esses dados chamam a atenção para organização e disponibilização de serviços, assim como, para a sensibilização da população masculina sobre a necessidade de acompanhamento pelos serviços de saúde.

Em relação à estrutura física, os resultados revelam que ainda persistem problemas nas unidades de saúde como a falta de sanitário para deficiente, dispensação de medicamentos na unidade, áreas da farmácia, consultórios, sala para

nebulização, sala para coleta, sala para curativo, procedimentos e observação. Estudo anterior na atenção às pessoas com diabetes nos Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade trouxe a baixa adequação nesse aspecto pelo conjunto de itens avaliados, tais como consultório clínico, farmácia, recepção, sala de acolhimento e reunião (NEVES et al, 2018).

Apesar dos resultados positivos e dos recursos investidos na AB advindos do PMAQ-AB e do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que direciona investimentos financeiros para a construção, reforma e ampliação de unidades básicas, constituindo-se em importante intervenção na infraestrutura de serviços do SUS, ainda há inadequação ou insuficiência de estrutura nas UBS, principalmente nos estados do Norte e do Nordeste, possivelmente associados ao baixo desenvolvimento econômico e oferta de serviços. Em contraposição, as regiões Sul e Sudeste, mais desenvolvidas e com maior número de serviços, apresentam resultados mais satisfatórios quanto à infraestrutura (BROCARDI et al, 2018).

Para que a atenção às pessoas com DM seja realizada de forma adequada, a gestão municipal da saúde deve garantir que as UBS possuam espaços físicos adequados de acordo com os o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2008) e elementos presentes no instrumento de avaliação externa do PMAQ como sala de nebulização, sala de coleta para exames, sala de curativo, sala de procedimentos, sala de observação, sala de administração e gerência, sala de atividades coletivas, consultórios clínicos, sala de vacina, sanitário para pessoa com deficiência, ambientes de farmácia, almoxarifado, Depósito de Material de Limpeza (DML), Depósito de resíduos sólidos e área de área para embarque e desembarque de ambulância (BRASIL, 2017b).

O Programa Requalifica UBS, instituído pelo MS em 2011, esteve direcionado para a estruturação e o fortalecimento da APS com repasses financeiros aos municípios habilitados nos componentes de construção, reforma ou ampliação de UBS nos municípios, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e emendas parlamentares (GIOVANELLA et al, 2016). A partir destas ações, o programa visava favorecer condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da APS (BRASIL, 2011d).

Quanto à ambiência, este estudo evidenciou a falta de acústica na maioria das unidades de saúde para evitar ruídos do ambiente externo e interno. O Ministério da

Saúde adota o conceito de ambiência de forma ampla como um espaço social, profissional e de relações interpessoais que possibilitem atenção de forma resolutiva, humana e acolhedora, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde (GARCIA, 2014; BRASIL, 2017a). Outro estudo conclui que a ambiência é influenciada pela estrutura e pela interação estabelecida entre os profissionais de saúde (CUBAS et al, 2017).

Nesse sentido, as condições satisfatórias estruturais das unidades de saúde cooperam para o processo de trabalho de modo que o ambiente, a ausência de ruídos, ventilação, iluminação acrescentam qualidade para a prestação do cuidado às pessoas com DM e aos usuários em geral.

Sobre a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos, os achados revelam que há uma baixa adequação das unidades de saúde no conjunto de itens. Neste estudo observou-se a ausência de geladeiras exclusivas para medicamentos em muitas unidades, corroborando com outros resultados (NASCIMENTO et al, 2016). Apenas unidades de saúde que disponham de todos os equipamentos, materiais e insumos avaliados podem cumprir integralmente a atenção às pessoas com diabetes, uma vez que a disponibilidade do conjunto de itens elencados pode ser considerada como situação ideal para o acompanhamento de saúde. Os achados apontam uma variação entre capitais importante quanto a presença de tiras reagentes para glicemia capilar e do aparelho de pressão do adulto. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº36 - Estratégias para o enfrentamento das DCNT: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013), estes elementos são essenciais para o monitoramento da glicemia e monitoramento pressórico dessas pessoas a fim de controle e prevenção de complicações.

Quanto à disponibilidade de medicamentos, os resultados deste estudo expressam situação desfavorável para ampolas de glicose a 50%, medicações para urgência e insulinas. A baixa disponibilidade de insulina para atenção às pessoas com diabetes na APS também pode estar relacionada ao financiamento e ausência de geladeiras para seu condicionamento (MENDES et al, 2014, NASCIMENTO et al, 2017). Esses medicamentos são imprescindíveis para o cuidado às pessoas com diabetes e devem estar sempre disponíveis à população.

O acesso a medicamentos e a garantia de tratamento medicamentoso adequado propiciam controle mais efetivo da DM, o que possibilita a redução da morbimortalidade e a melhoria da saúde e qualidade de vida do usuário. Conforme

regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no SUS (NASCIMENTO et al, 2017), os municípios podem estabelecer os medicamentos para compor a relação municipal de medicamentos que atendam à necessidade local, desde que os itens sejam contemplados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente. Entretanto, esta autonomia não pode gerar prejuízos para o atendimento aos agravos prevalentes.

Os medicamentos Insulina Humana NPH e insulina humana regular compõem o Grupo de Medicamentos de Hipertensão e Diabetes, no entanto, cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana e da insulina humana regular aos Municípios (BRASIL, 2013c).

Embora as características estruturais de um serviço de saúde isoladamente não possam garantir a qualidade assistencial, é possível dizer que estruturas adequadas facilitam uma melhor atenção à saúde. A relação entre os elementos estruturais e operacionais dos serviços de saúde é capaz de produzir análises que não estão relacionadas com efeitos diretos na saúde da população, mas com a forma para se obter os melhores resultados em saúde (DONABEDIAN, 1986; SILVA; FORMIGLI, 1994, GIOVANELLA et al, 2016).

Diante das dimensões e respectivas variáveis aqui discutidas, as condições estruturais das unidades de saúde se constituem como problema relacionado ao serviço e sistema de saúde e, portanto, demandam iniciativas e compromisso dos gestores para a melhoria dessa situação. Nesse sentido, os planos de saúde devem considerar a análise situacional das condições de saúde das pessoas, bem como, dos serviços de saúde para constituir as diretrizes, objetivos e metas que devem direcionar as ações da gestão no quadriênio.

De modo complementar aos resultados sobre as condições de estrutura das unidades, este estudo selecionou alguns planos de saúde das capitais avaliadas pelo PMAQ e buscou nestes documentos a referência feita ao programa, assim como a consideração dos elementos estruturais para a análise dos serviços e se estes foram incluídos nos objetivos e metas desenhados como compromissos da gestão.

No conjunto dos seis planos municipais de saúde analisados, com representação de ao menos uma capital por região brasileira, pode-se constatar que metade não mencionou o PMAQ.

O PMAQ foi publicado pela portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, do Ministério da Saúde, e surgiu a partir da experiência da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) enquanto ferramenta que integrou suas ações do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), desenvolvido em 2003, e que teve como objetivo avaliar o cuidado ofertado na APS (ALELUIA; ALMEIDA; MEDINA, 2015). A citação ao PMAQ nos planos municipais de saúde foi de interesse deste estudo, pois este programa propunha aprimoramento do acesso e da qualidade da APS, tendo em vista os critérios pactuados com os municípios para cada ciclo de avaliação (BRASIL, 2017). Os municípios que aderiram ao PMAQ foram avaliados em seus aspectos estruturais e organizacionais, de modo que a situação das unidades de saúde sinaliza para as potencialidades e capacidade de resposta aos problemas de saúde e principalmente a influência sobre as condições sensíveis à Atenção Primária, a exemplo da Diabetes. Nesse sentido, a situação de saúde evidenciada com a avaliação do PMAQ deve ser citada no capítulo de análise de situação nos planos de saúde, para com base nisso serem definidas as diretrizes, objetivos e metas voltadas para melhoria do acesso e qualidade na AB.

Sobre os elementos estruturais das unidades, os planos de saúde analisados pouco referiram sobre a ambiência, a gerência de serviços de saúde, o funcionamento e a informação sobre as unidades de saúde. Os planos destacaram a necessidade de reformas em unidades de saúde, inclusive com definição de objetivos e metas a esta relacionadas. Também foi registrado, em dois planos, sobre a necessidade de equipar e reequipar as unidades. Há que destacar que tais aspectos são importantes para o acesso da população aos serviços públicos de saúde, influenciando diretamente sobre a qualidade da atenção prestada, de modo que circunda aspectos da estrutura e que repercute sobre os processos e resultados.

Achados de outros estudos evidenciaram relações existentes entre estrutura, processo de trabalho e qualidade dos serviços da ESF no País (TOMASI et al, 2017; BARCELOS et al, 2018, FACCHINI et al, 2018).

Segundo estudo sobre ações voltadas ao controle do DM, (BORGES, LACERDA, 2018) aponta que o compromisso político é entendido como a responsabilidade da gestão pública municipal pelo desenvolvimento de estratégias que operacionalizem as políticas e os programas considerados prioritários para o município. Para que os princípios e as diretrizes do SUS sejam cumpridos, as

estruturas administrativas e organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem ser entendidas como uma responsabilidade primária e intransferível dos gestores municipais e estar coerentes com o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. Parte dos problemas enfrentados no sistema de saúde, na esfera municipal, dá-se pela falta de clareza quanto às competências e responsabilidades dos gestores para a garantia do direito à saúde na agenda governamental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das condições estruturais de unidades de saúde nas capitais brasileiras mostrou a necessidade de adequação para a maioria delas em algum (ns) dos aspectos analisados, além de aspectos relacionados à estrutura física a fim de alcançar a qualidade na atenção às pessoas com DM.

Este estudo revela aspectos das dimensões de estrutura das unidades de saúde das capitais brasileiras, o que evidencia as particularidades, potencialidades e fragilidades que merecem ser consideradas para definição da agenda e direcionamento das ações pela gestão em saúde.

Há que destacar que as condições de inadequação apontadas neste estudo podem trazer impactos negativos na qualidade da atenção às pessoas com diabetes na APS.

As condições estruturais das unidades de saúde devem se constituir compromisso da gestão para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, este estudo evidenciou, que muitos elementos relacionados à estrutura das unidades, detalhados neste estudo em seus percentuais de adequação, ainda não têm destaque nos planos de saúde de capitais brasileiras, não se constituindo, portanto, objetivo/meta a ser alcançada.

Este estudo teve como limites a utilização de uso de dados secundários do PMAQ-AB uma vez que as informações para avaliação da estrutura não correspondem ao total das unidades de saúde dos municípios, excluindo-se aquelas que não aderiram ao programa, além da indisponibilidade de alguns planos municipais para análise documental.

Entretanto, o programa se constituiu como potente para o diagnóstico das condições estruturais das unidades de saúde e sua interrupção pode acarretar em prejuízo tanto para o investimento em estrutura quanto para a indução de melhorias através da avaliação desses aspectos de forma Institucionalizada.

Ressalta-se a necessidade de realização de novos estudos que avaliem os efeitos da estrutura para qualidade da atenção às pessoas com DM, bem como de estudos sobre a contribuição deste programa nos aspectos estruturais.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Í. R. S.; ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M.G. A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: contribuições para a análise. In: ALMEIDA, P.F de; SANTOS, A.M.S; SOUZA, M.K.B. organizadores. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado e Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.309p.

ANDERSEN, R. M. **Behavioral Model of Families' Use of Health Services**. Research Series. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1968. n.25.

ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 51, p. 95-124, 1973.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v. 36, p. 1-10, 1995.

BALDANI, M. H. et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 145-162, set. 2018.

BARCELOS, M. R. B. et al . Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 67, 2017 .

BARROS, R. D. **Acesso a medicamentos na atenção básica: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica no Brasil**. 62 f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.

BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 162-178, Jan. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei orgânica de saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, Distrito Federal, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, 2008. 52 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, Distrito Federal: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde Sistema de **Planejamento do SUS : uma construção coletiva : organização e funcionamento**. Brasília, 2009. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1).

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, Distrito Federal: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011a. 291p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, v. 1).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. Brasília., 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde**. 2011d .Disponível em:<https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>. Acesso em: 16 de maio de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, 20 fev. 2013a.Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2013b. 160 p.

BRASIL. **Portaria nº 1555, de Nº 1.555, de 30 de Julho de 2013**.Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Unico de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Brasília,2014. 160 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.**A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. –Brasília: CONASS, 2015.133 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2017)**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília:, 2019. 132.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 130-144, Sept. 2018.

CACCIA-BAVA, M.C.G.G et al. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1651-1659, mai.2017.

CAMERON, A. et al. *The world medicines situation 2011: medicines prices, availability and affordability*. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf>

CHAVES, L.A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00201515, 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-47, 1997.

CUBAS, M. R. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, Apr. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200471&lng=en&nrm=iso>. accesson 11Apr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711310>.

CUNHA, A.B; VIEIRA-DA-SILVA, L. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Pública Mex.** v 28, n.3, p.324–327, 1986.

DONABEDIAN, A. **Evaluation de localidad de la atención médica**. In: **Investigaciones sobre Servicios de Salud (OPAS)**. Washington, D. C.: OPAS/OMS. (Serie Publicación Científica nº 534), 1997. p.382-404

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in healthcare**. Oxford: University Press; 2003. 200 p.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. vol. I, pp. 77-125.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-97, 1993.

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**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FACCHINI LA, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva** 2006; 11:669-81.

FACCHINI, L. A., TOMASI, E., DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 7 Abril 2021], pp. 208-223. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, v.27, p. 438-53, 1985.

GARCIA, A.C.P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate**, vol.38, n.spe, p.221-236, 2014.

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 221-236, out. 2014.

GARCIA ACP, ANDRADE MAC, CONTARATO PC, TRISTÃO FI, ROCHA EMS, RABELLO AE, et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigil Sanit Debate**. 2015;3(2):36-41.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, set. 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 189-190.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 09 [Acessado 11 Abril 2021], pp. 2697-2708. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>.

GUIMARAES, W.S.G et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018.

HARTZ, ZMA (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case for tracers. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 288, n.4, p. 189-194, 1973.

LIMA, C.A. et al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, Brasil. **Trab. educ. saúde**, vol.17, n.1, e0018710, 2019.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção das condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras**. 2011. Tese (Doutorado em epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LUZ, L.A.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, vol.42, n. spe2, pp.111-126, 2018.

MATUS, Carlos. O Plano como Aposta. Tradução: Frank Roy Cintra Ferreira. São Paulo em Perspectivas, v. 5, n. 4, p. 28-42, out.-dez./1991.

MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3153-3160, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003153&lng=en&nrm=iso>. access on 08Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>.

MEDEIROS, A. C. C. M. **Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabetes melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

MENDES, E.V. **Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, L.V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 109-23, 2014.

MENGUE, S.S. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 4s, 2016.

MOTA, R.R.A; DAVID, H.M.S.L. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al . Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 2, 10s, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300303&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2021. Epub 13-Nov-2017. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007062>.

NEVES, R.G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, vol.34, n.4, e00072317, 2018.

NONCOMMUNICABLE DISEASE RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. **Lancet**. 2016;387(10027):1513–30.

NUNES, L. O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata”. **Revista panamericana de salud publica** vol. 42 e175. 27 Nov. 2018.

OLIVEIRA, L.C.F; ASSIS, M.M.A; BARBONI, A.R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 853, 2011.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.

PAIM, J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Vagner. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PAIM , J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. 2012; 6736(11):60054–8.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **MedCare**; v. 19, p.127-140,1981.

PEREIRA-LIMÃO, N. et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. **Rev. bras. promoç. Saúde**, v.29, n. 1, p. 84-92, jan.-mar,2016.

PINTO, L.F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção

básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun, 2018.

PINTO, H.A; SOUSA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H.A; SOUSA, A.N.A; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**. Londrina. Vol. 38, n.esp.(out. 2014), p. 358-372, 2014.

POCAS, K.C; FREITAS, L.R.S; DUARTE, E.C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde** vol.26, n.2, pp.275-284, 2017.

PRADO, N.M.B.L. **Avaliação da qualidade técnica de intervenções em saúde**. Texto elaborado para a unidade 2 do curso de especialização em saúde coletiva com área de concentração em monitoramento, avaliação e informação estratégica em saúde. Salvador, 2019. 19p.

PROTASIO, A.P.L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 209-220, out. 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. **CienSaudeColet**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, jun. 2017.

RIBEIRO JP, MAMEDE SN, SOUZA MR, SOUZA MM, ROSSO CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. **RevEletr Enf**. 2015 jul-set;17(3):1-11

RIBEIRO JUNIOR, O.C. **Avaliação da assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde no Brasil com base no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. /Orácio Carvalho Ribeiro Junior. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.113 f.Dissertação(Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) -Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

SÁ-SILVA, J. R. ;ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009.

SANTOS, R.S.A.F. **Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife – Pernambuco**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015

SANTOS, A. F. et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00172815, 2017.

SILVA L, Formigli V. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saude Publica** v. 10, n. 1, p. 80–91, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TANAKA, O. Y.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.8, n.3, p. 325-332, jul./set. 2008.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: ISC, 2001.

_____. Epidemiologia e planejamento de saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 515-531.

_____. Enfoques metodológicos do planejamento em Saúde. In: _____ Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: **EDUFBA**, 2010, p. 17-32.

TINÔCO, D. S.; SOUZA, L. M.; OLIVEIRA, A. B. Avaliação de políticas públicas: modelos tradicional e pluralista. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n. 2, p. 305-313, jul./dez. 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004, v. 20 Sup 2, p.190-198.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 14. Reimp. - São Paulo : Atlas, 2006. 175 p.

TOMASI, E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, jun. 2015.

TOMASI E, CESAR MADC, NEVES RG, SCHMIDT PRC, THUMÉ E, SILVEIRA DS, et al. Diabetes care in Brazil: Programto Improve PrimaryCare Access andQuality- PMAQ. **J Ambul Care Manage** 40 Suppl 2:S12-23, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão**/Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis. - São Luís, 2016.52f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade IV).

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018.

VIANA, I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, e2018060, 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: **Hartz & Silva (orgs) Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador; Rio de Janeiro, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

VILASBÔAS, A. I. **Planejamento e programação das ações de Vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 68 p.

VILASBÔAS A. L. Q., PAIM J. S. 1240. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun, 2008.

VUORI, H. V. Quality Assurance of Health Services. **Concepts and Methodology**. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1982.

VUORI, Hannu. **A qualidade da saúde**. Seminário de avaliação dos serviços de saúde- Aspectos metodológicos, OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. novembro (21 a 25) de 1988.

APÊNDICE A-Matriz de análise

Dimensões para análise	Variáveis	Fontes de verificação	Padrões	Qualificação
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Gerência da unidade 	<p>I.3.3 Existe pessoa responsável pela gerência da unidade?</p> <p>I.3.4 Este profissional organiza seu trabalho de que maneira?</p>	<p>Fonte: Política Nacional de Atenção Básica,2017.</p> <p>- Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial.</p>	<p>-Adequado: UBS com 1 gerente designado fora da equipe mínima.</p> <p>-Intermediário: UBS cuja função de gerente seja desenvolvida por alguém da equipe ou fora dela.</p> <p>-Inadequado: UBS que não dispor de gerente.</p>

Sinalização externa	<ul style="list-style-type: none"> Sinalização externa 	<p>I.4.1.1 Totem externo conforme recomendação do MS</p> <p>I.4.1.2 Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização</p> <p>I.4.1.3 Faixa na parede da entrada da unidade de saúde</p> <p>I.4.1.4 Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde</p> <p>I.4.1.5 Nenhuma das anteriores</p>	<p>Fonte: Instrumento do PMAQ, 2017.</p> <p>Recomenda-se a sinalização externa com ...Totem externo conforme recomendação do MS Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (Geral) Faixa na parede da entrada da unidade de saúde</p>	<p>-Adequado: UBS deve dispor de todos os itens de sinalização externa: Totem externo conforme recomendação do MS ,Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (Geral) , Faixa na parede da entrada da unidade de saúde.</p> <p>- Inadequado: USF que não disponha de algum dos itens de sinalização externa: Totem externo conforme recomendação do MS ,Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (Geral) ,Faixa na parede da entrada da unidade de saúde.</p>
Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> Adaptação para cadeirantes Sinalização de ambientes Todos os ambientes com sinalização- placa-facilitando o acesso(por exemplo: 	<p>I.4.2.1 Entrada externa adaptada para cadeira de rodas</p> <p>I.4.2.2 Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc.)</p>	<p>Fonte: Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde – Saúde da Família, 2008 (2ª edição), adaptado com a disponibilidade no instrumento PMAQ.</p>	<p>- Adequado: USF com entrada, portas e corredores adaptados à cadeirantes, cadeira de rodas disponível, suporte de apoio para locais não nivelados e todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro).</p>

	<p>recepção, consultório, banheiro).</p>	<p>I.4.2.3 Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas</p> <p>I.4.2.4 Piso tátil para acesso as dependências da unidade</p> <p>I.4.2.5 Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas</p> <p>I.4.2.6 Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário</p>	<p>Apresentar características estruturais que garantam a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais: Para cadeirante ou com dificuldade de locomoção - Barras de apoio / Calçada da entrada em boas condições (piso regular, sem desníveis nem buracos), com facilidade de deslocamento para pessoas com necessidades especiais / Porta e corredor de entrada e internas adaptadas para cadeira de rodas / Rampa de acesso / Barras de apoio / Corrimão; Bebedouros adaptados / Possuir piso regular, firme e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas.</p>	<p>- Inadequado: USF que não disponha de alguma dessa condições: entrada, portas e corredores adaptados à cadeirantes, cadeira de rodas disponível, suporte de apoio para locais não nivelado e todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro).</p>
		<p>I.4.2.7 Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro)</p> <p>I.4.2.8 Nenhuma das anteriores</p>		

<p>Organização e informação sobre oferta de ações e serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Divulgação de informações: horário e de funcionamento, ações e serviços, escala de profissionais, e contato com Ouvidoria ● Identificação dos profissionais ● Horários e dias de funcionamento da unidade ● Manutenção de todas atividades no horário de almoço 	<p>I.4.3.1 O horário de funcionamento da unidade de saúde</p> <p>I.4.3.2 A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe</p> <p>I.4.3.3 A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho</p> <p>I.4.3.4 O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde</p> <p>I.4.3.5 Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco).</p> <p>I.4.3.6 Nenhuma das anteriores</p> <p>I.4.4 Há horário fixo de funcionamento da unidade?</p>	<p>Fonte: Política Nacional de Atenção Básica, 2017.</p> <p>Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se:</p> <p>identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento. Funcionar, no mínimo, 40h semanais</p> <p>Recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.</p>	<p>-Adequado: USF deve funcionar 40 horas semanais e manutenção de suas atividades no horário de almoço, ter divulgação do horário de funcionamento (horário fixo, horário flexível ao atendimento de necessidades conforme dinâmica do território e durante o período de almoço), da oferta de ações e serviços, da escala e identificação dos profissionais e do contato da ouvidoria.</p> <p>-Intermediário: USF com funcionamento de 40 horas semanais, porém sem horários flexíveis e manutenção das atividades no horário de almoço, e com divulgação de funcionamento, da oferta de ações e serviços, da escala e identificação dos profissionais e do contato da ouvidoria.</p> <p>- Inadequado: USF que não funcione 40 horas semanais e que não tenha divulgação ao menos uma das informações - horário de funcionamento (fixo e durante o período de almoço), oferta de ações e serviços, escala e identificação dos profissionais, contato da ouvidoria.</p>
--	--	---	--	--

		<p>I.4.5.1- I.4.5.7.2 Horários e dias de funcionamento</p> <p>I.4.6 Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?</p>		
Estrutura física	<ul style="list-style-type: none"> ● Recepção ● Sala de Nebulização ● Sala de coleta para exames ● Sala de curativo ● Sala de procedimentos ● Sala de observação ● Sala de administração e gerência ● Sala de atividades coletivas, ● Sala para os ACS ● Consultórios clínicos ● Sala de vacina ● Sanitário para os usuários 	<p>I.6.1 Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?</p> <p>I.6.1.1 – Geral-Sanitário para os usuários</p> <p>I.6.1.2- Sanitário para pessoa com deficiência</p> <p>I.6.1.5 -Sala exclusiva para recepção/espera</p> <p>I.6.1.6- Sala exclusiva de vacina</p> <p>Sobre os ambientes da farmácia:</p> <p>I.6.2.1-Área para dispensação de medicamentos</p> <p>I.6.2.2- Área para fracionamento</p> <p>I.6.2.3-Área para seguimento farmacoterapêutico</p>	<p>Fonte: Política Nacional de Atenção Básica, 2017.</p> <p>Para a Unidade Básica de Saúde recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem (2), consultório com sanitário (1), sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais</p> <p>a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de</p>	<p>Adequado:</p> <p>USF deve dispor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sala de exclusiva de Nebulização ● Sala exclusiva de coleta para exames ● Sala exclusiva de curativo ● Sala exclusiva de procedimentos ● Sala exclusiva de observação ● Sala exclusiva de administração e gerência ● Sala exclusiva de atividades coletivas, ● Sala exclusiva para os ACS ● Consultórios clínicos ● Sala exclusiva de vacina ● Sanitário para os usuários ● Sanitário para pessoa com deficiência

	<ul style="list-style-type: none"> ● Sanitário para pessoa com deficiência ● Ambientes da Farmácia ● Almoxarifado ● DML ● Depósito de resíduos (Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos conforme PMAQ) ● Área para embarque e desembarque de ambulância 	<p>I.6.2.4-Área para estocagem de medicamentos</p> <p>I.6.3.1 a I.6.3.4 - Consultórios clínicos</p> <p>I.6.3.5- Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva</p> <p>I.6.3.6- Sala exclusiva para coleta de material para exames</p> <p>I.6.3.7-Sala exclusiva para curativo</p> <p>I.6.3.8- Sala exclusiva para procedimentos</p> <p>I.6.3.9- Sala exclusiva para observação (curta duração)</p> <p>I.6.3.11-Sala exclusiva para administração e gerência</p> <p>I.6.3.12-Sala exclusiva para atividades coletivas</p> <p>I.6.3.13-Sala exclusiva para os ACS</p> <p>I.6.3.14-Local exclusivo para almoxarifado</p> <p>I.6.3.18-Local exclusivo para</p>	<p>acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público, entre outros ambientes conforme a necessidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Farmácia: Área para dispensação de medicamentos ● Farmácia: Área para fracionamento ● Farmácia: Área para seguimento farmacoterapêutico ● Farmácia: Área para estocagem de medicamentos ● Farmácia: Armazenamento de medicamentos ● Farmácia: Disponibilidade de computadores ● Almoxarifado ● DML ● Depósito de resíduos (Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos conforme PMAQ) ● Área para embarque e desembarque de ambulância <p>Intermediário: USF deve dispor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sala exclusiva para recepção/espera ● Sala de exclusiva de Nebulização
--	---	---	--	---

		<p>depósito de material de limpeza (DML) I.6.3.19-Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos I.6.3.23- Área para embarque e desembarque de ambulância</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Sala exclusiva de coleta para exames ● Sala exclusiva de curativo ● Sala exclusiva de procedimentos ● Sala exclusiva de observação ● Sala exclusiva de atividades coletivas, ● Consultórios clínicos ● Sala exclusiva de vacina ● Sanitário para os usuários ● Sanitário para pessoa com deficiência ● Um ambiente de farmácia ● Almoxarifado ● DML ● Depósito de resíduos (Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos conforme PMAQ) <p>Inadequado: Se a UBS não tiver um desses itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sala exclusiva para recepção/espera ● Sala de exclusiva de Nebulização ● Sala exclusiva de coleta para exames ● Sala exclusiva de curativo
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> ● Sala exclusiva de procedimentos ● Sala exclusiva de observação <p>Consultórios clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sala exclusiva de vacina ● Sanitário para os usuários ● Sanitário para pessoa com deficiência ● Almojarifado ● DML ● Depósito de resíduos (Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos conforme PMAQ)
Ambiência	<p>Ventilação e climatização de ambientes</p> <p>Iluminação dos ambientes</p> <p>Pisos e paredes laváveis</p> <p>Acústica</p> <p>Privacidade do usuário nos consultórios</p>	<p>I.6.4.1 Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização</p> <p>I.6.4.2 Os ambientes são bem iluminados</p> <p>I.6.4.3 Os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis</p> <p>I.6.4.4 A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno</p> <p>I.6.4.5 Os consultórios da unidade de saúde</p>	<p>Fonte: Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde – Saúde da Família, 2008 (2ª edição), RDC 50 2002 ANVISA, adaptado com a disponibilidade no instrumento PMAQ.</p> <p>Ambiência: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços</p>	<p>- Adequado: USF com ambiência adequada -consultório (s) que permita privacidade, unidade com acústica que evite ruídos do ambiente externo e interno; iluminação: ambientes claros, com o máximo de luminosidade natural possível; pisos e paredes: com materiais laváveis e superfície lisa, pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante e não provoque trepidação em dispositivos com rodas; limpeza e conservação: em condições adequadas nos banheiros e sala de espera. Sala de espera: com</p>

	<p>Condições de uso e limpeza dos banheiros</p> <p>Condições de uso, adequação e limpeza da sala de espera</p> <ul style="list-style-type: none"> • A sala de espera adequada ao número de usuários 	<p>permitem privacidade ao usuário</p> <p>I.6.4.6 Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza</p> <p>I.6.4.7 A sala de espera está em boas condições de limpeza</p> <p>I.6.4.8 A sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem</p> <p>I.6.4.9 Nenhuma das anteriores</p>	<p>existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros.</p> <p>Ventilação: Recomenda-se que todos os ambientes disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar.</p> <p>Iluminação: Recomenda-se que todos os ambientes sejam claros, com o máximo de luminosidade natural possível.</p>	<p>lugares suficientes para os usuários aguardarem.</p> <p>-Inadequado:USF que não atenda a pelo menos um dos aspectos de ambiência: consultório (s) que permita privacidade; unidade com acústica que evite ruídos do ambiente externo e interno; ou ventilação (ambientes com janelas ou ventilação indireta adequada (exaustores); consultório (s) para atendimento individual e com isolamento acústico); ou iluminação (ambientes claros, com o máximo de luminosidade natural possível); ou pisos e paredes (com materiais laváveis e de superfície lisa, pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante e não provoque trepidação em dispositivos com rodas); ou limpeza e conservação: em condições adequadas nos banheiros e sala de espera. Sala de espera: com lugares suficientes para os usuários aguardarem.</p>
--	--	---	---	--

			<p>Pisos e paredes: os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos devem ser todos laváveis e de superfície lisa. Os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sobqualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas.</p> <p>Fonte: RDC50/ANVISA</p> <p>Acústica: Deve-se evitar ruídos do ambiente externo e interno</p> <p>Há uma série de princípios arquitetônicos gerais para controle acústico nos ambientes, de sons produzidos externamente. Todos agem no sentido de isolar as pessoas da fonte de ruído, a partir de limites de seus níveis estabelecidos por normas brasileiras e internacionais. As normas para controle acústico a seguir devem ser observadas por todos EAS. - Normas da ABNT: NBR10.152- níveis de</p>	
--	--	--	--	--

			<p>ruído para conforto acústico e NBR 12.179 – Tratamento acústico em recintos fechados.</p> <p>Garantia de privacidade aos usuários nos consultórios.</p>	
Equipamento s recursos materiais e insumos	<ul style="list-style-type: none"> ● Balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso ● Aparelho de Pressão Adulto ● Estetoscópio adulto ● Balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso ● Balanças infantis em condições de uso 	<p>I.8.2 Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?</p> <p>I.8.5 Quantos estetoscópios adulto em condições de uso?</p> <p>I.8.9/ I.8.10 Quantas balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?/ Quantas balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso?</p>	<p>Fonte: Caderno 36, adaptado com a disponibilidade no instrumento PMAQ.</p> <p>Existência na US de: balança infantil e balança antropométrica de 150 ou 200 kg em condições de uso, aparelho de pressão para adulto, estetoscópio adulto, régua antropométrica infantil e para adulto, maca/mesa para exame clínico em condições de uso, geladeira exclusiva para medicamentos na farmácia em condições de uso,</p>	<p>Adequado: USF dispor de balança infantil e balança antropométrica de 150 ou 200 kg em condições de uso, aparelho de pressão para adulto, estetoscópio adulto, régua antropométrica infantil e para adulto, maca/mesa para exame clínico em condições de uso, geladeira exclusiva para medicamentos na farmácia em condições de uso, suportes de soro em condições de uso, glicosímetros em condições de uso, kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, recipientes duros para descarte de perfurocortantes, fita métrica, Insumos para atendimento de urgência.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Réguas antropométricas adulto em condições de uso ● Réguas antropométricas infantil em condições de uso ● Macas/mesa para exame clínico em condições de uso ● Geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso ● Suportes de soro em condições de uso ● Glicosímetros em condições de uso ● Kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso 	<p>I.8.11 Quantas balanças infantis em condições de uso?</p> <p>I.8.12 Quantas réguas antropométricas adulto em condições de uso?</p> <p>I.8.13 Quantas réguas antropométricas infantil em condições de uso?</p> <p>I.8.16 Quantas macas/mesa para exame clínico em condições de uso?</p> <p>I.8.22 Quantas geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso?</p> <p>I.8.26 Quantos glicosímetros em condições de uso?</p> <p>I.8.31 Quantos kits de monofilamentos para teste de sensibilidade</p>	<p>suportes de soro em condições de uso, glicosímetros em condições de uso, kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, recipientes duros para descarte de perfurocortantes, fita métrica, e insumos para atendimento de urgência.</p>	<p>- Inadequado: USF não dispor de ao menos 1 dos itens recursos ou equipamentos listados: balança infantil e balança antropométrica de 150 ou 200 kg em condições de uso, aparelho de pressão para adulto, estetoscópio adulto, régua antropométrica infantil e para adulto, maca/mesa para exame clínico em condições de uso, geladeira exclusiva para medicamentos na farmácia em condições de uso, suportes de soro em condições de uso, glicosímetros em condições de uso, kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) em condições de uso, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, recipientes duros para descarte de perfurocortantes, fita métrica, Insumos para atendimento de urgência.</p>
--	--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Tiras reagentes de medida de glicemia capilar • Recipientes duros para descarte de perfurocortantes • Fita métrica • Insumos para atendimento de urgência 	<p>(estesiômetro) em condições de uso?</p> <p>I.12.6 Tiras reagentes de medida de glicemia capilar sempre disponível</p> <p>I.12.7 Recipientes duros para descarte de perfurocortantes sempre disponível</p> <p>I.12.14 Fita métrica sempre disponível</p>		
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Ampolas de glicose 50% • Medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica • Medicamentos insulina para urgência clínica • Dispensação de medicamentos na unidade 	<p>I.14.36 Ampolas de glicose 50% para urgência clínica</p> <p>I.14.48 Medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica</p> <p>I.14.49 Medicamentos insulina para urgência clínica</p> <p>I.15.1 A dispensação de medicamentos é realizada na unidade?</p>		<p>- Adequado: USF dispor de ampolas de glicose 50%, medicamentos hipoglicemiantes para urgência clínica e insulina para urgência clínica, dispensar medicamentos na unidade, glibenclamida, cloridrato de metformina, insulina NPH e regular.</p> <p>- Inadequado: USF não dispor de ampolas de glicose 50% medicamentos hipoglicemiantes ou insulina para urgência clínica ou não dispensar medicamentos na</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Glibenclamida ● Cloridrato de Metformina ● Insulina NPH ● Insulina regular 	<p>I.15.8.1 Glibenclamida em quantidade suficiente?</p> <p>I.15.8.2 Cloridrato de Metformina em quantidade suficiente?</p> <p>I.15.8.3 Insulina NPH em quantidade suficiente?</p> <p>I.15.8.4 Insulina regular em quantidade suficiente?</p>		<p>unidade, glibenclamida, cloridrato de metformina, insulina NPH ou regular.</p>
--	---	--	--	---