

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CRISTIANE FURTADO MALUF

**Urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde: um diagnóstico
situacional, segundo dados do PMAQ-AB**

RIBEIRÃO PRETO

2023

CRISTIANE FURTADO MALUF

**Urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde: um diagnóstico
situacional, segundo dados do PMAQ-AB**

Versão Corrigida

A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) – FMRP – USP.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Científica
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maluf, Cristiane Furtado

Urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde: um diagnóstico situacional, segundo dados do PMAQ-AB / Cristiane Furtado Maluf; orientadora: Luciane Loures dos Santos. – Ribeirão Preto, 2023.
138 p.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo.

1. Atenção primária à saúde.
2. Emergências.
3. Serviços médicos de emergência.
4. Insumos farmacêuticos.
5. Equipamentos e Provisões.

Nome: MALUF, Cristiane Furtado

Título: Urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde: um diagnóstico situacional, segundo dados do PMAQ-AB.

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) – FMRP – USP.

Aprovado em: __/__/__

Banca examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha querida família. Minha mãe Nilma, matemática, professora e bancária dedicada aos estudos e ao trabalho (até hoje, incansavelmente e com prazer), e meu pai, Geris, um engenheiro com um carisma, conhecimento e inteligência vastos, por meio dos estudos e do trabalho árduo construíram nossa família e deixaram seu legado: o conhecimento. Buscá-lo foi algo que tive como ensinamento de vida; obtê-lo, veio por gosto.

A Deus, pelas suas vidas, bem como as de seus pais – meus avós, bisavós e todas as gerações anteriores, que permitiram que eu chegasse até aqui para poder honrá-los. Aos meus tios, primos e afilhados. Aos meus irmãos, companheiros de vida. Ao meu sobrinho Lucas, por quem trago amor imensurável, e às minhas amigas companheiras.

À Prof.^a Luciane e à sua oficina – sua força me inspira; obrigada pela paciência e ensinamentos.

Ao Prof. Amaury, por tamanha grandeza de ser e pela confiança em mim depositada. Às secretárias, colaboradores e docentes do Departamento de Medicina Social. A todos colegas de trabalho que estiveram próximos na assistência junto aos Núcleos de Saúde da Família. Aos profissionais que cuidaram de mim.

A vocês dedico este trabalho, desenvolvido em consonância à minha construção pessoal – a todos, o meu muitíssimo obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Financing Code 001.

EPÍGRAFE

Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de capina com sol quente, que às vezes custa muito a passar, mas sempre passa. E você ainda pode ter muito pedaço bom de alegria...

Cada um tem a sua hora e a sua vez: você há de ter a sua.

(ROSA, João Guimarães. A hora e a vez de Augusto Matraga. In: _____. **Sagarana**. 31. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984. p. 356)

RESUMO

MALUF, C.F. **Urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde: um diagnóstico situacional, segundo dados do PMAQ-AB.** 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como ponto de atenção pré-hospitalar fixo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, precisa estar apta para acolher, prestar o primeiro atendimento e regular, quando necessário, as urgências e emergências (UE). Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), visando aprimorar a assistência prestada em todo o território nacional. Este estudo analisou variáveis relacionados às UE no contexto do PMAQ-AB referentes a infraestrutura (disponibilidade de salas e insumos), o processo de trabalho das equipes (realização de atendimento de urgência, oferta de procedimentos, uso de protocolos, capacitação, observação, remoção, fluxos de regulação e central de regulação médica) e o acesso na perspectiva dos usuários (atendimento de urgência na unidade, tempo de espera, classificação do atendimento e obstáculos ao acesso). Os itens analisados foram extraídos do terceiro ciclo da avaliação externa, concluída em 2018, e agregados segundo porte populacional dos municípios e macrorregiões. Foram realizadas análises descritivas, razão de proporção e o modelo linear generalizado com distribuição Gamma. Foram avaliadas 28.939 unidades de saúde, distribuídas entre região Nordeste (41%), Sudeste (28%), Sul (14%), Norte (7%) e Centro-oeste (7%), representando 41% dos municípios de pequeno, 32% médio e 26% grande porte. Apenas 23% das unidades apresentavam sala exclusiva para observação, menos da metade para curativo (45%) e procedimento (44%). A presença de sala de observação evidenciou disparidades regionais de 33% no Centro-Oeste e 18% no Norte (RP: 1,814; IC: 1,632 a 2,016, $p < 0,0001$). Quanto aos insumos, a disponibilidade de AMBU variou de 17% para o atendimento neonatal a 68% para o adulto. A maioria das equipes afirmou realizar atendimento de UE (94%), possuir insumos para UE (81%), ser capacitada e utilizar protocolos (ambos 88%). Referiram possuir disponibilidade para o usuário permanecer em observação ou ser regulado, quando necessário (ambos 94%), bem como a existência de fluxos definidos (96%) e a presença de central de regulação (94%). Menos de 40% das equipes relataram a realização de Eletrocardiograma nas unidades de saúde, e aquelas lotadas em municípios de pequeno porte apresentaram maior razão de proporção na realização de drenagem de abscesso que municípios de médio (RP: 1,125; IC: 1,107 a 1,144; $p < 0,0001$) e grande porte (RP: 1,350; IC: 1,326 a 1,374; $p < 0,0001$). A principal razão para não realização de drenagem de acesso (21%) e de sutura (26%) foi a falta de materiais/insumos. A maioria dos usuários (89%) que procurou atendimento de UE, foi atendida na unidade de saúde, classificando-o como “Bom”/“Muito bom” (92%). Porém tanto os usuários que não procuram a unidade de saúde (56%) quanto aqueles que não conseguiram atendimento em uma situação de urgência (40%) apontaram que a unidade não atendia UE como a principal razão. Os principais serviços buscados em situações de urgência, quando não se buscou a UBS, foram hospitais públicos (47%) e Unidades de Pronto Atendimento 24h (42%). Observou-se dicotomia entre o

discurso do profissional e o que foi efetivamente encontrado, em relação a presença de insumos. A região Centro-Oeste apresentou mais infraestrutura e o Sul maior proporção de insumos. O Norte apresentou percentuais menores relacionados a presença de ambiência, processo de trabalho e atenção ao usuário. Unidades em municípios menores demonstram ter mais recursos para atendimento a UE, maior procura e menor tempo de espera, em contraste aos municípios de grande porte. Os dados revelam disparidades significativas entre regiões e tamanhos de municípios, ressaltando desigualdades no SUS e a importância da APS para o atendimento às UE. Faz-se necessário a presença de profissionais qualificados, infraestrutura adequada, integração com a rede de saúde, e educação em saúde, assim como a avaliação contínua do atendimento nas unidades para reduzir disparidades regionais. Essas propostas buscam aprimorar a capacidade da APS em oferecer atendimento de urgência de qualidade, cumprindo seu papel de porta de entrada no sistema de saúde e fornecendo assistência universal, integral, equânime e longitudinal aos usuários.

Descritores: Atenção primária à saúde. Emergências. Serviços médicos de emergência. Insumos farmacêuticos. Equipamentos e Provisões.

ABSTRACT

MALUF, C.F. **Urgencies and emergencies in Primary Health Care: a situational diagnosis, according to PMAQ-AB data.** 2023. Dissertation (Master's in Public Health) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Primary Health Care (PHC), as a fixed pre-hospital care point in the Urgency and Emergency Care Network, needs to be prepared to receive, provide initial care, and regulate, when necessary, urgencies and emergencies (UE). In 2011, the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (*Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* - PMAQ-AB) was instituted, aiming to enhance the care provided throughout the country. This study analyzed variables related to UE within the context of PMAQ-AB, focusing on infrastructure (availability of rooms and supplies), work processes of the teams (emergency care performance, procedure provision, protocol usage, training, observation, clearance, regulation flows, and medical regulation center), and access from the perspective of clients (emergency care at the unit, waiting time, service classification, and access obstacles). The items analyzed were extracted from the third cycle of external evaluation, concluded in 2018, and aggregated according to the population size of the municipalities and macroregions. Descriptive analyses, proportion ratio, and generalized linear model with Gamma distribution were carried out. A total of 28,939 health units were evaluated, distributed across the Northeast (41%), Southeast (28%), South (14%), North (7%), and Central West (7%) regions, with 41% being small, 32% medium, and 26% large municipalities. Only 23% of the units had an exclusive observation room, and less than half rooms for dressing (45%) and procedures (44%). The presence of observation rooms revealed regional disparities, with 33% in the Central West and 18% in the North (PR: 1.814; CI: 1.632 to 2.016, $p < .0001$). Regarding supplies, manual resuscitator availability ranged from 17% for neonatal care to 68% for adult care. The majority of teams claimed to provide UE care (94%), possess UE supplies (81%), and be trained in, and use protocols (both 88%). They reported having availability for the user to stay under observation or be regulated when necessary (both 94%), as well as having defined flows (96%) and the presence of a regulation center (94%). Less than 40% of the teams reported performing Electrocardiograms in the health units, and those located in small municipalities had a higher proportion ratio in performing abscess drainage than those in the medium (PR: 1.125; CI: 1.107 to 1.144; $p < .0001$) and large municipalities (PR: 1.350; CI: 1.326 to 1.374; $p < .0001$). The main reason for not performing abscess drainage (21%) and suturing (26%) was the lack of materials/supplies. The majority of users (89%) seeking UE care were attended to at the health unit, rating it as "Good"/"Very good" (92%). However, both users who did not seek the health unit (56%) and those who could not receive care in an emergency situation (40%) reported that the unit did not provide UE as the main reason. The main services sought in urgent situations, when not the PHU, were public hospitals (47%) and 24h Emergency Care Units (42%). A dichotomy was observed between the professional discourse and what was effectively found regarding the presence of supplies. The Central West region presented more infrastructure, and the South had a higher proportion of supplies. The

North showed lower percentages related to the presence of a therapeutic environment, work processes, and user attention. Units in smaller municipalities demonstrated having more resources for UE care, higher demand, and shorter waiting times, in contrast to larger municipalities. The data reveal significant disparities between regions and municipality sizes, emphasizing inequalities in the SUS and the importance of PHC in providing UE care. The presence of qualified professionals, adequate infrastructure, integration with the health network, and health education are necessary, along with continuous evaluation of the care in the units to reduce regional disparities. These proposals aim to enhance the capacity of PHC to offer quality emergency care, fulfilling its role as the entry point into the health system and providing clients with universal, integrated, equitable, and longitudinal assistance.

Keywords: Primary health care. Emergencies. Emergency medical services. Pharmaceutical supplies. Equipment and Supplies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fases de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	31
Figura 2 - Etapas para Certificação do PMAQ-AB 3º Ciclo	35
Figura 3 - A lógica da atenção às condições agudas	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Motivos para não aplicação do Módulo I – Infraestrutura da UBS, segundo dados do 3º Ciclo do PMAQ-AB. Ribeirão Preto – 2023.....	56
Tabela 2 - Análise descritiva da Ambiência nas UBSs por região geográfica do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	57
Tabela 3 - Análise comparativa quanto as respostas "Sim" para a presença de sala exclusiva de curativo, procedimentos e observação de curta duração nas UBSs por região geográfica do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	58
Tabela 4 - Análise comparativa quanto as respostas "Sim" para a presença de área externa para embarque e desembarque de ambulância nas UBSs por região geográfica do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	59
Tabela 5 - Análise descritiva da Ambiência nas UBSs por porte populacional dos municípios do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	60
Tabela 6 - Análise comparativa quanto as respostas “Sim” para a presença de sala exclusiva de curativo, procedimentos, observação (curta duração) e área de embarque e desembarque de ambulância nas UBSs por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	61
Tabela 7 - Análise descritiva geral das respostas "Sim" as perguntas “A unidade possui insumos para atendimento de urgência?” e “Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex.: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?”	63
Tabela 8 - Presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	63
Tabela 9 - Análise comparativa quanto a presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	64
Tabela 10 - Presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	65
Tabela 11 - Análise comparativa quanto a presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde, por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	66

Tabela 12 - Análise descritiva geral da presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	67
Tabela 13 - Análise descritiva da presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	68
Tabela 14 - Análise comparativa das respostas "Sim" à presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	69
Tabela 15 - Análise descritiva da presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	72
Tabela 16 - Análise comparativa das respostas "Sim" à presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	74
Tabela 17 - Análise descritiva quanto ao acolhimento a demanda espontânea, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	76
Tabela 18 - Análise descritiva quanto ao acolhimento à demanda espontânea, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	76
Tabela 19 - Análise descritiva quanto a utilização de protocolos e treinamento, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	77
Tabela 20 - Análise descritiva quanto à utilização de protocolos e treinamento, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	78
Tabela 21 - Análise descritiva quanto à observação e remoção, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	78
Tabela 22 - Análise descritiva quanto à observação e remoção, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	79
Tabela 23 - Análise comparativa quanto à observação e remoção, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	79
Tabela 24 - Análise descritiva quanto à regulação, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	80
Tabela 25 - Análise descritiva quanto a regulação, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	80

Tabela 26 - Análise comparativa quanto a regulação, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	81
Tabela 27 - Descrição geral da oferta de serviços pelas equipes que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB	81
Tabela 28 - Análise descritiva quanto a realização de eletrocardiograma, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	82
Tabela 29 - Análise descritiva quanto à oferta de serviços, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	82
Tabela 30 - Análise descritiva quanto à realização de eletrocardiograma, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	83
Tabela 31 - Análise descritiva quanto à oferta de serviços, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	83
Tabela 32 - Análise comparativa quanto à oferta de serviços, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	84
Tabela 33 - Análise descritiva geral dos motivos que dificultam a oferta de serviços, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	85
Tabela 34- Análise descritiva dos motivos que dificultam a oferta de serviços, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	86
Tabela 35 - Análise descritiva dos motivos que dificultam a oferta de serviços, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	87
Tabela 36 - Análise descritiva geral sobre a procura ou não por atendimento de urgência na UBS, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	89
Tabela 37- Análise descritiva da procura e conquista por atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	90
Tabela 38 - Análise descritiva da procura e conquista por atendimento de urgência na UBS, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	90
Tabela 39 - Análise comparativa do tempo de espera para receber atendimento de urgência na UBS, por região geográfica e porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	91
Tabela 40 - Análise descritiva geral da classificação do atendimento de urgência na UBS, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	92
Tabela 41 - Análise descritiva da classificação do atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	92

Tabela 42 - Análise descritiva da classificação do atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	93
Tabela 43 - Análise descritiva dos motivos para não conseguir atendimento na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	93
Tabela 44 - Análise descritiva dos motivos para não conseguir atendimento na UBS, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	94
Tabela 45 - Relação dos motivos que motivaram os usuários a não procurar por atendimento de urgência na UBS e onde buscaram atendimento, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	95
Tabela 46 - Análise descritiva do motivo para não procurar por atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB..	95
Tabela 47 - Análise descritiva do serviço de referência para o usuário para atendimento de urgência, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	96
Tabela 48 - Análise descritiva do motivo para não procurar por atendimento de urgência na UBS, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB	97
Tabela 49 - Análise descritiva do serviço de referência para o usuário para atendimento de urgência, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Portarias.....	27
Quadro 2 - Relação das Equipes de Atenção Básica aptas a contratualização no 3º ciclo do PMAQ.....	344
Quadro 3 - Módulos da Avaliação Externa por modalidade de Equipe	38
Quadro 4 - Descrição das categorias de desempenho do PMAQ - AB 3º Ciclo.....	40

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica n. 28, Volume I - Acolhimento à Demanda Espontânea
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ICSAP	Internações por condições sensíveis à atenção primária
IES	Instituições de Pesquisa e Ensino Superior
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INE	Identificador Nacional das Equipes
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências

PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RM	Regulação médica
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social
SE	Sala de Estabilização
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Urgência(s) e Emergência(s)
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Atenção Primária à Saúde.....	19
1.2 Papel da APS nas Urgências e Emergências	23
1.3 Urgências e Emergências	244
1.4 Histórico das Políticas Públicas de Atenção à Urgência e Emergência	25
1.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	30
1.6 Avaliação da Qualidade em Saúde	41
2 JUSTIFICATIVA	44
3 OBJETIVOS	46
3.1 Geral.....	46
3.2 Específicos	46
4 MATERIAL E MÉTODOS	47
4.1 Tipo de Estudo	47
4.2 Cenário.....	47
4.3 População do Estudo	47
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	48
4.5 Seleção das Variáveis	48
4.5.1 Módulo I – Avaliação da Infraestrutura por observação na UBS	49
4.5.1.1 - Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde	49
4.5.1.2 – Insumos para Atendimento de Urgência e Emergência na Unidade	49
4.5.2 Módulo II - Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica	51
4.5.2.1 - Acolhimento à Demanda Espontânea	51
4.5.2.2 – Oferta de Serviços.....	52
4.5.2.3 - Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde	52
4.5.3 Módulo III - Entrevista com o Usuário na UBS	52
4.6 Análises dos dados	53
5 ASPECTOS ÉTICOS	55
6 RESULTADOS	56
7 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS.....	99
8 CONCLUSÕES	117
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	131

ANEXOS	136
--------------	-----

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde

Os cuidados primários de saúde são mencionados inicialmente, no Relatório Dawson, em 1920, dentro de uma discussão sobre organização dos serviços de saúde e traz como estratégia para a reorganização e racionalização de recursos o estabelecimento de três níveis principais de atenção, sendo eles: primário, secundário e hospitais-escola (Starfield, 2002).

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorreu em 1978. Por meio da Declaração de Alma-Ata, junto à Organização Mundial da Saúde – OMS (Organização Mundial de Saúde, 1978), definiu-se, então, que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Organização Mundial de Saúde, 1978).

A Declaração de Alma-Ata foi assinada como um pacto por 134 países; foi a política reconhecida, internacionalmente, como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Apesar das metas pactuadas não terem sido alcançadas plenamente, tal conceito foi se estabelecendo como um modelo de atenção adotado por diferentes países desde então, tornando-se importante referência para as reformas sanitárias mundiais.

O movimento internacional de reorganização dos distritos sanitários junto ao contexto de resistência à ditadura militar, da década de 70, contribuíram para a Reforma Sanitária, na área da saúde no Brasil. Em compasso a esses movimentos houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, como parte de um processo de redemocratização do Brasil, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – um sistema de saúde de caráter público e universal, instituído pela Lei

8.080/90, complementada com a Lei 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, tendo na organização do seu sistema os preceitos da APS como eixo do cuidado.

Foram definidos, inicialmente, os princípios éticos e diretrizes organizacionais do SUS, como a universalidade (garantindo o direito à saúde a todos cidadãos a partir do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência) e a integralidade (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema), que estão em consonância com os atributos da APS. Além destes, a equidade (oferta de assistência aos indivíduos de acordo com suas demandas, a fim de que todos tenham acesso às mesmas oportunidades).

Após 20 anos de Alma Ata, Starfield (2002) define os atributos essenciais da APS caracterizando-os como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e define os atributos derivados: competência cultural, orientação familiar e comunitária.

Starfield (2002), definiu a atenção primária como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (Starfield, 2002, p. 28).

Seus principais marcos no Brasil estiveram relacionados à implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, o qual foi remodelado para Estratégia Saúde da Família (ESF). Tanto o PSF como a ESF foram escolhidos como modelos de atenção na APS, que se mantêm até então (Giovanella *et al.*, 2021).

A denominação APS, adotada internacionalmente, foi designada pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) por Atenção Básica (AB). Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (Brasil, 2007a), a designação AB surge da necessidade de distinguir a abordagem da Saúde da Família da abordagem dos cuidados primários de saúde.

Nesta direção, houve a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2000, que contribuiu para a consolidação e expansão da ESF no território nacional, iniciada em 1999 com uma cobertura de 20% da população, segundo dados do

Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Com a expansão da oferta de serviços, investimentos no setor e expansão da ESF, elevou-se a cobertura da população, atingindo até 2020 uma cobertura de cerca de 76% para APS e 63% para ESF (Brasil, 2019b).

Ao longo dos últimos anos, observou-se no Governo Federal brasileiro uma reestruturação das secretarias e departamentos. Em 2019 (com o Decreto n. 9.795), o DAB então deixou de existir, sendo assim instituídos outros departamentos dentro da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Tal decreto foi posteriormente revogado. Hoje temos em vigência o Decreto n. 11.358, de 1º de janeiro de 2023, que estabelece nesta nova secretaria os departamentos de: Saúde da Família e Comunidade, Gestão do Cuidado Integral, Prevenção e Promoção da Saúde e de Apoio à Gestão da Atenção Primária (Brasil, 2019a).

Junto a isto, atualmente o MS tem readequado as novas publicações, utilizando-se da terminologia Atenção Primária à Saúde, e não mais Atenção Básica. Também as citações à Equipe de Atenção Básica (eAB) passam a ser interpretadas como referências à Equipe de Atenção Primária (eAP), com a Portaria n. 2.539, de 2019 (Brasil, 2019c).

Neste trabalho, utilizaremos, então, o termo APS; porém, como a base de dados e as políticas passadas citadas no estudo utilizam a designação “Atenção Básica”, este termo também será recorrente no texto.

A centralidade da APS está relacionada à promoção do acesso aos serviços de saúde, torná-los mais efetivos, bem como inverter a lógica do atendimento médico-centrado, hospitalocêntrico, individual e curativo – modelo hegemônico por décadas. Tem ainda como eixo a resolutividade do cuidado, com resolução de cerca de 80 a 90% dentro das demandas de saúde da comunidade, tendo como consequência a redução de despesas e constituindo, portanto, um modelo custo-efetivo.

Estudos internacionais sobre o impacto dos cuidados primários em saúde, na década de 80, demonstraram uma redução na taxa de mortalidade, mesmo com taxas de pobreza significativas relacionadas à proporção de médicos em APS para a população (Starfield, 2022, p. 38).

No Brasil, estudos demonstraram o impacto da APS, com redução da mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal), de complicações de doenças crônicas como diabetes *mellitus*, das hospitalizações e mortalidade por doenças

cardiovasculares e causas sensíveis às ações de atenção primária (Macinko; Mendonça, 2018).

Com a Portaria n. 648, em 2006, foi aprovada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que caracterizou a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Brasil, 2007b).

Posteriormente, em 2011 e 2017 a PNAB foi revisada e reeditada. Apesar de trazer uma flexibilização no formato de organização entre ESF e AB tradicional, o Brasil manteve os cuidados primários em saúde como modelo estratégico de organização do SUS, fazendo-se, por meio deles, sua porta de entrada (Melo *et al.*, 2018).

Historicamente, tivemos o pagamento por procedimentos e ações médico--hospitalares apenas para aqueles que fossem trabalhadores e contribuíssem, com a Lei Eloy Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e após os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps), cobrindo pequena parcela da população; antes do direito universal à saúde como dever do estado (Centro de educação e assessoramento popular – CEAP, 2005). A ampliação dos financiamentos a partir do PAB Fixo *per capita* trouxe a possibilidade de expansão da APS no Brasil na sua formação (Giovanella *et al.*, 2021).

Quanto aos repasses relacionados ao PAB Variável, passaram a ser direcionados a programas considerados estratégicos, dentre eles, o Programa Saúde na Hora, que veio para viabilizar o funcionamento em horário estendido de Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2020).

Ao longo deste período houve avanços e retrocessos políticos, que culminaram com o aperfeiçoamento de indicadores, os quais passaram a fazer parte do processo de avaliação da qualidade da APS no Brasil, mas também com seu subfinanciamento, o desmantelamento do Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, a desvinculação da presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na equipe da ESF e a extinção de custeio para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Giovanella *et al.*, 2021).

Atualmente, o Programa Previne Brasil (Portaria n. 2.979, de 2019) estabelece novas normas para o funcionamento e o financiamento da APS (Brasil, 2019d). Dentro dos eixos norteadores do programa, há a exigência de cadastramento da população

para o repasse de recursos a partir da capitação ponderada junto à recomendação de aumento de número de cadastros por equipe, defendida como estímulo à ampliação do acesso e ao cuidado real, dentre outros fatores de ponderação (como pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas), em detrimento dos pisos da atenção básica fixo e variável (Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Piso da Atenção Básica (PAB) Variável) (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Como portas de entrada do SUS temos os serviços de APS (USF e UBS), os de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. E no Brasil, a APS ainda é a principal e mais próxima via de acesso aos cuidados básicos e ao sistema público de saúde, com potencial de capilaridade e organização de fluxos dentro da rede de serviços (Brasil, 2010; Brasil, 2017a).

Desta forma, a APS constitui porta de entrada a ser buscada pelos usuários nas mais diversas condições, como sua influência na dinâmica social, para além da oferta de serviços de saúde, e a oferta em todas as etapas do cuidado, incluindo as urgências; o que demonstra sua complexidade.

1.2 Papel da APS nas Urgências e Emergências

O atendimento às urgências e emergências (UE) sempre esteve presente nas atribuições das equipes de atenção básica, e foi reiterado nas atualizações da PNAB como parte do processo de trabalho da equipe, por meio do acolhimento com classificação de risco, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (Brasil, 2017a).

A APS deve responder pelas demandas crônicas, crônicas-agudizadas ou agudas da população adscrita. Dentro das demandas espontâneas, devem-se contemplar os atendimentos às urgências; sejam elas cirúrgicas, clínicas, relacionadas à saúde mental, à saúde da mulher e gestante, à saúde da criança e/ou as relacionadas às causas externas (como traumas, violências, acidentes e suicídios) (Brasil, 2013b).

Para isto, as unidades de saúde precisam estar aptas para receber e atender a demanda de UE. Nessas situações, o primeiro atendimento às urgências deve ser oferecido por profissionais qualificados, com recursos físicos adequados e, quando necessário, transferidos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Cabe à APS, de acordo com a Rede de Atenção às Urgências (RAU), instaurar, monitorizar e manter a infraestrutura necessária ao atendimento de urgências nas unidades. Assim, os principais atributos da APS, que são acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, estarão contemplados (Starfield, 2002).

1.3 Urgências e Emergências

O envelhecimento da população, com conseqüente declínio na mortalidade, proporcionou a transição demográfica e a mudança do perfil epidemiológico no Brasil. Em 1940, a esperança de vida ao nascer era de 45,5 anos e foi para 76 anos, em 2017, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, teremos cada vez mais idosos, maior sobrevivência e aumento de incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que cursam com períodos de agudização e descompensação, gerando a necessidade de atendimentos não programados em serviços de saúde (Mendes, 2011).

Ao longo da história, o crescimento rápido e desordenado das cidades, fruto de um processo de migração do campo para as áreas urbanas, paralelamente à industrialização, junto a transição demográfica e a mudança do perfil epidemiológico suscitaram uma grande pressão sobre os serviços de saúde, incluindo os de urgência. Entretanto, essa dinâmica também teve o papel no desenvolvimento de novos serviços de saúde e concentração de recursos (Scarpelini, 2007).

Tal sobrecarga pode ser retratada pela superlotação das salas de espera de unidades de atendimento da UE, pelo longo tempo de espera, pelos leitos ocupados e pacientes alojados em corredores. Com isto, há aumento da tensão na equipe assistencial, acúmulo de pacientes de baixo risco, diminuição do fluxo de encaminhamento para outros pontos da RAS e grande pressão por mais atendimentos. Essa é a realidade dos serviços prestados às urgências, na maioria das cidades brasileiras (Bittencourt; Hortale, 2009; Santos *et al.*, 2003).

As principais ocorrências nesse cenário estão relacionadas principalmente a enfermidades cardiovasculares e as causas externas. E estas estão entre as principais causas de mortalidade geral, que muitas vezes são passíveis de prevenção, entretanto abarrotam os serviços de UE; acometendo principalmente adultos jovens.

A grande carga de trabalho nas salas de UE deve-se a diversos fatores, desde o subfinanciamento, número insuficiente de serviços proporcionalmente ao número

populacional, uma APS pouco resolutive, falta de recursos (físicos, materiais, humanos) e de treinamento de profissionais até o envelhecimento da população com maior complexidade dos casos e da tecnologia agregada no atendimento atual, junto a um sistema de saúde historicamente fragmentado e com sinais de insuficiência na comunicação entre os diversos pontos da RAS.

O conceito de urgência foi definido pela Resolução n. 1.451, de 1995, do Conselho Federal de Medicina (CFM) como: “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Já a definição de emergência é a “constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.” A maioria dos documentos oficiais do MS traz genericamente o termo “urgências” e, a partir da Portaria n. 354, de 2014, passa a reconhecer e adotar as mesmas definições estabelecidas pelo CFM (Brasil, 2014a).

Diante desse panorama, surgiu a necessidade criar-se políticas públicas em saúde que abordassem a atenção as UE, para acompanhar as mudanças de acordo com os movimentos sociais e o processo histórico, adequando-se às novas realidades.

1.4 Histórico das Políticas Públicas de Atenção à Urgência e Emergência

As Políticas Públicas podem ser definidas como o conjunto de planos e ações estabelecido pelas esferas de governo (nacional, estadual ou municipal) almejando o bem-estar da sociedade e o interesse público. Elas devem ser elaboradas a partir da participação da sociedade civil, direta ou indiretamente, visando garantir direitos a determinados serviços, ações ou programas (Lopes, 2008).

No ano de 1949, portanto, anterior à criação do SUS, o Decreto n. 27.664 estabeleceu que a assistência médica domiciliar e de urgência seria prestada para assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, por meio de "comunidades de serviços", denominados de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), sediadas no Instituto ou Caixa do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Após 10 anos, o regimento do SAMDU foi aprovado pelo Decreto n. 46.348, de 1959, dado o aumento da pressão assistencial, em um período marcado pelo

crescimento populacional, a migração do campo para as cidades, urbanização e industrialização, bem como crescimento do complexo médico-hospitalar, emergindo a necessidade de criação de políticas que abordassem a UE.

Após mais de 2 décadas de latência, foi aprovada em 1988, num contexto histórico pós-ditadura, de redemocratização e participação popular, a Constituição Federal, que estabeleceu a saúde como um dever do Estado e de direito universal do cidadão, seguindo princípios éticos e organizacionais.

Preconizava-se que as ações de saúde fossem descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, porém, inicialmente, a assistência continuou centrada nos hospitais (Santos *et al.*, 2003).

Os municípios prestavam assistência médica em todos os níveis de atenção, mas não havia diretrizes e documentos oficiais norteadores que orientassem a prática específica da atenção às urgências em todos os pontos da rede de serviços de saúde, e o que vigorava era um modelo hospitalocêntrico.

Contudo, no contexto mundial, os modelos de atenção às urgências distinguem o atendimento em pré-hospitalar e hospitalar. Nos EUA, o modelo pré-hospitalar se originou da experiência obtida durante as guerras, com remoção rápida do paciente para um local de atendimento definitivo. Já na maioria das cidades brasileiras, o atendimento pré-hospitalar era desorganizado e desestruturado, dadas as diferenças estruturais entre as regiões entre os anos de 1980 a 1990 (Scarpelini, 2007).

A partir de 1999, iniciou-se uma série de portarias e regulamentos nacionais para organizar a atenção às UE. As Portarias n. 479 e n. 824, de 1999, trouxeram normativas sobre referência hospitalar em atenção às urgências e o atendimento pré-hospitalar no Brasil, definindo desde os profissionais necessários, treinamentos específicos, até a criação de uma central de regulação médica (RM).

Com o aumento da violência e de acidentes em áreas urbanas, houve maior presença de condições clínicas de início agudo, além da agudização de doenças crônicas, e, com isto, conseqüente sobrecarga das unidades disponíveis para o atendimento às urgências. Considerando a ausência de estruturação de uma rede assistencial adequada para tal demanda, ampliou-se a necessidade de serviços especializados nesta área, bem como de novas normatizações, tomando a UE como um componente importante da saúde.

Nesta direção, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) teve importante influência para organização das políticas ao ampliar as responsabilidades

dos municípios na APS e estabelecer os processos de regionalização e hierarquização, possibilitando maior equidade, estratégias para o fortalecimento da gestão do SUS e estruturação das redes de atenção regionalizadas; dessa forma, também contribuiu para implementar ações voltadas às urgências.

Quadro 1 - Portarias

Portaria n. 479, de 15/04/1999	Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.
Portaria n. 824, de 24/06/1999	Aprova a Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar.
Portaria n. 2048, de 05/11/2002	Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Portaria n. 1863, de 29/09/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria n. 1020, de 13/05/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria n. 4.279, de 30/12/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria n. 1601, de 07/07/2011	Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria n. 1600, de 07/07/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria n. 2.648, de 07/11/2011	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria n. 104, de 15/01/2014	Altera a Portaria n. 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Fonte: Elaborado pelo autor

A Portaria n. 2.048, de 2002, aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que possibilitou a habilitação e o cadastramento de unidades que atuavam em uma rede de assistência às urgências, bem como definiu normas e critérios de funcionamento e sua classificação para todo território nacional. Nela, o PSF e a AB foram inseridos como componente do atendimento pré-hospitalar fixo, sendo responsabilizados pelo acolhimento de “quadros agudos de menor complexidade” ou “urgências de baixa gravidade/complexidade”.

Ressaltou-se ainda a necessidade de recursos humanos e formação, da disponibilidade de ambiente, recursos físicos e materiais para uma série de atendimentos ilustrados de forma genérica, bem como da necessidade de estruturação de uma rede de referência definida por fluxos e mecanismos de transferência de paciente que necessitem de remoção a outros pontos da RAS.

O objetivo foi o de ordenar o acesso ao atendimento às urgências com: acolhimento, primeiro atendimento qualificado e resolutivo para os casos de baixa e média complexidade e referência adequada, por meio da regulação médica, estabelecendo-se o papel da APS e dos demais pontos de atenção nas redes de serviços para situações de UE.

Tal portaria deu subsídio para a aprovação, em 2003, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que também trouxe a AB como componente do atendimento pré-hospitalar fixo – revogada em 2011 pela RAU no Sistema Único de Saúde.

A AB foi reiterada como um dos componentes da RAU com o objetivo de ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo, oferecimento do primeiro cuidado às urgências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção.

A RAU reforçou a implantação do acolhimento a demanda espontânea com avaliação de riscos e vulnerabilidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica de 2011 e 2017 ao definir a AB como a principal porta de entrada da rede de atenção, responsável pelo primeiro atendimento às UE e acolhimento com estratificação de risco, ambiência adequada (determinadas pelo manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS), resolutividade e estabelecimento de fluxos e encaminhamentos a outros pontos da RAS, se necessário.

É importante destacar que a Portaria n. 4.279, de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, guiando as novas normativas. Também vale ressaltar a diferenciação do papel da AB na RAS e na RAU, sendo que na RAS ela deve ser o centro de comunicação e coordenação entre os diferentes pontos da rede e, na RAU, ela é um componente (pré-hospitalar fixo) dentre os diversos pontos.

Em 2009, a Portaria n. 1.020, que trouxe diretrizes sobre a implantação do componente pré-hospitalar, foi revogada pela Portaria n. 1.601, de 2011, que estabeleceu a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h).

As UPAs devem, dentro de suas competências, oferecer suporte, como retaguarda, às urgências acolhidas pela APS. Para sua instalação e seu financiamento, ficou condicionada a cobertura de no mínimo 50% da rede básica do município-sede e o estabelecimento de grade de referência e contrarreferência locorregional e entre os pontos da rede (sendo estes também critérios de avaliação para qualificação das UPAs).

Assim como nas Portarias n. 2.820 e n. 2.821, de 2011, sobre incentivo financeiro de investimento, de custeio e de diretrizes para implantação da Sala de Estabilização (SE) da RAU, foi condicionado à cobertura mínima de 50% da AB para os repasses financeiros. Podemos ver aqui reflexos da regionalização, atenção em rede e necessidade de financiamento.

Posteriormente, a Portaria n. 1.601, de 2011, passou por reformulações, emendas e revogações, com as Portarias n. 2.648, de 2011, n. 342 de 2013 e n. 104, de janeiro de 2014. Todas redefiniram, por fim, as diretrizes para a implantação da UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Em conformidade com a PNAU, tais portarias dispunham sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPAs 24h (UPA Nova) e UPAs 24h ampliadas (UPA Ampliada) e para respectivo custeio mensal. Assim, deram vistas à importância dos recursos financeiros para a efetivação das políticas e ações em saúde.

A reunião dos documentos nacionais citados neste trabalho vem demonstrar a importância das políticas para a conformação da assistência às UE no processo histórico, bem como sua ligação com a rede de assistência à saúde e a APS. Não foi objeto deste capítulo realizar uma revisão bibliográfica ou esgotar a exploração de todos os documentos oficiais.

Observa-se que são factíveis as necessidades e demandas existentes em consenso com os princípios, diretrizes e políticas que versam sobre o atendimento às urgências na RAS e na RUE. Porém, há lacunas existentes nas políticas no que tange à descrição mais detalhada quanto à ambiência e recursos necessários nas unidades básicas de saúde.

Também há a necessidade de se ampliar e aperfeiçoar os serviços e acrescentar maior investimento, para maior resolutividade na APS, e de descingir as UPAs, haja vista a pressão ainda existente sobre o sistema com grandes filas ou tempo de espera para atendimento nessas unidades.

A PNAU preconiza que a assistência à urgência seja prestada em todos os pontos da RAS, mediante classificação de risco, possibilitando a resolução integral ou encaminhando, quando necessário, a outros pontos capacitados para atender demandas de maior complexidade. Ela institui a regionalização do atendimento às urgências com articulação dos diversos pontos da rede de atenção, por meio da regulação.

Assim, a APS no Brasil deve acolher a demanda de urgência e emergência, atendê-la e encaminhá-la, quando preciso, para aos serviços que compõem outros pontos da rede regional e, com eles, estabelecer uma comunicação eficaz, que garanta a continuidade do atendimento. Ademais, o deslocamento do usuário, nesta rede, é realizado por meio de ações regulatórias, como o sistema de referência e contrarreferência e o atendimento de UE pré-hospitalar fixo e móvel.

Vale ainda ressaltar que as políticas são continuamente reformuladas em um processo dinâmico até então e assim seguirão, uma vez que o sistema de saúde está em permanente construção.

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

O Programa e seu Objetivo

O PMAQ-AB foi instituído em 2011 no programa “Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade”, do MS, tendo como objetivo principal ampliar o acesso e a qualidade da APS no Brasil, estabelecendo um padrão de qualidade que pudesse ser comparável no âmbito local, regional e nacional (Brasil, 2017b).

Ocorreram, desde a criação do programa, três ciclos. O presente estudo avaliou o terceiro ciclo (e último ciclo até o momento), que foi desenvolvido em três fases, envolvendo os três níveis de governo responsáveis pela gestão do SUS, possibilitando avaliar a transparência e a efetividade das ações governamentais à AB.

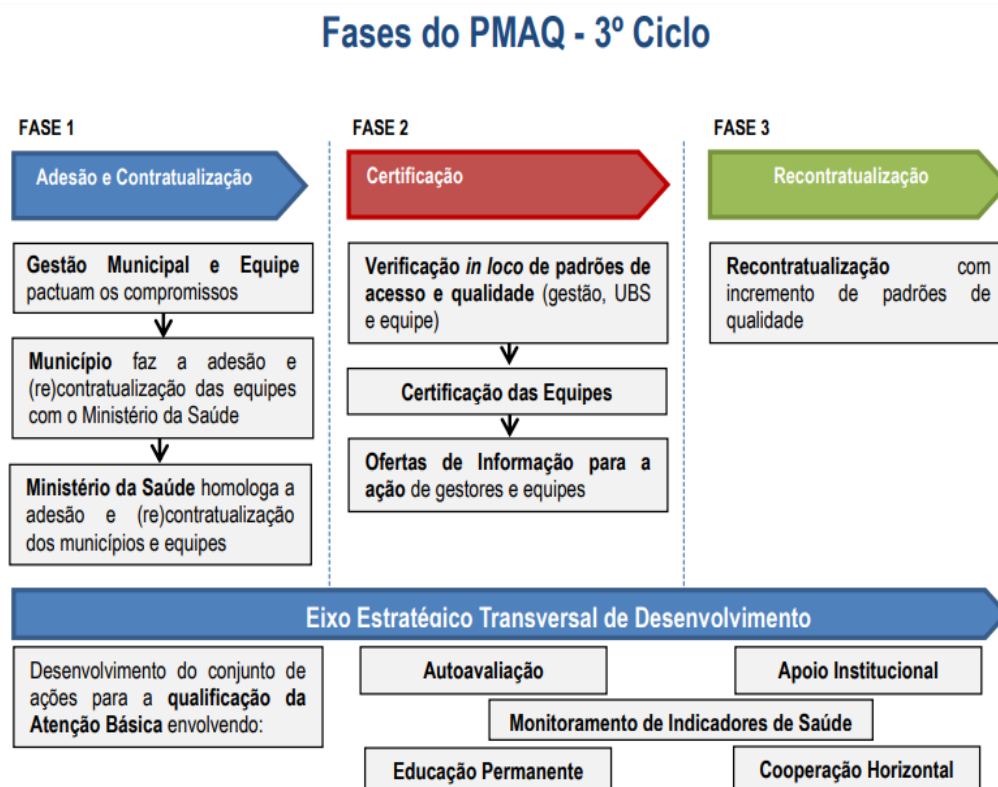
Tal programa se destacou por ser o primeiro método de avaliação em território nacional e a ocorrer de forma simultânea, com articulação de governo e instituições de ensino superior, para todas as eAPs que aceitaram participar.

O PMAQ-AB trouxe inovação ao considerar o monitoramento dos indicadores, a autoavaliação e a opinião dos usuários como forma de instigar a reflexão sobre o processo de trabalho, a pactuação de metas e incentivo financeiro ao município de acordo com o desempenho alcançado, o Componente de Qualidade do PAB Variável (Cavalcanti; Fernandez, 2020).

Fases do Programa

As três fases do programa, no terceiro ciclo do PMAQ-AB (denominadas Adesão e Contratualização, Certificação e Reconstrualização), ocorreram concomitantes a um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, que compuseram um ciclo, segundo a última portaria vigente, n. 1.645 de 2015 (Brasil, 2015).

Figura 1 - Fases de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica



Fonte: Brasil, 2017b, p. 15.

Fases 1 e 3: Adesão e (Re)Contratualização

Previamente à primeira fase do programa, foi necessário envolvimento e pactuação locorregional de compromissos entre os entes envolvidos. A primeira fase, denominada “Adesão e contratualização”, representou a formalização da adesão ao programa a partir da contratualização de acordos estabelecidos entre os gestores municipais, as equipes de atenção básica (eAB) e o MS a partir de pactuação local, regional e estadual, além da participação social.

A adesão possuía caráter voluntário, tanto para equipes quanto para gestores. Os municípios e o Distrito Federal puderam incluir, na adesão ao PMAQ-AB, ou todas suas equipes de saúde da APS ou parte delas. E a formalização da adesão e contratualização ou recontratualização foi realizada por preenchimento de formulário eletrônico específico pelo gestor municipal, via portal do gestor.

Durante o terceiro ciclo, a (re)contratualização foi possível para as equipes que participaram do segundo ciclo e estavam ativas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) em um dos três meses: julho, agosto ou setembro de 2015. Para novas contratualizações, além das equipes precisarem estar ativas no CNES nos períodos citados, os municípios foram ranqueados de acordo com sua prioridade, o que não garantia a sua participação.

Ao final da adesão e homologação pelo MS, gestores e equipes assinavam um termo de compromisso que deveria ser apresentado durante a avaliação externa. De acordo com a disponibilidade orçamentária do programa, novas equipes puderam solicitar sua participação, mas nem todas foram homologadas. Foram priorizadas e homologadas aquelas com médicos oriundos do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Após a homologação, o gestor tinha o compromisso de informar sobre a adesão do Município ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Intergestores Regional e à Comissão Intergestores Bipartite.

Para adesão ao programa, o MS necessitou formular parâmetros mínimos para as equipes de atenção básica organizadas de maneira diferente da ESF, criando então critérios de parametrização e equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF. Com isto, foi preciso compreender tais configurações existentes (Brasil, 2017b).

Tipos de equipe

O PMAQ-AB caracteriza as equipes de saúde, conforme suas composições. Para melhor compreensão do programa e de algumas limitações do estudo é importante conhecer a definição de equipes adotada pelo PMAQ-AB.

O programa considera para o inquérito: equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes de AB parametrizadas (organizadas de maneira diferente às da ESF) e equipes com outras configurações, ou seja, não organizadas como ESF e tampouco AB parametrizadas, mas que, para aderirem ao PMAQ-AB, deveriam atender a um conjunto de parâmetros exigidos pelo MS.

Todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), além das equipes de Saúde Bucal, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas, que se encontrassem em conformidade com a PNAB, com os princípios da AB, e com os critérios definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB, puderam participar da última edição do programa, o terceiro ciclo.

Tais critérios foram elaborados de maneira a assegurar os seguintes princípios da APS: definição do território de atuação das UBSs e da comunidade adscrita de referência, para, assim, ser estabelecida uma população cadastrada e alimentar os sistemas de informação, condição necessária ao monitoramento das ações da equipe e seus indicadores. Além disso, foi necessário considerar núcleos mínimos de profissionais para compor as equipes e a sua carga horária de trabalho (Brasil, 2017b).

Vale ressaltar que as equipes de saúde bucal não puderam aderir ou recontratar separadamente do conjunto das equipes de atenção básica (então nomeadas no programa como equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal - AB/SB), assim como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - deveriam estar condicionados às equipes de Atenção Básica.

O PMAQ-AB caracterizou como Equipes de Atenção Básica (eAB) 39 diferentes tipos de equipes, que se distinguem segundo carga horária e características de formação dos profissionais (Brasil, 2017b).

Devido às diferentes conformações de equipes distribuídas no território brasileiro e à padronização destas pelo programa, denominando-as todas como eAB,

na metodologia do trabalho não foi possível realizar a distinção e comparação entre USF e UBS.

Quadro 2 - Relação das Equipes de Atenção Básica aptas a contratualização no 3º ciclo do PMAQ

TIPO	SIGLA	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
1	ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
2	ESFSB_M1	ESF COM SAÚDE BUCAL – M I
3	ESFSB_M2	ESF COM SAÚDE BUCAL – M II
12	ESFR	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA
13	ESFRSB_MI	ESF RIBEIRINHA COM SAÚDE BUCAL MI
16	EAB1	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I
17	EAB2	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II
18	EAB3	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III
19	EAB1SB	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I COM SAÚDE BUCAL
20	EAB2SB	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II COM SAÚDE BUCAL
21	EAB3SB	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III COM SAÚDE BUCAL
24	ESF1	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIPO I
25	ESF1SB_M1	ESF TIPO I COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE I
26	ESF1SB_M2	ESF TIPO I COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE II
27	ESF2	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIPO II
28	ESF2SB_M1	ESF TIPO II COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE I
29	ESF2SB_M2	ESF TIPO II COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE II
30	ESF3	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIPO III
31	ESF3SB_M1	ESF TIPO III COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE I
32	ESF3SB_M2	ESF TIPO III COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE II
33	ESF4	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TIPO IV
34	ESF4SB_M1	ESF TIPO IV COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE I
35	ESF4SB_M2	ESF TIPO IV COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE II
39	ESFRSB_MII	ESF RIBEIRINHA COM SAÚDE BUCAL MII

Fonte: elaborado pelo autor adaptado de Brasil, 2017b, p. 53.

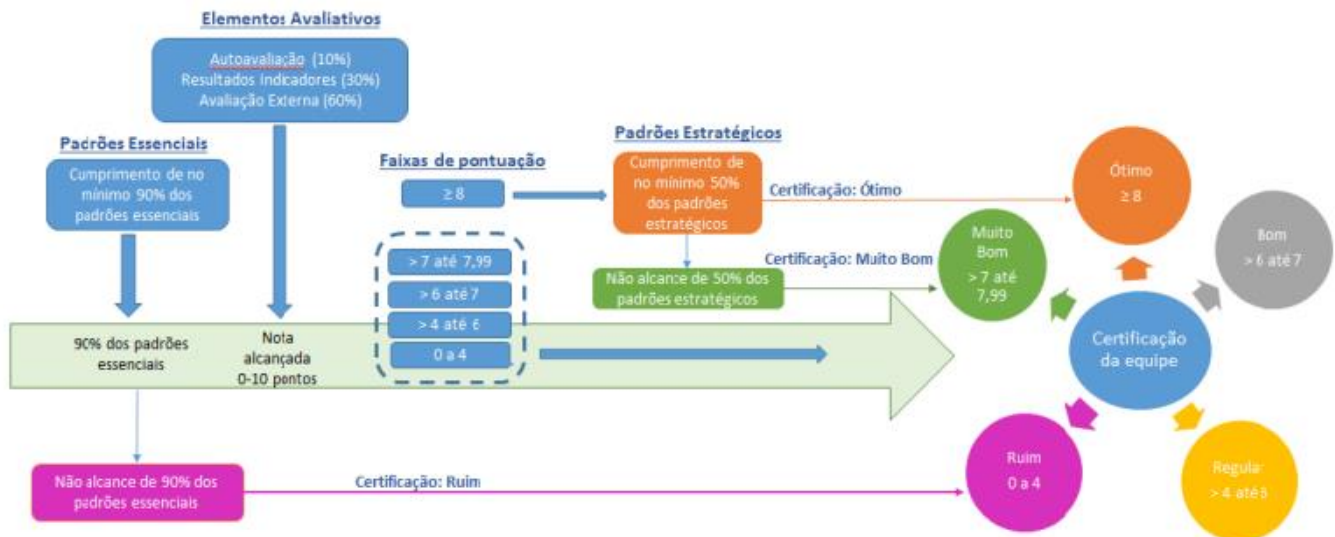
Fase 2: Certificação

A certificação do PMAQ-AB foi constituída da verificação pelos auditores externos quanto à realização do momento autoavaliativo das equipes; do desempenho de indicadores pactuados na etapa de adesão e (re)contratualização; desempenho na avaliação externa das equipes e gestão, levando-se em conta padrões essenciais, estratégicos e obrigatórios.

O desempenho para certificação foi composto por 60% da nota da avaliação externa, 10% pela realização de autoavaliação e 30% pelo desempenho no conjunto de indicadores contratualizados.

A figura 2, abaixo, representa a composição das notas para classificação de desempenho e certificação:

Figura 2 - Etapas para Certificação do PMAQ-AB 3º Ciclo



Fonte: Brasil, 2018b, p. 41.

Para a certificação, foram utilizados elementos do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento como a Autoavaliação e o Monitoramento de Indicadores.

Autoavaliação

A autoavaliação foi considerada, pelo programa, como ponto de partida de aprimoramentos; o instrumento para autoavaliação contribuiu para a identificação das dimensões que estivessem positivas ou problemáticas dentro do processo de trabalho das equipes e, com isso, a possibilidade de iniciativa de mudanças e melhorias.

Este instrumento não possuía caráter punitivo; visava orientar de forma permanente a tomada de decisões para a busca de melhoria na qualidade das ações de saúde. E, para isto, nas equipes que participaram dos ciclos anteriores, a comparação com a autoavaliação anterior também pôde ser realizada.

O Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) era composto por um conjunto de perguntas caracterizadas pelo programa como padrões de qualidade, acerca da estrutura, processos e

resultados das ações na APS, e que guardava relação com os padrões de qualidade do instrumento de avaliação externa, visando assegurar coerência das informações e possibilitando o acompanhamento dos resultados ao longo dos ciclos (Brasil, 2017e).

O instrumento AMAQ, disponibilizado pelo MS, não era de uso obrigatório. Caberia aos gestores a definição do instrumento ou ferramenta a ser utilizado que melhor se adequasse às necessidades e realidades locais, para a realização da autoavaliação.

Para o processo de certificação e composição de desempenho final da equipe foi necessária a comprovação de realização, no último ano, de pelo menos uma autoavaliação (seja pelo AMAQ ou outro instrumento) com apresentação de documento comprobatório durante a avaliação externa ou envio da matriz de intervenção preenchida no AMAQ eletrônico para aquelas equipes que o utilizaram, contemplando assim 10% da nota dos elementos avaliativos para a certificação.

Monitoramento de Indicadores de Saúde

O conjunto de indicadores compunha 30% da nota do desempenho final da equipe para a sua Certificação. As regras para os cálculos de cada indicador foram descritas no Manual Instrutivo para as Equipes de AB e NASF, que não será objeto de estudo desta dissertação (Brasil, 2017b).

No terceiro ciclo, a avaliação dos indicadores de desempenho foi realizada a partir do SISAB. Para os municípios que utilizavam um sistema de informação próprio, a responsabilidade de compartilhar e transmitir os dados para a base nacional, de forma compatível com o SISAB/e-SUSAB, ficou a cargo deles.

Assim, para o terceiro ciclo, foram pactuados, inicialmente, sete indicadores para equipes de AB e dez para equipes de SB. Os indicadores de desempenho pactuados para as equipes participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB foram agrupados em quatro grupos. São eles: Acesso e continuidade do cuidado, Abrangência da oferta de serviços, Resolutividade da equipe de atenção básica e Coordenação do cuidado.

Dentro do grupo “Acesso e continuidade do cuidado”, havia seis indicadores: (1) Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante, (2) Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea, (3) Percentual de atendimentos de consultas agendadas, (4) Índice de atendimentos por condições de saúde avaliada,

(5) Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero e (6) Cobertura de primeira consulta odontológica programática. No grupo “Resolutividade”, havia dois indicadores: (1) Percentual de encaminhamentos para serviços especializados e (2) Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Por fim, o grupo “Abrangência da oferta de serviços” foi composto pelo (1) Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica e (2) Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal.

No indicador do grupo “Coordenação do Cuidado”, referente à “Média de atendimento a recém-nascidos na primeira semana de vida”, não foi contabilizado devido ao grau de agregação da fonte de informação do indicador (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC) ser por município, o que inviabilizou o cálculo deste indicador por equipe (Brasil, 2018b).

Avaliação externa

A avaliação externa foi conduzida pelo Departamento de Atenção Básica do MS (DAB) junto a instituições de ensino e pesquisa de todo país, cuja participação possibilitou a seleção e o treinamento de pessoal capacitado para a aplicação do questionário de avaliação externa *in loco* nas unidades de saúde.

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB foi composto por 903 questões, por meio das quais se pretendia verificar o alcance de padrões de acesso e qualidade pelas equipes e pela gestão. O instrumento foi organizado em seis módulos (Brasil, 2018b).

Os três módulos iniciais para as equipes de atenção básica e saúde bucal foram caracterizadas pelo programa como: Módulo I - observação da unidade de saúde, Módulo II - entrevista com profissional da equipe de nível superior e verificação de documentos comprobatórios na unidade, e o Módulo III - entrevista com o usuário sobre sua percepção e satisfação em relação às condições de acesso e utilização do serviço de saúde.

O Módulo IV era composto pela entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde (UBS), e objetivava avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários, para as equipes que responderam receber apoio matricial pelo NASF no Módulo I.

Para as equipes de saúde bucal, foram acrescentados os módulos V e VI, sendo o Módulo V a observação na USB para saúde bucal, que objetivava avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos de uso odontológico, e o Módulo VI para entrevista com profissional e documento comprobatório para saúde bucal, com o objetivo de avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do cuidado aos usuários e do serviço ofertado.

Os profissionais das equipes e usuários responderam aos módulos de acordo com a modalidade da equipe que seria avaliada, conforme o Quadro 1 - Módulos da Avaliação Externa por modalidade de Equipe do Manual Para O Trabalho De Campo PMAQ-AB - 3º Ciclo (Avaliação Externa) Orientações Gerais, adaptado para este trabalho como Quadro 3.

Quadro 3 - Módulos da Avaliação Externa por modalidade de Equipe

Módulos Aplicados	Descrição dos Módulos	Modalidade Equipe	Respondentes
Mód I -	Observação da Unidade de Saúde	Equipe AB e Equipe AB/SB	Profissionais da equipe
Mód. II	Entrevista com Profissional da Equipe de Nível Superior e Verificação de documentos comprobatórios na unidade	Equipe AB e Equipe AB/SB	Profissionais da equipe
Mód. III	Entrevista com o usuário sobre sua percepção e satisfação em relação às condições de acesso e utilização do serviço de saúde	Satisfação dos Usuários	04 (quatro) usuários por equipe
Mód. IV	Entrevista com profissional do NASF e Verificação de documentos comprobatórios na unidade	NASF	Profissionais do NASF
Mód V	Observação da Unidade para Saúde Bucal	Equipe AB/SB	Profissionais da equipe
Mód. VI	Entrevista com profissional e documento comprobatório para Saúde Bucal	Equipe AB/SB	Profissionais da equipe

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Brasil, 2017c, p. 23.

Exceto as questões do Módulo III não foram utilizadas para certificação das equipes, sendo o objetivo aqui levantar informações para aprimorar a PNAB e divulgar resultados acerca da AB no Brasil.

Uma vez que os módulos I e V tratavam de questões referentes às unidades, estando ligados ao CNES, foram respondidos apenas uma vez em cada unidade (mesmo na existência de duas ou mais equipes por UBS). Já para os módulos II, IV e VI, foi criado um código Identificador Nacional das Equipes (INE), para cada equipe,

e, além disso, o entrevistador preencheu o CNES como nos demais módulos. Nesse contexto, observamos que, por exemplo, o módulo II pode ter repetição de CNES por se tratar de INE (equipes) diferentes que podem estar numa mesma UBS. Além disso, outros casos podem ser checados no manual (Brasil, 2017c).

Os dados foram coletados por pessoas habilitadas após treinamento pelas IES, com uso de instrumento eletrônico (*tablets*) e supervisão do processo de coleta para controle de qualidade dos dados por meio de supervisores e coordenadores de equipes vinculados às IES (Brasil, 2017d).

O amplo uso de tecnologia da informação, por meio de *tablets* com disponibilização de questionário eletrônico, foi uma inovação que viabilizou a coleta de dados em larga escala, a validação de um número grande de indicadores e seu alcance em todo país (Uchôa *et al.*, 2018).

Classificação para Certificação

Para a coleta das informações foi então elaborado o instrumento de avaliação externa, contendo 903 questões junto a um módulo eletrônico¹.

Foram selecionados padrões de qualidade, sendo 532 padrões para as eAB e 720 para eAB/SB, definidos em reuniões CIT (tripartite) de acordo com normas, protocolos e diretrizes que agregavam conhecimentos técnicos e científicos atuais e organizavam ações; e, a partir disso, foi criada uma Matriz de Pontuação para a certificação, agregando as questões que determinavam padrões de qualidade e cumpriam com a PNAB e as ações do escopo da AB das equipes para posterior análise.

Vale ressaltar que nem todos os padrões foram selecionados para a composição da Matriz de Pontuação e para certificação do programa. E também não

¹ o gestor deverá preencher o Módulo Eletrônico com informações referentes aos profissionais de nível superior, médio e técnico em sistema eletrônico, além de informações relacionadas à gestão da AB, gestão do cuidado, educação permanente, dentre outras. Assim não haverá necessidade de preenchimento de fichas impressas e entregues durante a avaliação externa aos entrevistadores. As informações da subdimensão que trata da Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo Plano de Carreira Remuneração por Desempenho para os trabalhadores da AB não serão pontuadas, no 3º Ciclo, durante a visita do entrevistador e sim por meio do Módulo eletrônico (sistema eletrônico). O gestor municipal será o responsável por acessar o sistema e incluir as informações sobre os profissionais de nível superior e médio das equipes de Atenção Básica (AB, SB e NASF) que aderiram ao PMAQ." O Módulo Eletrônico estará acessível no Portal do e-gestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>); Fonte: p. 8 do instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf, e p. 26-28 da nota_metodologica_certificacao.pdf.

guardam relação direta com os itens selecionados para o presente estudo. Tais padrões não selecionados posteriormente puderam ser utilizados com o objetivo de levantar dados, orientar e aperfeiçoar políticas públicas (Brasil, 2018b).

Cada equipe foi identificada pelo INE – Identificador Nacional das Equipes. O gestor municipal não devia alterar este registro, pois ele identificava cada equipe, apesar de poder haver mudanças de CNES – como em reformas ou construções novas de UBSs.

Após a análise da avaliação externa, com critérios determinados pelo programa, as unidades foram classificadas em desempenho Insatisfatório, Ruim, Regular, Bom, Muito Bom e Ótimo; ou puderam ser desclassificadas. Para cada classificação foi revertido determinado valor em recursos financeiros de forma proporcional, com o objetivo de estimular as equipes a buscar melhorias (Brasil, 2015; Brasil, 2017b).

Quadro 4 - Descrição das categorias de desempenho do PMAQ - AB 3º Ciclo

Categorias de desempenho	Intervalo	Descrição da classificação
Ótimo	≥ 8	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior ou igual a 8 e que cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos.
Muito bom	> 7 até 7,99	Equipes com 90% ou mais de padrões essenciais e com pontuação maior que 7 e menor que 8 pontos, ou Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior ou igual a 8 que NÃO cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos.
Bom	> 6 até 7	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 6 até 7 pontos.
Regular	> 4 até 6	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação maior que 4 até 6 pontos.
Ruim	0 até 4	Equipes com 90% ou mais de cumprimento de padrões essenciais com pontuação até 4 pontos, ou Equipes que NÃO cumprem com 90% dos padrões essenciais.
Insatisfatória	-	Equipes que não cumpriram os compromissos assumidos na adesão.
Desclassificada	-	Equipes que se recusaram a realizar a avaliação externa ou equipes AB/SB que não possuíam cadeira odontológica.

Fonte: Brasil, 2018b, p. 47.

A Portaria n. 2.777, de 2018, definiu os municípios e valores mensais referentes ao PMAQ-AB como componente de qualidade do PAB Variável, que os municípios

receberam fundo a fundo por equipe de saúde da família ou por equipe com conformação equivalente a ESF, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo programa já citados anteriormente (Brasil, 2017b; Brasil, 2018a).

Para permanecer no programa e partir do terceiro ciclo, exigiram-se condições como o cadastramento e atualização regular dos profissionais das equipes avaliadas no CNES, por parte dos gestores, o cumprimento de carga horária de acordo com o informado e alimentação do sistema de informação (e-SUS/SISAB); parte dos mesmos critérios para o pagamento do PAB Variável previstos na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 2.488, 2011) e na portaria que regulamenta os valores de repasse financeiro para o NASF (Portaria n. 548, de 2013) (Brasil, 2017b).

Podemos citar Cavalcanti e Fernandez (2020), que analisa:

Com o PMAQ-AB, entrou em cena um desenho de monitoramento e avaliação para a AB, que considerou diversos aspectos relacionados à PNAB e valorizou também a opinião do usuário e a inédita incorporação de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho nacionalmente, atrelando o repasse de recurso federal ao desempenho alcançado no programa. Além disso, fomentou a utilização da autoavaliação como forma de refletir sobre o trabalho e balizar o planejamento das ações; ousou ao definir novos indicadores de saúde para o monitoramento das equipes de AB, incluindo os NASF; estabeleceu uma cooperação interinstitucional com dezenas de instituições de ensino e pesquisa que inovou ao definir uma metodologia e logística aplicada à avaliação de um grande volume de serviços e equipes. Essas apostas são relevantes por serem inovadoras ou promissoras e, ao mesmo tempo, desafiadoras para a implementação do programa e para a AB (Cavalcanti; Fernandez, 2020).

A classificação final das equipes não será utilizada na metodologia. Também não foi objetivo do capítulo esgotar toda caracterização do PMAQ-AB, mas sim elucidar os pontos chave para a compreensão deste trabalho e da dimensão do programa.

1.6 Avaliação da Qualidade em Saúde

Na perspectiva da proposta de avaliação da qualidade composta por estrutura, processo de trabalho e resultados, segundo a tríade de Donabedian (1988), este trabalho almeja analisar a assistência aos atendimentos de urgência e emergência no âmbito da APS no Brasil, por meio de dados secundários do PMAQ-AB.

Podem ser avaliados itens relacionados à ambiência nas unidades básicas de saúde, o processo de atendimento à urgência e oferta de serviços na perspectiva das equipes de saúde e os resultados pelo acesso, na visão dos usuários.

O PMAQ-AB buscou avaliar a qualidade na perspectiva da tríade de Donabedian (1988). Essa avaliação se deu no âmbito do sistema e dos serviços de saúde visando a melhoria no acesso e na efetividade das ações ofertadas pela APS, por gestores e trabalhadores, para os usuários do SUS. Por meio da busca pela garantia de qualidade pode se ter uma tentativa sistemática de corrigir deficiências na qualidade do atendimento (Meloni, 2020).

A avaliação estrutural é fundamentada na hipótese de que adequadas condições estruturais pré-existentes implicam maior probabilidade de contribuir para um resultado adequado no processo de cuidado e oferta de serviços em saúde, se comparado a condições precárias. E, nesse processo, os recursos físicos e materiais podem ser comparados por meio de padrões previamente estabelecidos; seja na literatura, seja local, regional ou mundialmente (Vuori, 1991).

A relação entre estrutura e resultados pode ser fraca e condições precárias podem ser superadas pela excelência profissional na obtenção de resultados em saúde. Porém, a estrutura contribui para a não deterioração da qualidade e há situações que demandam recursos essenciais a uma oferta de serviço; a ausência deles inviabiliza o cuidado, gerando resultados insatisfatórios.

A abordagem do processo consiste em avaliar se o que se espera que seja executado foi realizado de maneira adequada, possibilitando melhores resultados, se comparado a processos que não seguidos corretamente, de acordo com o conhecimento atual.

O processo de garantia da qualidade pode contribuir para a solução de problemas, então é preciso, primeiramente, identificá-los para a partir de então propor mudanças. O segundo passo é criar critérios para solucionar os problemas identificados e avaliar se foram implementados.

No que tange aos resultados sobre a atenção à saúde, eles podem ser mensurados a partir do alcance ou não de objetivos pré-estabelecidos, como a resolutividade de um caso, a cura ou arrefecimento da progressão de uma doença, a restauração de capacidade funcional ou alívio de dor e sofrimento, bem como a satisfação do usuário.

Pela proposta de Donabedian (1988), a abordagem de resultado é uma medida válida para qualidade da atenção, porém há ressalvas quando se encontra dificuldade de manutenção da observação dos resultados ao longo do tempo; por meio dos resultados, pode-se voltar para o questionamento da estrutura e do processo,

comparar resultados, podendo fornecer meios práticos de avaliar a qualidade de atendimento e ser ponto de partida para a avaliação da eficiência da assistência (Vuori, 1991).

Porém, quando se tem avaliação de resultados por entrevista a usuários, ou pesquisa de satisfação do usuário, essa amostra deve ser aleatória, ou corre-se o risco de criar um viés de seleção da amostra quando entrevistados, por exemplo, apenas usuários que estão presentes no serviço, ou seja, que já o utilizam.

Apesar do caráter inovador do PMAQ-AB (que pretendia avaliar a qualidade e promover melhorias, pela perspectiva dos trabalhadores e usuários em consonância aos indicadores pactuados entre gestão e serviços, somada a remuneração), ele foi descontinuado no novo modelo de financiamento da APS pelo Governo Federal em 2019, a partir do programa Previner Brasil. Mas seus resultados ainda podem ser utilizados como instrumento de avaliação da qualidade da APS no Brasil, comparável nacionalmente.

Apesar de existirem outras metodologias de avaliação de desempenho para a APS reconhecidas internacionalmente, como os indicadores de desempenho em saúde, Interações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), nenhum destes aborda com riqueza de detalhes, de forma ampla ou com tal abrangência, todos os processos, etapas e recursos necessários ao atendimento, como o PMAQ-AB, justificando a escolha deste método para o presente trabalho.

Neste sentido, segundo a tríade de Donabedian (1988), pretende-se analisar os itens dos módulos I, II e III do questionário de avaliação externa do PMAQ-AB, relacionados à assistência às urgências na APS.

2 JUSTIFICATIVA

A APS, de acordo com as políticas vigentes em âmbito nacional, é responsável pela atenção integral à população adscrita. Isto envolve não só o planejamento e execução de ações estratégicas destinadas à vigilância, prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, mas também o cuidado centrado na pessoa de forma longitudinal e a coordenação do cuidado entre os pontos da rede (Brasil, 2017a).

Espera-se que a APS tenha uma capacidade resolutiva de cerca de 80% sobre as necessidades da população, sendo o acesso de primeiro contato um dos parâmetros de resolutividade (Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, 20--). E a grande porcentagem de casos que recorrem ao pronto atendimento, porém, é classificada como de baixa gravidade, com possibilidade de resolução da APS, reportada em diversos municípios brasileiros (Belo Horizonte, 2019).

Tais atributos demonstram a magnitude das demandas na APS e sua potencialidade; diante disso, é necessário que as equipes de APS estejam aptas também para o acolhimento à demanda espontânea, primeiro atendimento às urgências e todo fluxo que o envolve. Mesmo que com pouca frequência de ocorrência na APS, as UE são situações críticas que necessitam de ações concretas e rápidas, que se não forem instituídas poderão trazer desfechos desfavoráveis (Romani, 2009).

Assim, fica clara a importância da APS como ponto da RAS e da RAU, bem como a necessidade de avaliação de sua qualidade, a fim de buscar aprimoramentos e melhorias.

Ainda que existam diretrizes regionais e nacionais, o Brasil ainda tem enfrentado desafios no que tange a atenção às UE. Em linhas gerais, o PMAQ-AB sintetiza as recomendações do MS para todo o território nacional e contempla o preconizado pelas políticas vigentes, tendo como objetivo enfrentar as dificuldades na assistência à saúde, não existindo até o momento outro instrumento de avaliação que aborde de forma ampla tais questões.

Vê-se uma progressão nas publicações a partir de 2014 abordando avaliação de serviços de saúde voltadas à APS no Brasil, relacionadas à criação do PMAQ-AB, mas ainda há poucos estudos que tratam da atenção às UE neste cenário (Vasconcelos *et al.*, 2018).

Assim, fica clara a importância da APS como ponto da RAS e da RAU, bem como a necessidade de avaliação de sua qualidade, a fim de buscar aprimoramentos e melhorias.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

O estudo tem por objetivo avaliar a assistência de urgências e emergências nas Unidades Básicas de Saúde do território brasileiro avaliadas pelo terceiro ciclo do PMAQ-AB.

3.2 Específicos

- I. Caracterizar a estrutura, segundo a ambiência das UBSs e a presença de insumos para o atendimento de UE.
- II. Analisar o acesso e processo de trabalho das eAPs, quanto ao atendimento de UE, na perspectiva dos trabalhadores de saúde.
- III. Analisar o acesso ao atendimento de UE na perspectiva do usuário de saúde.
- IV. Comparar a presença de itens necessários ao atendimento de UE segundo região geográfica do Brasil e porte populacional dos municípios.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, a partir da análise de dados secundários nacionais coletados durante o terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB nas unidades básicas de saúde do território brasileiro que aderiram ao programa (Haddad, 2004).

A avaliação externa foi executada em 2018, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior no país (IES). O questionário de avaliação externa do PMAQ-AB foi elaborado em módulos, e para a análise desta dissertação serão utilizados itens dos Módulos I, II e III e a listagem de classificação e certificação final das equipes ao fim do programa.

Os dados são de domínio público e estão disponíveis no site: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

4.2 Cenário

Segundo dados do IBGE, a partir do último censo em 2010 e consequentes projeções da população, o Brasil tinha, para 2018, uma população estimada de 208.494.900 pessoas distribuídas nas cinco macrorregiões – Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul.

O país conta com 5.568 municípios, um Distrito Federal (Brasília) e um Distrito Estadual em Pernambuco (Fernando de Noronha); destes, cerca de 90 a 92% aderiram e participaram da avaliação externa.

4.3 População do Estudo

Todas as equipes homologadas dos municípios que pactuaram e aderiram à participação no terceiro ciclo do PMAQ-AB, totalizando 38.865 Equipes de Atenção Básica, 30.346 Unidades Básicas de Saúde.

Cerca de 70% das equipes ativas no SUS em janeiro de 2018 aderiram ao terceiro Ciclo do PMAQ-AB (Catapan; Willemann; Calvo, 2021). O total de equipes no

Brasil representava uma cobertura estimada de 75,12% para a AB e 64,74% para a ESF neste período (Brasil, 2019b).

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas todas as Unidades Básicas de Saúde, cujas equipes responderam integralmente aos itens do inquérito de avaliação externa do PMAQ-AB selecionados especificamente para o presente estudo. E foram excluídas aquelas, cujas equipes não participaram da avaliação, não respondendo aos Módulos I, II e III.

Também foram excluídas as unidades que representavam as equipes NASF.

Ainda que façam parte do escopo da APS, foram excluídas as urgências odontológicas e obstétricas, uma vez que o inquérito de avaliação externa possuía muitos itens, na tentativa de reduzirmos o número de variáveis a serem analisadas sem prejudicar os objetivos principais. A avaliação de tais demandas pode ser fonte de futuros estudos complementares.

4.5 Seleção das Variáveis

As variáveis foram selecionadas a partir da leitura e levantamento de itens do questionário da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, incluindo, por conveniência, as questões que abordassem o objeto de interesse desta pesquisa. Foram analisadas as respostas aos itens dadas aos avaliadores, durante visita às UBSs, no momento da avaliação externa do programa. Destaca-se que as respostas foram dadas pelos trabalhadores de saúde, referentes à unidade de referência no módulo I e à equipe no módulo II. Também foram avaliadas as respostas aos itens dadas pelos usuários no módulo III.

Na perspectiva da proposta de avaliação da qualidade em saúde composta por estrutura, processo de trabalho e resultados, segundo a tríade de Donabedian (1988), a ambiência nas UBSs foi analisada como componente da estrutura no Módulo I. O processo de trabalho foi avaliado a partir da perspectiva das equipes de saúde em relação ao atendimento da demanda espontânea no Módulo II, e os resultados foram abordados na visão dos usuários no Módulo III.

4.5.1 Módulo I – Avaliação da Infraestrutura por observação na UBS

A fim de avaliar a estrutura no processo de assistência às urgências na APS, buscaram-se itens referentes à ambiência e aos insumos disponíveis.

4.5.1.1 - Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde

Para caracterizar a estrutura e ambiência existem 47 variáveis disponíveis no PMAQ-AB; contudo, foram avaliados apenas os quatro itens existentes que remetem a espaços na UBS de possível utilização para atendimento às UE:

- Sala exclusiva para curativo
- Sala exclusiva para procedimentos
- Sala exclusiva para observação (curta duração)
- Área externa para embarque e desembarque de ambulância

Os documentos oficiais do MS não trazem a recomendação de exclusividade de salas distintas de curativo, observação e/ou procedimento como o PMAQ-AB, mas ressaltam a importância da existência de um ambiente específico para observação e ou atendimento de urgência. Sendo papel da APS estabilizar os casos de maior complexidade para, quando necessário, encaminhá-los posteriormente a outros pontos da RAS, sendo imprescindível ambiente adequado para tal ação.

Uma vez que se tem como atribuição das UBSs a conduta inicial de estabilização e posterior regulação de casos de maior complexidade, em que são necessárias intervenções em outros pontos da rede para resolução, considerou-se importante para o estudo avaliar também a existência de área específica para embarque e desembarque de ambulância.

4.5.1.2 – Insumos para Atendimento de Urgência e Emergência na Unidade

Foram selecionadas duas questões gerais, que também contribuem para a avaliação de desempenho no PMAQ-AB:

- “A unidade possui insumos para atendimento de urgência?”
- “Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local (ex.: em uma sala / maleta)?”

Para além da afirmação sobre se as equipes possuíam ou não insumos, a fim de se verificar a real presença dos itens discriminados pelo programa, parte destes foram selecionados.

Devido à grande quantidade de variáveis existentes nesta dimensão e não sendo o objetivo deste trabalho explorá-los de forma a esgotá-los, mas acreditando que ao avaliar os principais itens ao atendimento de urgência poderia se ter um recorte do panorama geral, foram excluídos do processo de análise as variáveis referentes a medicamentos (n=22) e EPIs (n=4) e parte dos itens referentes a insumos (n=31).

Para a seleção dos insumos utilizou-se como critério a presença dos itens também em publicações oficiais prévias. Tomando o PMAQ-AB como referencial teórico e base de dados, pesquisou-se nas publicações oficiais do MS outros referenciais para comparação. Identificou-se nos *sites* oficiais o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, a Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002 e o Caderno de Atenção Básica n. 28, Volume I - Acolhimento à Demanda Espontânea (Brasil, 2002a; Brasil, 2008; Brasil, 2013c).

Assim, definiu-se como critério de inclusão das variáveis os itens que estivessem presentes em pelo menos dois dos três referenciais, conforme apêndice I, exceto a água destilada, por ser um insumo de disponibilidade usual nas UBSs.

Para os insumos, de 31 itens foram selecionados dez, cujas respostas são categorizadas em sim ou não de acordo com a presença ou não dos itens:

- Torpedo/cilindro de oxigênio de 1m³, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone: sim ou não
- Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)
- Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)
- Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU)
- Aparelho para nebulização

- Colar cervical adulto
- Colar cervical infantil

Devido à importância do estabelecimento de uma via aérea e avaliação da saturação no atendimento às UE, apesar de serem citados apenas no PMAQ-AB e não preencherem os critérios definidos inicialmente, optamos por avaliar também a presença dos seguintes itens:

- Oxímetro de pulso
- Cateteres para oxigênio tipo óculos
- Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal

4.5.2 Módulo II - Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica

Para avaliação do processo de trabalho da equipe e organização do serviço e do cuidado para com os usuários, guardando relação com as urgências na APS, extraíram-se do questionário de avaliação externa as seguintes questões. As respostas aos itens foram categorizadas em sim ou não de acordo com sua presença.

4.5.2.1 - Acolhimento à Demanda Espontânea

- A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
- No atendimento à demanda espontânea, a equipe realiza atendimento de urgência?
- A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?
- Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?
- O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?
- A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?

4.5.2.2 – Oferta de Serviços

Foi possível avaliar se as equipes que prestam serviços como a realização de:

- Eletrocardiograma
- Drenagem de Abscesso
- Sutura
- Administração de Medicação Endovenosa

4.5.2.3 - Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde

Foram selecionadas as seguintes perguntas referentes à inserção da AB na Rede de Atenção à Saúde, para situações de urgência:

- Existem referências e fluxos definidos para condições de urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)?
- Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?

4.5.3 Módulo III - Entrevista com o Usuário na UBS

Para verificar a experiência e a percepção dos usuários foram selecionadas as variáveis que tratavam do acesso aos serviços de saúde e a utilização dos recursos pela demanda espontânea:

- Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?

Para respostas positivas à pergunta acima, abriam-se as seguintes perguntas:

- O(A) senhor(a) conseguiu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?

- Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?
- O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?
- Por que motivo não conseguiu atendimento na Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?

Para respostas negativas, analisaram-se as seguintes perguntas:

- Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?
- Qual serviço o(a) senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?

4.6 Análises dos dados

Os dados de interesse foram compilados a partir da base de dados para planilha do pacote Office, por meio do *Excel^R*, e a esta planilha foram agregados dados de interesse como região geográfica e porte populacional.

As macrorregiões geográficas são Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) e o porte populacional dos municípios foi classificado para este estudo em 3 estratos: pequeno porte, com menos de 25 mil habitantes, médio de 25 a 100 mil, e grande porte, acima de 100 mil habitantes) (Catapan; Willemann; Calvo, 2021).

Inicialmente os dados foram descritos através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas).

Para estimar as razões de prevalência (razões de proporção) (RP) comparando regiões e portes populacionais quanto às respostas "Sim" de cada questão binária foi utilizado o modelo de regressão log-binomial (Skov *et al.*, 1998). Já a associação entre regiões e portes populacionais para as questões com mais de duas categorias de resposta foi analisada por meio do teste qui-quadrado.

Para comparar o tempo de espera para ser atendido(a) entre regiões e portes populacionais, foi proposto um modelo linear generalizado com distribuição Gamma com função de ligação identidade. A distribuição gama foi escolhida por ser comumente usada para modelar valores de dados positivos que são assimétricos à

direita e maiores que 0. A classe de modelos lineares generalizados é uma extensão do modelo linear tradicional o qual permite que a média populacional seja dependente de um preditor linear através de uma função de ligação não linear e permite que a distribuição de probabilidade da variável resposta seja qualquer membro da família exponencial (Distribuição Normal, Binomial, Poisson e Gama) (McCullagh; Nelder, 1989).

Foram utilizados software R, versão 4.0.4 e as análises, através do SAS 9.4. E para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE): n. 28137419.9.0000.5414 (ANEXO I). Esta pesquisa seguiu as exigências éticas estabelecidas de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Este estudo seguiu as normas éticas destinadas à pesquisa, solicitou e lhe foi concedido dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), uma vez que utilizou banco de dados secundários, que podem ser encontrados no site do MS, disponível por meio do *link*: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

Justifica-se esta solicitação de dispensa do TCLE, pois já foram aplicados no momento da entrevista pelo próprio programa, não sendo possível localizar novamente os participantes do projeto, dada a distribuição dos participantes por todo território nacional, além disto, não houve identificação e individualização das pessoas entrevistadas, sendo os elementos representados por usuários, trabalhadores das equipes e unidades. Ademais, as informações são provenientes de dados secundários de acesso público e livre.

6 RESULTADOS

Avaliação da Infraestrutura por observação na UBS

A partir dos dados disponibilizados da avaliação externa pelo PMAQ-AB, foi evidenciado que 30.346 unidades de saúde foram visitadas para entrevista e puderam responder aos itens do Módulo I, referentes à observação da UBS. Destas, 28.939 unidades (95,36%) aceitaram a aplicação do questionário, tendo uma perda na participação de 1.407 unidades (4,64%).

Tabela 1 - Motivos para não aplicação do Módulo I – Infraestrutura da UBS, segundo dados do 3º Ciclo do PMAQ-AB. Ribeirão Preto – 2023

Motivos para não aplicação do questionário	Perdas	Percentual
UBS fechada permanentemente/desativada	954	67,80
A gestão não queria avaliação da UBS	85	6,04
A equipe não queria avaliação da UBS	216	15,35
UBS em reforma ou ampliação e a equipe não estava fazendo atendimento em nenhum outro local	37	2,63
A equipe desta UBS não aderiu ao PMAQ	109	7,75
A equipe desta UBS não era classificada como um tipo de equipe que poderia participar do PMAQ (Fluvial, Indígena, Sistema Penitenciário, Consultório na Rua)	6	0,43
Total	1407	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde

Ambiência da Unidade de Saúde

Das unidades avaliadas, 13.241 (45,75%) possuíam sala exclusiva para curativo, 12.811 (44,27%) apresentavam sala exclusiva para procedimentos e apenas 6.836 (23,62%) unidades possuíam sala exclusiva para observação de curta duração. Ou seja, menos de 50% das unidades possuíam os três tipos de sala de forma exclusiva.

Já para área externa de embarque e desembarque de ambulância, 54,50% das unidades afirmaram possuir este ambiente.

Os ambientes foram comparados por região geográfica e por porte populacional, identificando-se, assim, algumas variações.

Ambiência e regiões geográficas

Análise descritiva da ambiência por regiões

O número de UBSs respondentes por região do país foi de 12.048 para NE (41,63%), 8.331 para o SE (28,78%), 4.160 para S (14,37%), 2.255 para o N (7,79%) e 2.145 para o CO (7,41%).

Tabela 2 - Análise descritiva da Ambiência nas UBSs por região geográfica do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

	CO (n=2145)	N (n=2255)	NE (n=12048)	S (n=4160)	SE (n=8331)
<i>Sala exclusiva para curativo</i>					
Sim	1117 (52,07%)	818 (36,27%)	4586 (38,06%)	1659 (39,88%)	5061 (60,75%)
<i>Sala exclusiva para procedimentos</i>					
Sim	937 (43,68%)	887 (39,33%)	6014 (49,92%)	1373 (33%)	3600 (43,21%)
<i>Sala exclusiva para observação (curta duração)</i>					
Sim	716 (33,38%)	415 (18,4%)	2567 (21,31%)	1087 (26,13%)	2051 (24,62%)
<i>Área externa para embarque e desembarque de ambulância</i>					
Sim	1330 (62%)	1137 (50,42%)	5646 (46,86%)	2856 (68,65%)	4803 (57,65%)

Fonte: elaborado pelo autor

Para sala de curativos, apenas o SE e o CO possuíam este ambiente em mais de 50% das UBSs, estando as demais regiões abaixo de 40%. Enquanto para salas exclusivas de procedimento e observação, nenhuma região atingiu mais de 50% de presença desses ambientes.

Avaliando-se as salas para observação de curta duração, evidencia-se que apenas 6.836 (23,62%) do total de unidades participantes do programa possuíam este ambiente, sendo então o menos encontrado nas UBSs em todas as cinco regiões, com maior proporção no Centro-Oeste (33,38%) e menor na região Norte (18,4%) (RP: 1,814; IC: 1,632 a 2,016, $p < 0,0001$).

Ao analisar a presença de área para embarque e desembarque de ambulância por região, observou-se que as Regiões Sul e Centro-Oeste são as que mais referiram

possuir esse ambiente, atingindo respectivamente 68% e 62%. Em contrapartida, as UBSs do Nordeste foram as que menos referiram possuir este espaço exclusivo (53,14%).

Análise comparativa da ambiência por regiões

A disponibilidade de salas nas unidades de saúde foi comparada entre as regiões do Brasil (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise comparativa quanto às respostas "Sim" para a presença de sala exclusiva de curativo, procedimentos e observação de curta duração nas UBSs por região geográfica do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação entre regiões	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Disponibilidade de sala exclusiva para curativo				
CO e N	1,436	1,341	1,537	<0,0001
CO e NE	1,368	1,306	1,433	<0,0001
CO e S	1,306	1,236	1,380	<0,0001
CO e SE	0,857	0,820	0,896	<0,0001
N e NE	0,953	0,898	1,011	0,1112
N e S	0,910	0,851	0,972	0,005
N e SE	0,597	0,564	0,632	<0,0001
NE e S	0,955	0,914	0,997	0,0367
NE e SE	0,627	0,609	0,645	<0,0001
S e SE	0,657	0,630	0,684	<0,0001
Disponibilidade de sala exclusiva para procedimentos				
CO e N	1,111	1,035	1,191	0,0034
CO e NE	0,875	0,831	0,921	<0,0001
CO e S	1,324	1,241	1,412	<0,0001
CO e SE	1,011	0,958	1,067	0,694
N e NE	0,788	0,746	0,832	<0,0001
N e S	1,192	1,115	1,275	<0,0001
N e SE	0,910	0,860	0,964	0,0012
NE e S	1,512	1,443	1,585	<0,0001
NE e SE	1,155	1,121	1,191	<0,0001
S e SE	0,764	0,727	0,803	<0,0001
Disponibilidade de sala exclusiva para observação de curta duração				
CO e N	1,814	1,632	2,016	<0,0001
CO e NE	1,567	1,462	1,679	<0,0001
CO e S	1,278	1,181	1,382	<0,0001
CO e SE	1,356	1,263	1,455	<0,0001
N e NE	0,864	0,787	0,948	0,0021

N e S	0,704	0,637	0,779	<0,0001
N e SE	0,748	0,680	0,822	<0,0001
NE e S	0,815	0,767	0,867	<0,0001
NE e SE	0,866	0,823	0,911	<0,0001
S e SE	1,061	0,996	1,131	0,0657

CO=Centro Oeste; N=Norte; NE= Nordeste; S=Sul e SE=Sudeste

Fonte: elaborado pelo autor

Comparando-se as regiões, evidencia-se que o SE tem maior proporção de sala exclusiva de curativo, de 14,3% comparado a região CO até 37,3% comparado ao NE. Na região CO, a RP varia de 30 até 43% com as regiões do S, NE e N. Apenas para região N, quando comparada ao NE, não houve diferença estatística.

Analisando as respostas para sala de procedimentos entre regiões, nota-se maior proporção deste ambiente no NE, seguido do CO e SE. Não houve diferença estatística na comparação entre as regiões CO e SE para este ambiente, sendo as regiões N e S, consecutivamente, com menores proporções de salas exclusivas de procedimento.

O CO apresenta maior proporção de sala exclusiva para observação (de curta duração). As regiões S e SE não possuem diferença estatística quando comparadas entre si; em seguida, temos a região NE e, com menor proporção, a região N.

Tabela 4 - Análise comparativa quanto as respostas "Sim" para a presença de área externa para embarque e desembarque de ambulância nas UBSs por região geográfica do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação entre regiões*	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Área externa para embarque e desembarque de ambulância				
CO e N	1,230	1,167	1,296	<0,0001
CO e NE	1,323	1,274	1,375	<0,0001
CO e S	0,903	0,869	0,939	<0,0001
CO e SE	1,076	1,036	1,117	0,0002
N e NE	1,076	1,029	1,126	0,0015
N e S	0,734	0,702	0,769	<0,0001
N e SE	0,875	0,836	0,915	<0,0001
NE e S	0,683	0,664	0,702	<0,0001
NE e SE	0,813	0,792	0,835	<0,0001
S e SE	1,191	1,158	1,224	<0,0001

*CO=Centro Oeste; N=Norte; NE= Nordeste; S=Sul e SE=Sudeste

Fonte: elaborado pelo autor

Foram significativas todas as comparações entre as regiões para a presença de área externa para embarque e desembarque de ambulância. Para este ambiente, há maior proporção na região Sul, seguida, em ordem decrescente, das regiões, CO, SE, N e NE.

Com relação à ambiência nas regiões do país analisadas, observa-se que a região CO teve o maior número de unidades que respondeu possuir sala para observação, sala de curativo e área de embarque e desembarque de ambulância, com significância estatística, e, em segundo lugar, em frequência (análise descritiva) para sala de curativo, apresentando-se assim como a região que mais obteve destaque quanto à ambiência, segundo o PMAQ-AB.

Ambiência e Porte Populacional

Das 28.939 UBSs respondentes, 11.984 (41,41%) estavam localizadas em municípios de pequeno porte, 9.424 (32,56%) de médio e 7.531 (26,02%) de grande porte.

Análise descritiva da ambiência por porte

Tabela 5 - Análise descritiva da Ambiência nas UBSs por porte populacional dos municípios do Brasil, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

	Pequeno (n=11984)	Médio (n=9424)	Grande (n=7531)
<i>Sala exclusiva para curativo</i>			
Sim	5256 (43,86%)	4051 (42,99%)	3934 (52,24%)
Não	6728 (56,14%)	5373 (57,01%)	3597 (47,76%)
<i>Sala exclusiva para procedimentos</i>			
Sim	5451 (45,49%)	4215 (44,73%)	3145 (41,76%)
Não	6533 (54,51%)	5209 (55,27%)	4386 (58,24%)
<i>Sala exclusiva para observação (curta duração)</i>			
Sim	3541 (29,55%)	1759 (18,67%)	1536 (20,4%)
Não	8443 (70,45%)	7665 (81,33%)	5995 (79,6%)
<i>Área externa para embarque e desembarque de ambulância</i>			
Sim	6886 (57,46%)	4738 (50,28%)	4148 (55,08%)
Não	5098 (42,54%)	4686 (49,72%)	3383 (44,92%)

Fonte: elaborado pelo autor

Comparando-se os três tipos de sala, observa-se que, em relação ao porte, apenas as salas exclusivas de curativo nos municípios de grande porte atingiram mais de 50% de presença nas UBSs.

As unidades presentes em municípios de médio porte apresentaram os menores percentuais relacionados tanto à área externa para ambulância, quanto para sala exclusiva de curativo e para salas de observação de curta duração; em contraponto a um cenário mais favorável relacionado à distribuição dos ambientes nos municípios de pequeno porte, exceto para sala de curativo.

Apenas para área externa de embarque e desembarque de ambulância as UBSs apresentaram uma frequência maior que 50% em todos os portes (pequeno, médio e grande).

Demonstra-se menores proporções de presença de sala de observação quando comparada aos demais ambientes e em todos os portes.

Análise comparativa da ambiência por porte

Tabela 6 - Análise comparativa quanto as respostas “Sim” para a presença de sala exclusiva de curativo, procedimentos, observação (curta duração) e área de embarque e desembarque de ambulância nas UBSs por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação entre porte dos municípios	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Sala exclusiva para curativo				
Pequeno e Médio	1,020	0,989	1,052	0,2016
Pequeno e Grande	0,840	0,815	0,865	<0,0001
Médio e Grande	0,823	0,797	0,849	<0,0001
Sala exclusiva para procedimentos				
Pequeno e Médio	1,017	0,987	1,048	0,2681
Pequeno e Grande	1,089	1,054	1,126	<0,0001
Médio e Grande	1,071	1,034	1,109	0,0001
Sala exclusiva para observação (curta duração)				
Pequeno e Médio	1,583	1,505	1,665	<0,0001
Pequeno e Grande	1,449	1,375	1,527	<0,0001
Médio e Grande	0,915	0,861	0,973	0,0046
Área externa para embarque e desembarque de ambulância				
Pequeno e Médio	1,143	1,114	1,172	<0,0001
Pequeno e Grande	1,043	1,017	1,070	0,0012
Médio e Grande	0,913	0,887	0,939	<0,0001

Fonte: elaborado pelo autor

Nos municípios de médio porte, há menor proporção de salas de curativo e observação, bem como área externa para ambulância quando comparados aos municípios de grande porte. Também há menor proporção de sala de curativos nos municípios de pequeno porte quando comparados aos de grande. Mas não se evidencia diferença estatística entre os municípios de pequeno e médio porte para salas de curativo.

Para a sala de procedimentos, estima-se maior proporção deste ambiente para municípios de pequeno e de médio porte, mas sem diferença entre estes dois, quando comparados aos de grande porte.

Tanto para a sala de observação quanto para a área de ambulância, há maior proporção destes ambientes em municípios de pequeno porte quando comparados aos de grande e médio porte, e há menor proporção nos de médio quando comparados aos de grande porte.

A presença de área de embarque e desembarque de ambulância tem maior proporção nas unidades de municípios de pequeno, grande e médio porte em ordem decrescente, com significância estatística entre elas.

Presença de Insumos para atendimentos de urgência e emergência e armazenamento

Durante a avaliação externa, em cada UBS visitada, um profissional de saúde foi indicado para responder à entrevista sobre a avaliação da estrutura da unidade (Módulo I). Apesar de tratar da avaliação de infraestrutura, as respostas às perguntas “A unidade possui insumos para atendimento de urgência?” e “Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex.: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?” foram dadas pelos profissionais de saúde. Abaixo, essas respostas foram avaliadas.

Tabela 7 - Análise descritiva geral das respostas "Sim" as perguntas "A unidade possui insumos para atendimento de urgência?" e "Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex.: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?"

Variável	Total de casos	Percentual
<i>A unidade possui insumos para atendimento de urgência?</i>		
Sim	23569	81,44
Não	5370	18,56
n válido = 28939		
<i>Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos?</i>		
Sim	19196	81,45
Não	4373	18,55
n válido = 23569		

Fonte: elaborado pelo autor

Das 28.939 UBSs participantes do Módulo I da avaliação externa, em 23.569 (81,44%) os profissionais afirmaram possuir insumos para atendimento de urgências e, destes, 19.196 (81,45%) responderam que todos os itens estariam em um mesmo local para facilitação do atendimento dos casos.

Presença de Insumos para atendimentos de urgência e emergência e armazenamento e região geográfica

Análise descritiva por região

Tabela 8 - Presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=2145)	N (n=2255)	NE (n=12048)	S (n=4160)	SE (n=8331)
<i>A unidade possui insumos para atendimento de urgência?</i>					
Sim	1681 (78,37%)	1330 (58,98%)	10436 (86,62%)	3679 (88,44%)	6443 (77,34%)
Não	464 (21,63%)	925 (41,02%)	1612 (13,38%)	481 (11,56%)	1888 (22,66%)
n válido = 28939					
<i>Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos?</i>					
Sim	1350 (80,31%)	985 (74,06%)	8621 (82,61%)	3251 (88,37%)	4989 (77,43%)

Não 331 (19,69%) 345 (25,94%) 1815 (17,39%) 428 (11,63%) 1454 (22,57%)

n válido = 23569

Fonte: elaborado pelo autor

Dentre as regiões do país, os profissionais do Sul (88,44%), seguidos dos profissionais do Nordeste (86,62%), foram os que mais afirmaram possuir insumos para atendimento de urgência (88,44%). As regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentaram percentuais semelhantes na presença de insumos de urgência, maiores que 77%; contudo, os profissionais da região Norte foram os quem menos referiram possuir estes materiais para atendimento de urgência (58,98%). O armazenamento dos itens em um mesmo local seguiu esta mesma ordem.

Análise comparativa por região

Tabela 9 - Análise comparativa quanto a presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação entre regiões*	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
A unidade possui insumos para atendimento de urgência?				
CO e N	1,329	1,275	1,384	<0,0001
CO e NE	0,905	0,884	0,926	<0,0001
CO e S	0,886	0,864	0,908	<0,0001
CO e SE	1,013	0,988	1,039	0,301
N e NE	0,681	0,657	0,705	<0,0001
N e S	0,667	0,643	0,691	<0,0001
N e SE	0,763	0,735	0,791	<0,0001
NE e S	0,980	0,967	0,992	0,0018
NE e SE	1,120	1,105	1,135	<0,0001
S e SE	1,144	1,125	1,162	<0,0001
Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos?				
CO e N	1,084	1,042	1,128	<0,0001
CO e NE	0,972	0,948	0,997	0,0285
CO e S	0,909	0,885	0,933	<0,0001
CO e SE	1,037	1,009	1,066	0,0083
N e NE	0,897	0,867	0,927	<0,0001
N e S	0,838	0,810	0,867	<0,0001
N e SE	0,956	0,924	0,990	0,0112
NE e S	0,935	0,921	0,949	<0,0001
NE e SE	1,067	1,050	1,084	<0,0001

S e SE 1,141 1,121 1,162 <0,0001

*CO=Centro Oeste; N=Norte; NE= Nordeste; S=Sul e SE=Sudeste

Fonte: elaborado pelo autor

Não se observou diferença estatística entre as respostas das regiões Centro-Oeste e Sudeste quanto à presença de insumos para atendimento de urgência. Entretanto, essa diferença ocorre quando se compara as respostas de todas demais regiões para esta pergunta.

As UBSs da região Norte apresentaram uma prevalência 33% menor de possuir insumos, segundo os profissionais entrevistados, em relação às unidades da região Sul. Tanto a região Sul quanto o Nordeste possuem maiores proporções de insumos e armazenamento em local apropriado em suas unidades que as localizadas na região Sudeste.

A comparação entre regiões para o local de armazenamento dos insumos foi significativa entre todas as regiões.

Presença de Insumos para atendimentos de urgência e emergência e armazenamento e porte populacional

Análise descritiva por porte

Tabela 10 - Presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=11984)	Médio (n=9424)	Grande (n=7531)
<i>A unidade possui insumos para atendimento de urgência?</i>			
Sim	9950 (83,03%)	7617 (80,83%)	6002 (79,7%)
Não	2034 (16,97%)	1807 (19,17%)	1529 (20,3%)
n válido = 28939			
	Pequeno (n=9950)	Médio (n=7616)	Grande (n=6002)
<i>Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos?</i>			
Sim	8034 (80,74%)	6155 (80,81%)	5007 (83,42%)
Não	1916 (19,26%)	1462 (19,19%)	995 (16,58%)
n válido = 23569			

Fonte: elaborado pelo autor

Os profissionais entrevistados nas unidades dos municípios de pequeno porte referiram possuir insumos para atendimento de UE em maior frequência, seguidos dos municípios de médio e grande portes.

Esta ordem se inverte, passando a maior frequência nos municípios de grande porte, seguidos dos de médio e pequeno portes para a organização e armazenamento dos itens em um mesmo local.

Análise comparativa por porte

Tabela 11 - Análise comparativa quanto a presença de insumos para atendimento de urgência e local de armazenamento nas unidades de saúde, por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação entre os portes dos municípios	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
A unidade possui insumos para atendimento de urgência?				
Pequeno e Médio	1,027	1,014	1,040	<0,0001
Pequeno e Grande	1,042	1,027	1,057	<0,0001
Médio e Grande	1,014	0,999	1,030	0,0672
Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos?				
Pequeno e Médio	0,999	0,985	1,014	0,9172
Pequeno e Grande	0,968	0,954	0,982	<0,0001
Médio e Grande	0,969	0,954	0,984	<0,0001

Fonte: elaborado pelo autor

Para a análise comparativa das respostas relacionadas a posse dos insumos entre os municípios de médio e grande porte não houve diferença estatística, tendo os municípios de pequeno porte apresentado maior proporção quando comparados aos de médio (RP:1,027; IC: 1,014-1,040; $p<0,0001$) e grande porte (RP1,042; IC: 1,027-1,057; $p<0,0001$).

Mas quanto ao armazenamento, as unidades dos municípios de grande porte apresentaram proporções discretamente elevadas, quando comparados aos de médio e pequeno portes e não houve diferença estatística entre os municípios de pequeno e médio portes.

Presença de Insumos para atendimentos de urgência e emergência por tipo de insumo

Durante a avaliação externa, os profissionais precisavam apresentar para a equipe avaliadora tanto os documentos comprobatórios exigidos no Módulo II, quanto mostrar os insumos (se possuíam ou não) contemplados no Módulo I em avaliação da UBS.

Além do questionamento inicial ao profissional de saúde, a avaliação verificou a presença dos itens recomendados como insumos ao atendimento de UE na APS, item a item.

Descrição geral

Das 28.939 unidades respondentes ao Módulo I da avaliação externa, 23.569 (81,44%) UBSs que afirmaram possuir insumos para atendimento de urgências apresentaram os seguintes materiais para a equipe avaliadora.

Tabela 12 - Análise descritiva geral da presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Sim		Não	
	Total	Percentual	Total	Percentual
<i>Torpedo/cilindro de oxigênio</i>	14583	61,87	8986	38,13
<i>Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal</i>	10314	43,76	13255	56,24
<i>Oxímetro de pulso</i>	13084	55,51	10485	44,49
<i>AMBU adulto</i>	16147	68,51	7422	31,49
<i>AMBU pediátrico</i>	13544	57,47	10025	42,53
<i>AMBU neonatal</i>	4149	17,6	19420	82,4
<i>Cateteres para oxigênio tipo óculos</i>	14179	60,16	9390	39,84
<i>Aparelho para nebulização</i>	19815	84,07	3754	15,93
<i>Colar cervical adulto</i>	10668	45,26	12901	54,74
<i>Colar cervical infantil</i>	7755	32,9	15814	67,1

n válido = 23569

Fonte: elaborado pelo autor

Dos 10 itens avaliados pela seleção do estudo, seis estão presentes em mais de 50%. Mas ocorre importante variação entre os itens com o mínimo, por exemplo de 17,6% para a presença de AMBU neonatal e o máximo de 84,07% para a presença de Aparelho de Nebulização.

A presença do AMBU adulto e pediátrico foi referido por mais da metade das UBSs estudadas; entretanto, este mesmo percentual também referiu não possuir laringoscópio, colar cervical adulto e infantil.

Análise descritiva por região

Dos 10 insumos analisados, quatro estão relacionados ao processo de intubação, três ao provimento de oxigênio, um para nebulização e dois relacionados à imobilização.

Tabela 13 - Análise descritiva da presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região*				
	CO (n=1681)	N (n=1330)	NE (n=10436)	S (n=3679)	SE (n=6443)
<i>Torpedo/cilindro de oxigênio</i>					
Sim	1191 (70,85%)	530 (39,85%)	5226 (50,08%)	3171 (86,19%)	4465 (69,3%)
<i>Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal</i>					
Sim	755 (44,91%)	320 (24,06%)	3371 (32,3%)	2246 (61,05%)	3622 (56,22%)
<i>Oxímetro de pulso</i>					
Sim	937 (55,74%)	325 (24,44%)	4739 (45,41%)	2849 (77,44%)	4234 (65,71%)
<i>Ambu adulto</i>					
Sim	1180 (70,2%)	619 (46,54%)	5485 (52,56%)	3332 (90,57%)	5531 (85,85%)
<i>AMBU pediátrico</i>					
Sim	963 (57,29%)	480 (36,09%)	4157 (39,83%)	3049 (82,88%)	4895 (75,97%)
<i>AMBU neonatal</i>					
Sim	341 (20,29%)	152 (11,43%)	1305 (12,5%)	957 (26,01%)	1394 (21,64%)
<i>Cateteres para oxigênio tipo óculos</i>					
Sim	1037 (61,69%)	436 (32,78%)	5492 (52,63%)	2941 (79,94%)	4273 (66,32%)
<i>Aparelho para nebulização</i>					
Sim	1389 (82,63%)	1203 (90,45%)	9513 (91,16%)	2955 (80,32%)	4755 (73,8%)
<i>Colar cervical adulto</i>					
Sim	733 (43,6%)	386 (29,02%)	4338 (41,57%)	1652 (44,9%)	3559 (55,24%)
<i>Colar cervical infantil</i>					
Sim	573 (34,09%)	255 (19,17%)	2927 (28,05%)	1289 (35,04%)	2711 (42,08%)

n válido = 23569

* CO=Centro Oeste; N=Norte; NE= Nordeste; S=Sul e SE=Sudeste

Fonte: elaborado pelo autor

Para seis dos 10 itens (“Laringoscópio adulto”, “Oxímetro de pulso”, “Cateter para Oxigênio” e “AMBU” adulto, pediátrico e neonatal), temos uma frequência que se

repete em ordem decrescente dentre as regiões do país; seguindo do S, SE, CO, NE e então N. Destaca-se que apenas as equipes das regiões Sul e Sudeste referiram possuir laringoscópio em mais da metade das unidades.

O colar cervical adulto não foi identificado em mais da metade das UBSs de todas as regiões do país, exceto no Sudeste (55,24%). Quanto ao colar cervical infantil, apenas um terço das unidades das regiões SE, S e CO referiram ter este equipamento.

Destaca-se ainda que as porcentagens de itens para adultos, como colar cervical adulto e “AMBU” adulto são maiores em todas as regiões do país, quando comparadas às porcentagens dos itens para a população pediátrica, como colar cervical infantil e AMBU neonatal e pediátrico.

Quanto à presença de “Oxigênio”, as regiões Sul, CO e SE apresentaram os maiores percentuais, enquanto as regiões NE e N se mantiveram com percentuais menores. Há uma inversão desta ordem para a presença de “Aparelho de nebulização”. Neste item, as regiões NE e N excederam as regiões CO, S e SE, nesta ordem.

Análise comparativa por região

Tabela 14 - Análise comparativa das respostas "Sim" à presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por região, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação entre regiões*	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Torpedo/cilindro de oxigênio				
CO e N	1,778	1,653	1,912	<0,0001
CO e NE	1,415	1,365	1,467	<0,0001
CO e S	0,822	0,795	0,850	<0,0001
CO e SE	1,022	0,988	1,059	0,2114
N e NE	0,796	0,743	0,852	<0,0001
N e S	0,462	0,432	0,495	<0,0001
N e SE	0,575	0,537	0,616	<0,0001
NE e S	0,581	0,568	0,595	<0,0001
NE e SE	0,723	0,705	0,741	<0,0001
S e SE	1,244	1,218	1,270	<0,0001
Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal				
CO e N	1,867	1,674	2,082	<0,0001
CO e NE	1,390	1,310	1,476	<0,0001

CO e S	0,736	0,694	0,780	<0,0001
CO e SE	0,799	0,755	0,846	<0,0001
N e NE	0,745	0,674	0,823	<0,0001
N e S	0,394	0,357	0,435	<0,0001
N e SE	0,428	0,388	0,472	<0,0001
NE e S	0,529	0,509	0,550	<0,0001
NE e SE	0,575	0,555	0,595	<0,0001
S e SE	1,086	1,050	1,123	<0,0001
Oxímetro de pulso				
CO e N	2,281	2,057	2,530	<0,0001
CO e NE	1,228	1,171	1,287	<0,0001
CO e S	0,720	0,687	0,754	<0,0001
CO e SE	0,848	0,810	0,888	<0,0001
N e NE	0,538	0,489	0,593	<0,0001
N e S	0,316	0,287	0,347	<0,0001
N e SE	0,372	0,338	0,409	<0,0001
NE e S	0,586	0,571	0,603	<0,0001
NE e SE	0,691	0,672	0,710	<0,0001
S e SE	1,178	1,150	1,208	<0,0001
AMBU adulto				
CO e N	1,508	1,413	1,610	<0,0001
CO e NE	1,336	1,288	1,385	<0,0001
CO e S	0,775	0,750	0,801	<0,0001
CO e SE	0,818	0,791	0,845	<0,0001
N e NE	0,886	0,834	0,941	<0,0001
N e S	0,514	0,485	0,545	<0,0001
N e SE	0,542	0,511	0,575	<0,0001
NE e S	0,580	0,568	0,593	<0,0001
NE e SE	0,612	0,600	0,625	<0,0001
S e SE	1,055	1,040	1,070	<0,0001
AMBU pediátrico				
CO e N	1,587	1,462	1,724	<0,0001
CO e NE	1,438	1,371	1,508	<0,0001
CO e S	0,691	0,662	0,722	<0,0001
CO e SE	0,754	0,722	0,788	<0,0001
N e NE	0,906	0,840	0,977	0,0102
N e S	0,436	0,405	0,469	<0,0001
N e SE	0,475	0,442	0,511	<0,0001
NE e S	0,481	0,468	0,494	<0,0001
NE e SE	0,524	0,510	0,539	<0,0001
S e SE	1,091	1,069	1,113	<0,0001
AMBU neonatal				
CO e N	1,775	1,487	2,119	<0,0001
CO e NE	1,622	1,457	1,806	<0,0001
CO e S	0,780	0,699	0,870	<0,0001
CO e SE	0,938	0,844	1,042	0,2314

N e NE	0,914	0,780	1,070	0,2642
N e S	0,439	0,375	0,515	<0,0001
N e SE	0,528	0,452	0,618	<0,0001
NE e S	0,481	0,446	0,518	<0,0001
NE e SE	0,578	0,540	0,619	<0,0001
S e SE	1,202	1,119	1,292	<0,0001
Cateteres para oxigênio tipo óculos				
CO e N	1,882	1,727	2,050	<0,0001
CO e NE	1,172	1,124	1,222	<0,0001
CO e S	0,772	0,741	0,804	<0,0001
CO e SE	0,930	0,892	0,970	0,0006
N e NE	0,623	0,576	0,674	<0,0001
N e S	0,410	0,379	0,444	<0,0001
N e SE	0,494	0,457	0,535	<0,0001
NE e S	0,658	0,643	0,675	<0,0001
NE e SE	0,794	0,774	0,814	<0,0001
S e SE	1,205	1,177	1,234	<0,0001
Aparelho para nebulização				
CO e N	0,914	0,888	0,940	<0,0001
CO e NE	0,907	0,886	0,927	<0,0001
CO e S	1,029	1,001	1,057	0,0407
CO e SE	1,120	1,091	1,150	<0,0001
N e NE	0,992	0,974	1,011	0,41
N e S	1,126	1,100	1,153	<0,0001
N e SE	1,226	1,198	1,254	<0,0001
NE e S	1,135	1,116	1,154	<0,0001
NE e SE	1,235	1,216	1,255	<0,0001
S e SE	1,088	1,065	1,112	<0,0001
Colar cervical adulto				
CO e N	1,503	1,359	1,661	<0,0001
CO e NE	1,049	0,989	1,113	0,1115
CO e S	0,971	0,910	1,036	0,3769
CO e SE	0,789	0,744	0,837	<0,0001
N e NE	0,698	0,640	0,762	<0,0001
N e S	0,646	0,590	0,708	<0,0001
N e SE	0,525	0,482	0,573	<0,0001
NE e S	0,926	0,887	0,966	0,0004
NE e SE	0,753	0,729	0,777	<0,0001
S e SE	0,813	0,780	0,848	<0,0001
Colar cervical infantil				
CO e N	1,778	1,563	2,022	<0,0001
CO e NE	1,215	1,130	1,308	<0,0001
CO e S	0,973	0,898	1,054	0,4992
CO e SE	0,810	0,754	0,871	<0,0001
N e NE	0,684	0,610	0,767	<0,0001
N e S	0,547	0,486	0,616	<0,0001

N e SE	0,456	0,407	0,511	<0,0001
NE e S	0,801	0,759	0,845	<0,0001
NE e SE	0,667	0,639	0,695	<0,0001
S e SE	0,833	0,790	0,878	<0,0001

* CO=Centro Oeste; N=Norte; NE= Nordeste; S=Sul e SE=Sudeste

Fonte: elaborado pelo autor

As análises demonstram maiores proporções para a presença da maioria dos itens nas regiões Sul e Sudeste quando comparadas às regiões Norte e Nordeste, exceto para o item “Aparelho de Nebulização”; havendo aqui uma inversão na ordem de proporção.

A região Sul apresentou uma razão de proporção 53% maior quanto ao torpedo de oxigênio nas UBSs, em comparação à região Norte. O Centro-Oeste também se destacou com maior RP em relação às regiões Sudeste, Nordeste e Norte.

As equipes da região Norte têm menores proporções de laringoscópio adulto quando comparadas às equipes da região Sul (RP:0,394; IC:0,357 a 0,435; $p<0,0001$). Seguindo a região Sul, em ordem decrescente de maior proporção do item por região, temos o SE, CO, NE e N.

A presença de “AMBU” neonatal é escassa em todas as regiões, destacando-se a região Sul onde foi mais presente, quando comparada com as demais regiões; em segundo lugar tem-se a região Sudeste para a presença desse insumo.

Em algumas análises não houve diferença estatística entre as regiões CO e SE como para a presença de “Oxigênio” e “AMBU neonatal”, entre as regiões CO e S para presença de “Colar cervical infantil e adulto”, bem como entre as regiões NE e N para a presença de “Aparelho de Nebulização” e “AMBU neonatal”; contudo, não comprometendo a evidência de dicotomia entre regiões ao Sul e ao Norte do país.

Análise descritiva por porte

Tabela 15 - Análise descritiva da presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=9950)	Médio (n=7617)	Grande (n=6002)
<i>Torpedo/cilindro de oxigênio</i>			
Sim	6621 (66,54%)	4120 (54,09%)	3842 (64,01%)
<i>Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal</i>			

Sim	4370 (43,92%)	2800 (36,76%)	3144 (52,38%)
<i>Oxímetro de pulso</i>			
Sim	6134 (61,65%)	3771 (49,51%)	3179 (52,97%)
<i>AMBU adulto</i>			
Sim	6686 (67,2%)	4798 (62,99%)	4663 (77,69%)
<i>AMBU pediátrico</i>			
Sim	5550 (55,78%)	3907 (51,29%)	4087 (68,09%)
<i>AMBU neonatal</i>			
Sim	1655 (16,63%)	1067 (14,01%)	1427 (23,78%)
<i>Cateteres para oxigênio tipo óculos</i>			
Sim	6545 (65,78%)	4188 (54,98%)	3446 (57,41%)
<i>Aparelho para nebulização</i>			
Sim	8837 (88,81%)	6602 (86,67%)	4376 (72,91%)
<i>Colar cervical adulto</i>			
Sim	5470 (54,97%)	3117 (40,92%)	2081 (34,67%)
<i>Colar cervical infantil</i>			
Sim	3858 (38,77%)	2316 (30,41%)	1581 (26,34%)

n válido = 23569

Fonte: elaborado pelo autor

Há grandes diferenças entre o tipo de item e o porte populacional, variando, por exemplo de 14,01% para a presença de AMBU neonatal em municípios de médio porte a 88,81% para a presença de aparelho de nebulização em municípios de pequeno porte.

Houve evidências de diferenças com menores proporções entre os municípios de médio porte quando comparados aos de pequeno e grande, quanto a todos os itens.

Para os itens “Laringoscópio adulto”, “AMBU adulto, pediátrico e neonatal”, há maior proporção nos municípios de grande porte, seguidos dos municípios de pequeno e médio portes.

Já para os itens “Oxigênio”, “Oxímetro de pulso” e “Cateter de Oxigênio” evidencia-se maior proporção nos municípios de pequeno porte, seguidos dos de grande e médio portes, sucessivamente.

E para os itens “Aparelho para nebulização” e “Colar cervical” adulto e infantil temos maior proporção nas unidades dos municípios de pequeno porte, seguidos dos de médio e, *a posteriori*, nos grandes centros.

Análise comparativa por porte

Portanto, evidencia-se que as UBSs dos municípios de pequeno porte apresentaram maior RP para a presença de “Oxigênio”, “Oxímetro”, “Cateter de O2”, “Aparelho para nebulização” e “Colar cervical” adulto e infantil em relação aos municípios de médio e grande portes.

As unidades dos municípios de médio porte apresentaram maior proporção em relação aos de grande porte quando comparamos a presença de “Aparelho de Nebulização” e “Colar cervical” adulto e infantil.

Com relação às UBSs dos municípios de grande porte, elas apresentaram maior proporção de “Laringoscópio” adulto e “AMBU” adulto, pediátrico e neonatal que as unidades dos municípios de pequeno e médio porte.

Todas as relações apresentaram significância estatística quando submetidas à análise adotando-se $p < 0,01$.

Tabela 16 - Análise comparativa das respostas "Sim" à presença dos insumos necessários ao atendimento de UE selecionados para o estudo, por porte, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Torpedo/cilindro de oxigênio				
Pequeno e Médio	1,230	1,200	1,261	<0,0001
Pequeno e Grande	1,040	1,015	1,064	0,0012
Médio e Grande	0,845	0,822	0,869	<0,0001
Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal				
Pequeno e Médio	1,195	1,152	1,240	<0,0001
Pequeno e Grande	0,838	0,811	0,866	<0,0001
Médio e Grande	0,702	0,676	0,729	<0,0001
Oxímetro de pulso				
Pequeno e Médio	1,245	1,212	1,280	<0,0001
Pequeno e Grande	1,164	1,131	1,198	<0,0001
Médio e Grande	0,935	0,905	0,966	<0,0001
AMBU adulto				
Pequeno e Médio	1,067	1,044	1,091	<0,0001
Pequeno e Grande	0,865	0,848	0,882	<0,0001
Médio e Grande	0,811	0,793	0,829	<0,0001
AMBU pediátrico				
Pequeno e Médio	1,088	1,057	1,118	<0,0001
Pequeno e Grande	0,819	0,799	0,840	<0,0001
Médio e Grande	0,753	0,733	0,775	<0,0001
AMBU neonatal				
Pequeno e Médio	1,187	1,106	1,275	<0,0001

Pequeno e Grande	0,700	0,657	0,745	<0,0001
Médio e Grande	0,589	0,548	0,633	<0,0001
Cateteres para oxigênio tipo óculos				
Pequeno e Médio	1,196	1,167	1,226	<0,0001
Pequeno e Grande	1,146	1,116	1,176	<0,0001
Médio e Grande	0,958	0,930	0,987	0,0044
Aparelho para nebulização				
Pequeno e Médio	1,025	1,013	1,036	<0,0001
Pequeno e Grande	1,218	1,198	1,239	<0,0001
Médio e Grande	1,189	1,168	1,210	<0,0001
Colar cervical adulto				
Pequeno e Médio	1,343	1,301	1,388	<0,0001
Pequeno e Grande	1,586	1,525	1,649	<0,0001
Médio e Grande	1,180	1,130	1,233	<0,0001
Colar cervical infantil				
Pequeno e Médio	1,275	1,223	1,330	<0,0001
Pequeno e Grande	1,472	1,402	1,546	<0,0001
Médio e Grande	1,154	1,093	1,219	<0,0001

Fonte: elaborado pelo autor

Portanto, evidencia-se que as UBSs dos municípios de pequeno porte apresentaram maior proporção para a presença de “Oxigênio”, “Oxímetro”, “Cateter de O₂”, “Aparelho para nebulização” e “Colar cervical” adulto e infantil em relação aos municípios de médio e grande portes.

Módulo II

Quanto à percepção do atendimento de UE nas UBSs das 38.865 equipes entrevistadas, 37.350 (96,10%) aceitaram responder ao questionário e 1.151 (3,90%) não participaram.

Acolhimento à Demanda Espontânea na Perspectiva dos Profissionais de Saúde

Quando questionada se a equipe realizava acolhimento à demanda espontânea na unidade, 37.012 (99,10%) responderam que sim, e destas, 35.153 (94,98%) responderam realizar atendimento de urgência dentro do atendimento à demanda espontânea.

Este percentual foi similar em todas as regiões do país, conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 17 - Análise descritiva quanto ao acolhimento a demanda espontânea, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)
<i>A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?</i>					
Sim	2623 (99,47%)	3003 (98,2%)	13663 (98,75%)	5432 (99,25%)	12291 (99,55%)
Não	14 (0,53%)	55 (1,8%)	173 (1,25%)	41 (0,75%)	55 (0,45%)
n válido =	37350				
	CO (n=2623)	N (n=3003)	NE (n=13663)	S (n=5432)	SE (n=12291)
<i>No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza: Atendimento de urgência</i>					
Sim	2483 (94,66%)	2574 (85,71%)	13169 (96,38%)	5270 (97,02%)	11657 (94,84%)
Não	140 (5,34%)	429 (14,29%)	494 (3,62%)	162 (2,98%)	634 (5,16%)
n válido =	37012				

Fonte: elaborado pelo autor

Quanto ao atendimento de urgências no acolhimento à demanda espontânea, evidencia-se uma frequência acima de 85%, sendo a região Sul com maiores taxas (97,02%), seguida das regiões NE, SE, CO e o Norte com menor dentre elas (85,71%), não sendo encontrada diferença estatística para este item apenas quando comparadas às regiões SE e CO.

Tabela 18 - Análise descritiva quanto ao acolhimento à demanda espontânea, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)
<i>A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?</i>			
Sim	13046 (99,01%)	10528 (98,96%)	13438 (99,29%)
Não	131 (0,99%)	111 (1,04%)	96 (0,71%)
n válido =	37350		
	Pequeno (n=13046)	Médio (n=10528)	Grande (n=13438)
<i>No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza: Atendimento de urgência</i>			
Sim	12390 (94,97%)	10049 (95,45%)	12714 (94,61%)
Não	656 (5,03%)	479 (4,55%)	724 (5,39%)
n válido =	37012		

Fonte: elaborado pelo autor

Quase a totalidade das equipes dos municípios de pequeno, médio e grande porte referiram a realização de acolhimento à demanda espontânea, com valores

discretamente maiores entre as equipes dos municípios de grande e pequeno porte. Porém, foram os municípios de médio porte que mais responderam atender às demandas de urgências quando comparados aos demais.

Das equipes que afirmaram realizar acolhimento à demanda espontânea, 32.892 (88,87%) responderam utilizar protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento e destes, 28.992 (88,14%) afirmaram que os profissionais da equipe foram capacitados para o uso destes protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários.

Tabela 19 - Análise descritiva quanto a utilização de protocolos e treinamento, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=2623)	N (n=3003)	NE (n=13663)	S (n=5432)	SE (n=12291)
<i>A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?</i>					
Sim	2270 (86,54%)	2253 (75,02%)	12282 (89,89%)	4826 (88,84%)	11261 (91,62%)
Não	353 (13,46%)	750 (24,98%)	1381 (10,11%)	606 (11,16%)	1030 (8,38%)
n válido = 37012					
	CO (n=2270)	N (n=2253)	NE (n=12282)	S (n=4826)	SE (n=11261)
<i>Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?</i>					
Sim	2001 (88,15%)	1757 (77,98%)	10869 (88,5%)	4165 (86,3%)	10200 (90,58%)
Não	269 (11,85%)	496 (22,02%)	1413 (11,5%)	661 (13,7%)	1061 (9,42%)
n válido = 32892					

Fonte: elaborado pelo autor

A região Sudeste, seguida do Nordeste, foram as regiões que apresentaram maiores porcentagens quanto à utilização de protocolos e capacitação dos profissionais, enquanto a região Norte foi a que apresentou os menores percentuais, 75,02% e 77,98%, respectivamente.

Com relação ao porte dos municípios, aquelas equipes lotadas em municípios maiores, foram as que mais referiram a utilização de protocolos clínicos, seguidas daquelas pertencentes a municípios de médio e pequeno portes. Da mesma forma para a capacitação dos profissionais quanto à utilização de protocolos clínicos, com discreta diferença entre eles.

Tabela 20 - Análise descritiva quanto à utilização de protocolos e treinamento, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=13046)	Médio (n=10528)	Grande (n=13438)
<i>A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?</i>			
Sim	11349 (86,99%)	9356 (88,87%)	12187 (90,69%)
Não	1697 (13,01%)	1172 (11,13%)	1251 (9,31%)
n válido = 37012			
	Pequeno (n=11349)	Médio (n=9356)	Grande (n=12187)
<i>Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?</i>			
Sim	9856 (86,84%)	8189 (87,53%)	10947 (89,83%)
Não	1493 (13,16%)	1167 (12,47%)	1240 (10,17%)
n válido = 32892			

Fonte: elaborado pelo autor

A maioria das equipes (94,65%) afirmou que, quando necessário, o usuário pode ficar em observação na unidade até melhora do quadro agudo e 94,16% (35.168) referiram que têm acesso a serviço para remoção do usuário.

Tabela 21 - Análise descritiva quanto à observação e remoção, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)
<i>O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?</i>					
	2516	2637	13168	11809	
Sim	(95,41%)	(86,23%)	(95,17%)	5221 (95,4%)	(95,65%)
Não	121 (4,59%)	421 (13,77%)	668 (4,83%)	252 (4,6%)	537 (4,35%)
<i>A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?</i>					
	2454	2641	12995	5383	11695
Sim	(93,06%)	(86,36%)	(93,92%)	(98,36%)	(94,73%)
Não	183 (6,94%)	417 (13,64%)	841 (6,08%)	90 (1,64%)	651 (5,27%)

Fonte: elaborado pelo autor

Quando avaliado por região geográfica, a maioria das equipes informou que existe a possibilidade de manutenção do usuário em observação na unidade em mais de 95%, exceto na região Norte, cujo percentual foi de 86%, o mesmo ocorrendo quanto ao acesso aos serviços de remoção.

Tabela 22 - Análise descritiva quanto à observação e remoção, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)
<i>O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?</i>			
Sim	12358 (93,78%)	10045 (94,42%)	12948 (95,67%)
Não	819 (6,22%)	594 (5,58%)	586 (4,33%)
<i>A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?</i>			
Sim	12824 (97,32%)	10105 (94,98%)	12239 (90,43%)
Não	353 (2,68%)	534 (5,02%)	1295 (9,57%)

Fonte: elaborado pelo autor

Da mesma forma, quando se avalia a partir dos portes populacionais, todos apresentam mais de 90% de possibilidade de manter o paciente em observação nas próprias unidades e têm acesso à remoção dos pacientes.

Ainda que todos apresentem percentuais elevados, quando realizada análise comparativa, os municípios de pequeno porte apresentaram maior proporção quanto ao acesso a serviço de remoção em relação aos demais portes.

Tabela 23 - Análise comparativa quanto à observação e remoção, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)	Valor-p	
<i>O usuário pode ficar em observação até melhora do quadro agudo, quando necessário?</i>				
Pequeno e Médio	0,993	0,987	1,000	0,039
Pequeno e Grande	0,980	0,975	0,986	<,0001
Médio e Grande	0,987	0,981	0,993	<,0001
<i>A equipe tem acesso a serviço para remoção do usuário, quando necessário?</i>				
Pequeno e Médio	1,025	1,019	1,030	<,0001
Pequeno e Grande	1,076	1,070	1,083	<,0001
Médio e Grande	1,050	1,043	1,058	<,0001

Fonte: elaborado pelo autor

Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde em UE, na perspectiva dos profissionais de saúde

Das 37.350 equipes que responderam ao questionário, 35.442 (94,89%) afirmaram que existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção. E cerca de 96% das equipes afirmaram

existir fluxos definidos para condições de urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma).

Tabela 24 - Análise descritiva quanto à regulação, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=2257)	N (n=2368)	NE (n=12214)	S (n=5010)	SE (n=11534)
<i>Existem referências e fluxos definidos: Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)?</i>					
Sim	2127 (94,24%)	2205 (93,12%)	11797 (96,59%)	4889 (97,58%)	11315 (98,1%)
Não	130 (5,76%)	163 (6,88%)	417 (3,41%)	121 (2,42%)	219 (1,9%)
n válido = 33383					
Variável	Região				
	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)
<i>Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?</i>					
Sim	2564 (97,23%)	2689 (87,93%)	12974 (93,77%)	5182 (94,68%)	12033 (97,46%)
Não	73 (2,77%)	369 (12,07%)	862 (6,23%)	291 (5,32%)	313 (2,54%)
n válido = 37350					

Fonte: elaborado pelo autor

As equipes referem a existência de fluxos definidos em situações de urgência de forma unânime para todas as regiões e porte dos municípios (Tabelas 24 e 25), com percentuais superando 90%.

A existência de central de regulação para encaminhamento dos casos de urgência foi citada por mais de 90% das equipes nas regiões SE, CO, S e NE, contudo, cerca de 12% dos profissionais das unidades do Norte do país referiram que não possuíam este recurso. O tamanho do município também não interferiu na presença da central de regulação, presente em mais de 94%, independentemente do porte.

Tabela 25 - Análise descritiva quanto a regulação, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=11536)	Médio (n=9605)	Grande (n=12242)
<i>Existem referências e fluxos definidos: Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)?</i>			
Sim	11216 (97,23%)	9321 (97,04%)	11796 (96,36%)
Não	320 (2,77%)	284 (2,96%)	446 (3,64%)
n válido = 33383			
Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)
<i>Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?</i>			

Sim	12406 (94,15%)	10022 (94,2%)	13014 (96,16%)
Não	771 (5,85%)	617 (5,8%)	520 (3,84%)
n válido = 37350			

Fonte: elaborado pelo autor

Mesmo que com pouca diferença, os municípios de grande porte apresentaram menores porcentagens para a existência de fluxos de referência e maiores porcentagens para a existência de Central de Regulação Médica, com significado estatístico, quando comparados aos municípios de médio e pequeno portes, como se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 26 - Análise comparativa quanto a regulação, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Existem referências e fluxos definidos: Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)?				
Pequeno e Médio	1,002	0,997	1,007	0,4282
Pequeno e Grande	1,009	1,004	1,014	0,0001
Médio e Grande	1,007	1,002	1,012	0,0046
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?				
Pequeno e Médio	1,000	0,993	1,006	0,8655
Pequeno e Grande	0,979	0,974	0,984	<,0001
Médio e Grande	0,980	0,974	0,985	<,0001

Fonte: elaborado pelo autor

Oferta de Serviços

As equipes foram questionadas sobre a oferta de serviços na unidade; foram selecionados para o presente estudo aqueles que pudessem estar relacionados à demanda de urgências, como procedimentos (Drenagem de Abscesso, Sutura de Ferimentos e Administração de Medicação Endovenosa), e realização de exames complementares (como o Eletrocardiograma).

Tabela 27 - Descrição geral da oferta de serviços pelas equipes que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB

Quais dos seguintes serviços a equipe realiza?	Total	Percentual
Medicações injetáveis endovenosas	33.108	88,64%

Drenagem de abscesso	24.689	66,10%
Sutura de ferimentos	21.401	57,30%
Eletrocardiograma	8.308	35,59%

Fonte: elaborado pelo autor

Observa-se que dentre os serviços ofertados, a realização de ECG, apresenta-se com o pior valor (cerca de 35%), enquanto os demais procedimentos alcançam mais da metade dos respondentes.

Tabela 28 - Análise descritiva quanto a realização de eletrocardiograma, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=1921)	N (n=1424)	NE (n=7149)	S (n=3454)	SE (n=9394)
<i>Quais exames são coletados/realizados na unidade? – Eletrocardiograma</i>					
Sim	291 (15,15%)	200 (14,04%)	1260 (17,62%)	1227 (35,52%)	5330 (56,74%)
Não	1630 (84,85%)	1224 (85,96%)	5889 (82,38%)	2227 (64,48%)	4064 (43,26%)
n válido = 23342					

Fonte: elaborado pelo autor

Das 37.350 equipes entrevistadas, 23.342 afirmaram realizar exames nas unidades de saúde; destas, 8.308 informaram que realizam eletrocardiograma. Esta prática foi citada por mais da metade das UBSs apenas na região SE (56%) e em cerca de 35% na região S, entretanto, apresenta percentuais inferiores a 20% nas regiões NE, CO e N do país.

Tabela 29 - Análise descritiva quanto à oferta de serviços, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)
Quais dos seguintes procedimentos a equipe realiza?					
<i>Drenagem de abscesso</i>					
Sim	1877 (71,18%)	1800 (58,86%)	9314 (67,32%)	4089 (74,71%)	7609 (61,63%)
Não	760 (28,82%)	1258 (41,14%)	4522 (32,68%)	1384 (25,29%)	4737 (38,37%)
<i>Sutura de ferimentos</i>					
Sim	1589 (60,26%)	1542 (50,43%)	8974 (64,86%)	3534 (64,57%)	5762 (46,67%)
Não	1048 (39,74%)	1516 (49,57%)	4862 (35,14%)	1939 (35,43%)	6584 (53,33%)
<i>Medicações injetáveis endovenosas</i>					
Sim	2434 (92,3%)	2599 (84,99%)	12566 (90,82%)	5180 (94,65%)	10329 (83,66%)
Não	203 (7,7%)	459 (15,01%)	1270 (9,18%)	293 (5,35%)	2017 (16,34%)

Fonte: elaborado pelo autor

A realização de medicação endovenosa é referida pela maioria das equipes de saúde de todas as regiões do país (acima de 83%), assim como a drenagem de abscessos também é realizada por mais de 50% das unidades referidas no território nacional. Entretanto, as frequências de realização de sutura de ferimentos reduzem para cerca da metade das unidades nas regiões SE e N.

Já as equipes das regiões SE e N ganham destaque entre as que menos referiram realizar os 3 tipos de procedimentos.

Tabela 30 - Análise descritiva quanto à realização de eletrocardiograma, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=7337)	Médio (n=5847)	Grande (n=10158)
<i>Quais exames são coletados/realizados na unidade? – Eletrocardiograma</i>			
Sim	2898 (39,5%)	1289 (22,05%)	4121 (40,57%)
Não	4439 (60,5%)	4558 (77,95%)	6037 (59,43%)
n válido = 23342			

Fonte: elaborado pelo autor

Menos de 50% das unidades de todos os portes afirmaram realizar ECG na unidade, com piores índices nos municípios de médio porte. Já os municípios de grande e pequeno portes apresentaram percentuais semelhantes (e sem diferença estatística entre ambos).

Tabela 31 - Análise descritiva quanto à oferta de serviços, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)
Quais dos seguintes procedimentos a equipe realiza?			
<i>Drenagem de abscesso</i>			
Sim	9961 (75,59%)	7147 (67,18%)	7581 (56,01%)
Não	3216 (24,41%)	3492 (32,82%)	5953 (43,99%)
<i>Sutura de ferimentos</i>			
Sim	9645 (73,2%)	6083 (57,18%)	5673 (41,92%)
Não	3532 (26,8%)	4556 (42,82%)	7861 (58,08%)
<i>Medicações injetáveis endovenosas</i>			
Sim	11909 (90,38%)	9443 (88,76%)	11756 (86,86%)

Não	1268 (9,62%)	1196 (11,24%)	1778 (13,14%)
-----	--------------	---------------	---------------

Fonte: elaborado pelo autor

Para os três procedimentos, as equipes referem realizá-los em maiores porcentagens (variando de 41 a 90%) quando comparado à realização de ECG. Conforme se reduz o porte do município, mais presente se encontra a realização dos procedimentos avaliados.

As equipes dos municípios de pequeno porte apresentaram maior proporção na realização de tais procedimentos quando comparadas às equipes dos municípios de médio e de grande porte, todos com significado estatístico, adotando-se $p < ,0001$.

Tabela 32 - Análise comparativa quanto à oferta de serviços, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Comparação	Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Eletrocardiograma				
Pequeno e Médio	1,792	1,694	1,895	<,0001
Pequeno e Grande	0,974	0,938	1,010	0,1546
Médio e Grande	0,543	0,515	0,573	<,0001
Drenagem de abscesso				
Pequeno e Médio	1,125	1,107	1,144	<,0001
Pequeno e Grande	1,350	1,326	1,374	<,0001
Médio e Grande	1,199	1,176	1,224	<,0001
Sutura de ferimentos				
Pequeno e Médio	1,280	1,256	1,305	<,0001
Pequeno e Grande	1,746	1,708	1,786	<,0001
Médio e Grande	1,364	1,329	1,400	<,0001
Medicações injetáveis endovenosas				
Pequeno e Médio	1,018	1,009	1,027	<,0001
Pequeno e Grande	1,041	1,032	1,049	<,0001
Médio e Grande	1,022	1,012	1,032	<,0001

Fonte: elaborado pelo autor

Motivos que dificultam a oferta dos procedimentos: drenagem de abscesso, sutura de ferimentos e medicações injetáveis endovenosas

As equipes, quando questionadas quanto aos motivos que dificultam a oferta dos procedimentos (tabela 33), referiram, em sua maioria, não possuir dificuldades em ofertar os procedimentos listados, principalmente a administração de

medicamento EV. Metade das equipes entrevistadas afirmou não apresentar dificuldade em ofertar drenagem de abscesso e mais de 45% em realizar sutura de ferimentos.

Tabela 33 - Análise descritiva geral dos motivos que dificultam a oferta de serviços, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Quais motivos dificultam a oferta do procedimento:	Drenagem de abscesso?		Sutura de ferimentos?		Medicações injetáveis endovenosas?	
	N	%	N	%	N	%
<i>Infraestrutura inadequada</i>	8007	21,44	7484	20,04	2422	6,48
<i>Falta de materiais/insumos</i>	8190	21,93	10071	26,96	3386	9,07
<i>Falta de protocolos</i>	4665	12,49	4408	11,8	1132	3,03
<i>Falta de profissional (recursos humanos)</i>	2497	6,69	2720	7,28	362	0,97
<i>Falta de demanda para o(s) procedimento(s)</i>	5411	14,49	3959	10,6	1053	2,82
<i>Sobrecarga de trabalho</i>	1924	5,15	1879	5,03	301	0,81
<i>Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão</i>	1124	3,01	1179	3,16	258	0,69
<i>Falta de capacitação/treinamento</i>	2616	7	2054	5,5	325	0,87
<i>Falta de segurança para realizar o procedimento</i>	1673	4,48	1352	3,62	344	0,92
<i>A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento</i>	19050	51	17764	47,56	29106	77,93
<i>Nenhuma das anteriores</i>	2295	6,14	2512	6,73	2756	7,38

n:37.350

Fonte: elaborado pelo autor

As dificuldades apresentadas se relacionam principalmente à falta de materiais/insumos e inadequação da infraestrutura para a realização dos três procedimentos. E a falta de demanda para a realização de drenagem de abscesso e sutura esteve presente entre 10 a 14% das respostas; a falta de protocolos, em menores porcentagens, também aparece como razão.

Tabela 34- Análise descritiva dos motivos que dificultam a oferta de serviços, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Quais motivos dificultam a oferta do procedimento drenagem de abscesso?					Quais motivos dificultam a oferta do procedimento sutura de ferimentos?					Quais motivos dificultam a oferta do procedimento medicações injetáveis endovenosas?					
	Região	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)	CO (n=2637)	N (n=3058)	NE (n=13836)	S (n=5473)	SE (n=12346)
<i>Infraestrutura inadequada</i>																
Sim	606 (22,98%)	991 (32,41%)	2501 (18,08%)	1055 (19,28%)	2854 (23,12%)	577 (21,88%)	882 (28,84%)	1999 (14,45%)	1041 (19,02%)	2985 (24,18%)	155 (5,88%)	332 (10,86%)	561 (4,05%)	267 (4,88%)	1107 (8,97%)	
<i>Falta de materiais/insumos</i>																
Sim	659 (24,99%)	1015 (33,19%)	2841 (20,53%)	855 (15,62%)	2820 (22,84%)	795 (30,15%)	1082 (35,38%)	3101 (22,41%)	1131 (20,67%)	3962 (32,09%)	216 (8,19%)	467 (15,27%)	1007 (7,28%)	258 (4,71%)	1438 (11,65%)	
<i>Falta de protocolos</i>																
Sim	268 (10,16%)	473 (15,47%)	1440 (10,41%)	615 (11,24%)	1869 (15,14%)	234 (8,87%)	424 (13,87%)	1148 (8,3%)	583 (10,65%)	2019 (16,35%)	73 (2,77%)	121 (3,96%)	256 (1,85%)	77 (1,41%)	605 (4,9%)	
<i>Falta de profissional (recursos humanos)</i>																
Sim	147 (5,57%)	269 (8,8%)	774 (5,59%)	403 (7,36%)	904 (7,32%)	138 (5,23%)	303 (9,91%)	833 (6,02%)	411 (7,51%)	1035 (8,38%)	21 (0,8%)	48 (1,57%)	105 (0,76%)	48 (0,88%)	140 (1,13%)	
<i>Falta de demanda para o(s) procedimento(s)</i>																
Sim	358 (13,58%)	424 (13,87%)	2569 (18,57%)	502 (9,17%)	1558 (12,62%)	244 (9,25%)	312 (10,2%)	1660 (12%)	391 (7,14%)	1352 (10,95%)	23 (0,87%)	62 (2,03%)	429 (3,1%)	73 (1,33%)	466 (3,77%)	
<i>Sobrecarga de trabalho</i>																
Sim	137 (5,2%)	173 (5,66%)	499 (3,61%)	483 (8,83%)	632 (5,12%)	120 (4,55%)	163 (5,33%)	445 (3,22%)	479 (8,75%)	672 (5,44%)	25 (0,95%)	42 (1,37%)	69 (0,5%)	55 (1%)	110 (0,89%)	
<i>Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão</i>																
Sim	53 (2,01%)	169 (5,53%)	395 (2,85%)	137 (2,5%)	370 (3%)	46 (1,74%)	195 (6,38%)	446 (3,22%)	120 (2,19%)	372 (3,01%)	16 (0,61%)	28 (0,92%)	76 (0,55%)	21 (0,38%)	117 (0,95%)	
<i>Falta de capacitação/ treinamento</i>																
Sim	191 (7,24%)	256 (8,37%)	836 (6,04%)	372 (6,8%)	961 (7,78%)	131 (4,97%)	182 (5,95%)	605 (4,37%)	291 (5,32%)	845 (6,84%)	23 (0,87%)	37 (1,21%)	87 (0,63%)	35 (0,64%)	143 (1,16%)	
<i>Falta de segurança para realizar o procedimento</i>																
Sim	135 (5,12%)	177 (5,79%)	442 (3,19%)	298 (5,44%)	621 (5,03%)	84 (3,19%)	143 (4,68%)	351 (2,54%)	225 (4,11%)	549 (4,45%)	23 (0,87%)	39 (1,28%)	87 (0,63%)	42 (0,77%)	153 (1,24%)	
<i>A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento</i>																
Sim	1307 (49,56%)	1153 (37,7%)	7183 (51,92%)	3274 (59,82%)	6133 (49,68%)	1242 (47,1%)	1129 (36,92%)	7464 (53,95%)	3028 (55,33%)	4901 (39,7%)	2050 (77,74%)	2038 (66,64%)	11008 (79,56%)	4662 (85,18%)	9348 (75,72%)	
<i>Nenhuma das anteriores</i>																
Sim	194 (7,36%)	295 (9,65%)	846 (6,11%)	269 (4,92%)	691 (5,6%)	205 (7,77%)	292 (9,55%)	892 (6,45%)	307 (5,61%)	816 (6,61%)	247 (9,37%)	371 (12,13%)	1154 (8,34%)	284 (5,19%)	700 (5,67%)	

Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 35 - Análise descritiva dos motivos que dificultam a oferta de serviços, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Quais motivos dificultam a oferta de drenagem de abscesso?			Quais motivos dificultam a oferta de sutura de ferimentos?			Quais motivos dificultam a oferta de medicações injetáveis endovenosas?		
	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)	Pequeno (n=13177)	Médio (n=10639)	Grande (n=13534)
<i>Infraestrutura inadequada</i>									
Sim	1864 (14,15%)	2016 (18,95%)	4127 (30,49%)	1564 (11,87%)	1855 (17,44%)	4065 (30,04%)	650 (4,93%)	593 (5,57%)	1179 (8,71%)
<i>Falta de materiais/insumos</i>									
Sim	1699 (12,89%)	2272 (21,36%)	4219 (31,17%)	1820 (13,81%)	2860 (26,88%)	5391 (39,83%)	768 (5,83%)	943 (8,86%)	1675 (12,38%)
<i>Falta de protocolos</i>									
Sim	1020 (7,74%)	1140 (10,72%)	2505 (18,51%)	786 (5,96%)	1072 (10,08%)	2550 (18,84%)	273 (2,07%)	312 (2,93%)	547 (4,04%)
<i>Falta de profissional (recursos humanos)</i>									
Sim	503 (3,82%)	600 (5,64%)	1394 (10,3%)	526 (3,99%)	685 (6,44%)	1509 (11,15%)	95 (0,72%)	90 (0,85%)	177 (1,31%)
<i>Falta de demanda para o(s) procedimento(s)</i>									
Sim	1940 (14,72%)	1734 (16,3%)	1737 (12,83%)	1288 (9,77%)	1273 (11,97%)	1398 (10,33%)	366 (2,78%)	306 (2,88%)	381 (2,82%)
<i>Sobrecarga de trabalho</i>									
Sim	328 (2,49%)	417 (3,92%)	1179 (8,71%)	252 (1,91%)	420 (3,95%)	1207 (8,92%)	66 (0,5%)	60 (0,56%)	175 (1,29%)
<i>Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão</i>									
Sim	286 (2,17%)	271 (2,55%)	567 (4,19%)	294 (2,23%)	301 (2,83%)	584 (4,32%)	80 (0,61%)	62 (0,58%)	116 (0,86%)
<i>Falta de capacitação/ treinamento</i>									
Sim	491 (3,73%)	571 (5,37%)	1554 (11,48%)	245 (1,86%)	438 (4,12%)	1371 (10,13%)	70 (0,53%)	81 (0,76%)	174 (1,29%)
<i>Falta de segurança para realizar o procedimento</i>									
Sim	327 (2,48%)	374 (3,52%)	972 (7,18%)	210 (1,59%)	325 (3,05%)	817 (6,04%)	93 (0,71%)	83 (0,78%)	168 (1,24%)
<i>A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento</i>									
Sim	8093 (61,42%)	5460 (51,32%)	5497 (40,62%)	8306 (63,03%)	4979 (46,8%)	4479 (33,09%)	10741 (81,51%)	8297 (77,99%)	10068 (74,39%)
<i>Nenhuma das anteriores</i>									
Sim	797 (6,05%)	682 (6,41%)	816 (6,03%)	856 (6,5%)	765 (7,19%)	891 (6,58%)	912 (6,92%)	817 (7,68%)	1027 (7,59%)

Fonte: elaborado pelo autor

Motivos que dificultam a oferta dos procedimentos: drenagem de abscesso, sutura de ferimentos e medicações injetáveis endovenosas por região e porte

Quando há dificuldade na oferta desses serviços, podemos observar algumas semelhanças e diferenças em relação a cada procedimento, por região.

A falta de materiais/insumos foi o principal entrave para a realização de suturas em todas as regiões do país, seguida da infraestrutura inadequada, principalmente na região Norte, para ambas as dificuldades. Também como motivos pertinentes foram citados a falta de protocolos (sobretudo no SE e N); e, ainda, a falta de demanda para o procedimento no NE.

A falta de materiais/insumos também foi o principal dificultador para drenagem de abscesso nas regiões do Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Enquanto a deficiência na infraestrutura foi mais citada como empecilho para a drenagem de abscesso nas regiões Sul e Sudeste, quando comparada à falta de materiais. A falta de demanda do procedimento no NE e a falta de protocolos também foram mencionadas como fatores expressivos nas regiões N e SE.

Os profissionais da região Norte foram os que mais apontaram como razões para não realização dos procedimentos a falta de profissionais de saúde.

A ausência de protocolos esteve entre as três principais razões para a não realização de drenagem de abscesso e sutura pelas regiões Norte, Sudeste e Sul.

Nota-se que há menores proporções nos motivos que dificultam a realização de medicação endovenosa quando comparada aos demais procedimentos. Dentre os principais motivos foi referida pela maioria dos municípios a falta de material/insumos nas regiões N e SE, tendo destaque outros motivos, não discriminados pela avaliação do PMAQ-AB, nas regiões CO, NE e S. E, como terceiro principal motivo, exceto no SE, tem-se infraestrutura inadequada - citada em menos de 5% nos municípios das regiões S e NE.

Portanto, a região Norte foi a que mais obteve menções dos principais motivos que dificultam a oferta dos três procedimentos, o Nordeste a região com menores taxas referentes à infraestrutura inadequada e o Sul com as menores taxas referentes à falta de materiais/insumos; ambas para os 3 tipos de procedimentos.

Quanto ao porte, evidencia-se que as equipes situadas nos grandes centros apresentaram como principais motivos a falta de materiais/insumos e a infraestrutura inadequada, que dificultavam a oferta para os três procedimentos avaliados. Ainda

nos grandes centros, nota-se como terceiro fator a falta de protocolos.

Excepcionalmente para a oferta de drenagem de abcesso, a falta de demanda do procedimento aparece como principal fator entre as equipes de municípios de pequeno porte.

Módulo III - Entrevista com o Usuário na UBS

Para cada unidade de saúde foram selecionados quatro usuários adultos que estivessem presentes no local, de forma aleatória e voluntária. Foram entrevistadas 140.444 pessoas.

Dentre as questões que se relacionam ao atendimento às eu, foi selecionada a pergunta: “Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde? “. Dos entrevistados, um terço referiu não ter apresentado problemas de urgência e 42,76% buscaram a UBS onde se encontravam.

Tabela 36 - Análise descritiva geral sobre a procura ou não por atendimento de urgência na UBS, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

<i>Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>	N	%
Sim	59.765	42,76
Não	35.122	25,13
Não teve problema de urgência	44.885	32,11
Total:	139772	
Missing: Não sabe/não respondeu/não lembra = 672		

Fonte: elaborado pelo autor

A partir das respostas afirmativas à pergunta acima descrita, foram realizadas novas perguntas:

- “O(A) senhor(a) conseguiu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?”.
- Quanto tempo esperou para ser atendido(a)?
- O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?

Quase 90% dos usuários (53.071) que buscaram a unidade referiram ter

conseguido atendimento e 6.555 (10,99%) que não conseguiram.

Com relação à procura pelo atendimento de urgência segundo o território e o tamanho do município, observa-se pouca variação nos dados; a região Nordeste apresentou o menor percentual de procura na perspectiva do usuário e os usuários de municípios de médio porte.

Tabela 37- Análise descritiva da procura e conquista por atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO	N	NE	S	SE
<i>Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>					
Sim	4353 (42,85%)	4379 (40,73%)	20696 (39,93%)	9884 (49,19%)	20453 (43,57%)
n válido = 139772					
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 672					
<i>O(A) senhor(a) conseguiu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>					
Sim	3794 (87,34%)	3837 (87,8%)	18350 (88,88%)	8824 (89,46%)	18274 (89,53%)
n válido = 59634					
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 131					

Fonte: elaborado pelo autor

Todas as regiões do Brasil apresentaram um percentual de atendimento maior que 87%, para aqueles que buscaram a UBS em uma situação de urgência, chegando a quase 90%. E aqueles que habitam municípios de pequeno porte buscam mais este recurso na UBS.

Tabela 38 - Análise descritiva da procura e conquista por atendimento de urgência na UBS, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno	Médio	Grande
<i>Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>			
Sim	21975 (44,15%)	16547 (41,58%)	21243 (42,32%)
n válido = 139772			
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 672			
<i>O(A) senhor(a) conseguiu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>			
Sim	19942 (90,97%)	14690 (88,93%)	18447 (87,04%)
n válido = 59634			
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 131			

Fonte: elaborado pelo autor

Contudo, nos municípios de pequeno porte, 90,97% daqueles que procuraram atendimento foram atendidos. Os municípios de grande porte apresentaram o menor percentual (87,04%) de atendimento.

Ao questionar quanto tempo este usuário esperou para ser atendido(a), foi verificada no geral uma média de 25 minutos e 44 segundos, com desvio-padrão de 36, mediana de 15, mínimo de 1 minuto e um tempo máximo de 4 horas, com algumas variações dentre o a região e o porte avaliado.

Tabela 39 - Análise comparativa do tempo de espera para receber atendimento de urgência na UBS, por região geográfica e porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Quanto tempo (e minutos) esperou para ser atendido(a)?							
REGIÃO	n válido	Missings	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
CO	3519	275	26,98	37,58	15	1	240
N	3614	223	25,01	35,74	10	1	240
NE	16834	1516	20,23	30,44	10	1	240
S	8414	410	28,68	39,39	15	1	240
SE	16902	1372	29,66	39,79	15	1	240
PORTE	n válido	Missings	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Pequeno	18376	1566	21,23	31,34	10	1	240
Médio	13591	1099	23,51	34,15	10	1	240
Grande	17316	1131	32,27	42,15	20	1	240

Fonte: elaborado pelo autor

Estima-se que, em média, os usuários da região SE relataram um tempo de espera mais longo do que os das demais regiões, com a região NE apresentando o menor tempo de espera. A diferença entre o tempo de espera dos usuários nestas duas regiões é de cerca de nove minutos a mais.

Quanto às respostas avaliadas de acordo com o porte populacional dos municípios, encontramos um tempo médio de espera de meia hora nos municípios de grande porte e 20 minutos entre os usuários de pequeno e médio porte. A mediana dos municípios maiores foi o dobro da dos municípios menores.

Os usuários que buscaram e conseguiram atendimento foram questionados sobre a qualidade desta atenção. Pôde-se observar a satisfação com o atendimento por parte dos usuários na maioria dos casos (92,72%).

Tabela 40 - Análise descritiva geral da classificação do atendimento de urgência na UBS, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Total de casos	Percentual
<i>O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?</i>		
Muito bom	20861	39,41
Bom	28216	53,31
Regular	2912	5,5
Ruim	610	1,15
Muito ruim	329	0,62
n válido = 52928		
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 151		

Fonte: elaborado pelo autor

Cerca de 39% dos usuários julgaram o atendimento como “Muito bom” e mais da metade avaliou como um atendimento “Bom”. Menos de 8% dos entrevistados classificaram o atendimento em “Regular”, “Ruim” ou “Muito ruim”.

Tabela 41 - Análise descritiva da classificação do atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO	N	NE	S	SE
<i>O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?</i>					
Muito bom	1498 (39,55%)	1196 (31,24%)	6778 (37,01%)	3585 (40,72%)	7804 (42,89%)
Bom	2024 (53,43%)	2228 (58,2%)	10322 (56,37%)	4610 (52,37%)	9032 (49,63%)
Regular	210 (5,54%)	308 (8,05%)	965 (5,27%)	449 (5,1%)	980 (5,39%)
Ruim	33 (0,87%)	64 (1,67%)	176 (0,96%)	93 (1,06%)	244 (1,34%)
Muito ruim	23 (0,61%)	32 (0,84%)	71 (0,39%)	66 (0,75%)	137 (0,75%)
Total válido	3788	3828	18312	8803	18197
Não respondeu 151	6	9	38	21	77

Fonte: elaborado pelo autor

Este mesmo padrão se mantém quando comparadas as respostas por região geográfica, sendo que em todas as regiões o atendimento foi considerado “Bom” pela maioria dos usuários ou “Muito bom”, com melhores respostas na região Norte (58%), decrescendo até a região Sudeste (49%), e o mesmo também se repete na análise por porte populacional.

Tabela 42 - Análise descritiva da classificação do atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno	Médio	Grande
<i>O que o(a) senhor(a) achou deste atendimento?</i>			
Muito bom	7684 (38,61%)	5885 (40,17%)	7292 (39,68%)
Bom	10895 (54,75%)	7822 (53,39%)	9499 (51,69%)
Regular	1018 (5,12%)	735 (5,02%)	1159 (6,31%)
Ruim	214 (1,08%)	126 (0,86%)	270 (1,47%)
Muito ruim	89 (0,45%)	83 (0,57%)	157 (0,85%)
n válido	19900	14651	18377
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 151	42	39	70

Fonte: elaborado pelo autor

Nos municípios de pequeno porte, tivemos 54,75% de avaliação ao atendimento como “Bom”, e 40,17% como “Muito bom” nos municípios de médio porte.

Cerca de 10,99% dos usuários que tiveram algum problema de urgência e procuraram a UBS não conseguiram atendimento, perfazendo um total de 6.555 entrevistados; destes, 683 não responderam à pergunta. Daqueles que responderam, (5.872) 40,68% afirmaram que não conseguiram atendimento, pois a UBS não atende urgência.

Tabela 43 - Análise descritiva dos motivos para não conseguir atendimento na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO	N	NE	S	SE
<i>Por que motivo não conseguiu atendimento na Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>					
Precisa chegar cedo, pois é por ordem de chegada	54 (10,93%)	79 (16,77%)	247 (11,86%)	168 (18,52%)	219 (11,42%)
Não atende urgência	240 (48,58%)	229 (48,62%)	778 (37,35%)	283 (31,2%)	859 (44,81%)
Não tinha profissional na UBS	126 (25,51%)	106 (22,51%)	565 (27,12%)	288 (31,75%)	572 (29,84%)
UBS estava fechada no momento	74 (14,98%)	57 (12,1%)	493 (23,67%)	168 (18,52%)	267 (13,93%)
n válido = 5872	494	471	2083	907	1917
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 683	56	62	213	133	219

Fonte: elaborado pelo autor

A principal justificativa para não conseguir atendimento, segundo os usuários de quatro regiões do país, foi a de que a Unidade não atende urgência. A região Sul apresentou percentuais semelhantes relacionados à falta de profissional e ao não atendimento de urgências pela UBS, sendo o estado com maiores índices para a falta de profissionais.

Tabela 44 - Análise descritiva dos motivos para não conseguir atendimento na UBS, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno	Médio	Grande
<i>Por que motivo não conseguiu atendimento na Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>			
Porque precisa chegar cedo, pois o atendimento é por ordem de chegada	182 (10,2%)	244 (14,74%)	341 (14,02%)
Porque não atende urgência	617 (34,59%)	625 (37,76%)	1147 (47,14%)
Porque não tinha profissional na UBS	476 (26,68%)	436 (26,34%)	745 (30,62%)
Porque a UBS estava fechada no momento	509 (28,53%)	350 (21,15%)	200 (8,22%)
n válido = 5872	1784	1655	2433
Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 683	195	174	314

Fonte: elaborado pelo autor

Na perspectiva dos usuários, a principal razão para ter conseguido o atendimento na unidade de saúde é que ela não atende casos de urgência. Esse motivo alcançou quase metade das unidades de saúde dos grandes centros e mais de um terço dos de pequeno e médio porte. A ausência de profissionais também ficou próxima de um terço em todos os portes. As unidades dos municípios de grande porte apresentaram poucas respostas relacionadas ao funcionamento da unidade, diferentemente dos municípios de pequeno porte, com percentual de quase 30% de respostas.

De um total de 140.444 usuários entrevistados, 35.122 deles (25,13%) não buscaram atendimento na UBS da última vez que enfrentaram uma situação de urgência. Diante disso, a pesquisa também avaliou qual serviço de saúde esses usuários procuraram quando necessitaram de atendimento urgente.

Tabela 45 - Relação dos motivos que motivaram os usuários a não procurar por atendimento de urgência na UBS e onde buscaram atendimento, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Total de casos	Percentual
<i>Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>		
Porque precisa chegar cedo, pois o atendimento é por ordem de chegada	1303	4,23
Porque não atende urgência	17534	56,91
Não tinha profissional na UBS	2104	6,83
UBS fechada no momento	9871	32,04
Total	30812	100
Não sabe/não respondeu/não lembra = 4310		
<i>Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?</i>		
Outra Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde	1066	3,05
Hospital Público	16639	47,62
UPA ou outro Pronto Socorro 24h do SUS	14796	42,35
Outro(s)	2438	6,98
Total	34939	100
Não sabe/não respondeu/não lembra = 183		
Fonte: elaborado pelo autor		

Pode-se identificar que os usuários referiram que a UBS não atende urgências em 56,91% dos casos, sendo o principal motivo para a não procura da UBS em caso de urgências. Outro motivo apontado foi o fechamento da unidade em 32,04%. Os usuários referiram procurar a UPA ou Hospital público em 42,35% e 47,62% dos casos, respectivamente.

Tabela 46 - Análise descritiva do motivo para não procurar por atendimento de urgência na UBS, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO	N	NE	S	SE
<i>Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>					
Porque precisa chegar cedo, atendimento por ordem de chegada	82 (3,01%)	115 (3,84%)	383 (3,99%)	282 (7,75%)	441 (3,72%)
Não atende urgência	1659 (60,99%)	2052 (68,61%)	5072 (52,87%)	1290 (35,45%)	7461 (62,87%)
Não tinha profissional na UBS	143 (5,26%)	117 (3,91%)	883 (9,2%)	267 (7,34%)	694 (5,85%)
UBS fechada no momento	836 (30,74%)	707 (23,64%)	3256 (33,94%)	1800 (49,46%)	3272 (27,57%)
Total	2720	2991	9594	3639	11868

Não sabe/não respondeu/não lembra = 4310	402	429	1212	598	1669
--	-----	-----	------	-----	------

Fonte: elaborado pelo autor

O principal motivo para que usuários não procurassem a UBS em caso de urgências (“UBS não atende urgência”) demonstrou percentual em ordem decrescente por região, de 68,61% na região Norte até 35,45% na região Sul. Na região Sul, o principal motivo para os entrevistados não buscarem a unidade foi seu fechamento no momento da demanda (49,46%).

Tabela 47 - Análise descritiva do serviço de referência para o usuário para atendimento de urgência, por região geográfica, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Região				
	CO	N	NE	S	SE
<i>Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?</i>					
Outra UBS	116 (3,74%)	144 (4,24%)	334 (3,11%)	150 (3,56%)	322 (2,39%)
Hospital Público	1607 (51,76%)	1927 (56,68%)	6780 (63,16%)	1694 (40,24%)	4631 (34,33%)
UPA/Pronto-socorro 24H do SUS	1156 (37,23%)	1163 (34,21%)	3111 (28,98%)	1992 (47,32%)	7374 (54,66%)
Policlínica do SUS	41 (1,32%)	26 (0,76%)	110 (1,02%)	28 (0,67%)	314 (2,33%)
Hospital particular com convênio SUS	27 (0,87%)	10 (0,29%)	37 (0,34%)	85 (2,02%)	86 (0,64%)
Clínica/consultório Particular com plano de saúde	22 (0,71%)	15 (0,44%)	44 (0,41%)	60 (1,43%)	158 (1,17%)
Clínica/consultório Particular sem plano de saúde	15 (0,48%)	28 (0,82%)	94 (0,88%)	48 (1,14%)	87 (0,64%)
Hospital Particular com plano de saúde	42 (1,35%)	25 (0,74%)	42 (0,39%)	71 (1,69%)	279 (2,07%)
Hospital Particular sem plano de saúde	20 (0,64%)	23 (0,68%)	61 (0,57%)	37 (0,88%)	70 (0,52%)
Outro(s)	59 (1,9%)	39 (1,15%)	121 (1,13%)	45 (1,07%)	169 (1,25%)
Total	3105	3400	10734	4210	13490
Não sabe/não respondeu/não lembra = 183	17	20	72	27	47

Fonte: elaborado pelo autor

Os hospitais públicos e as UPAS foram os principais locais de busca para atendimento de urgência pelos usuários, somando mais de 90% em todas as regiões; todavia, no CO, N e NE o hospital público foi mais citado, e nas regiões S e SE foram as UPAs ou Pronto-Socorro 24h do SUS.

Tabela 48 - Análise descritiva do motivo para não procurar por atendimento de urgência na UBS, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno	Médio	Grande
<i>Por que motivo o(a) senhor(a) não procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?</i>			
Porque precisa chegar cedo, pois o atendimento é por ordem de chegada	296 (3,51%)	370 (4,64%)	637 (4,42%)
Porque não atende urgência	3847 (45,6%)	4067 (51,05%)	9620 (66,77%)
Não tinha profissional na UBS	712 (8,44%)	579 (7,27%)	813 (5,64%)
UBS fechada no momento	3582 (42,46%)	2951 (37,04%)	3338 (23,17%)
Total = 30812	8437	7967	14408
Não sabe/não respondeu/não lembra = 4310	1143	1154	2013

Fonte: elaborado pelo autor

O principal motivo para não buscar a UBS no momento de uma demanda de urgência, quando avaliados por porte populacional, também demonstrou referência dos usuários de que a UBS não atende urgências, sendo mais frequente nos municípios de grande e médio portes. Nos municípios de pequeno porte, o não atendimento de urgência e o fechamento da unidade foram as principais razões para não buscar atendimento em situação de urgência.

Tabela 49 - Análise descritiva do serviço de referência para o usuário para atendimento de urgência, por porte populacional, segundo dados do 3º ciclo do PMAQ-AB

Variável	Porte populacional		
	Pequeno	Médio	Grande
<i>Qual serviço o senhor(a) procurou da última vez que teve algum problema de urgência?</i>			
Outra Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde	491 (5,15%)	197 (2,17%)	378 (2,32%)
Hospital Público	6757 (70,83%)	5449 (60%)	4433 (27,17%)
Pronto Atendimento 24 horas (UPA) ou outro Pronto-Socorro 24h do SUS	1744 (18,28%)	2942 (32,4%)	10110 (61,96%)
Policlínica do SUS	114 (1,19%)	92 (1,01%)	313 (1,92%)
Hospital particular com convênio com o SUS	88 (0,92%)	53 (0,58%)	104 (0,64%)
Clínica/consultório Particular com plano de saúde	55 (0,58%)	51 (0,56%)	193 (1,18%)
Clínica/consultório Particular sem plano de saúde	79 (0,83%)	78 (0,86%)	115 (0,7%)
Hospital Particular com plano de saúde	53 (0,56%)	69 (0,76%)	337 (2,07%)
Hospital Particular sem plano de saúde	65 (0,68%)	54 (0,59%)	92 (0,56%)
Outro(s)	94 (0,99%)	96 (1,06%)	243 (1,49%)
n válido = 34939	9540	9081	16318

Frequency Missing (Não sabe/não respondeu/não lembra) = 183	40	40	103
---	----	----	-----

Fonte: elaborado pelo autor

A avaliação com base no porte populacional dos municípios revelou que, em áreas de pequeno e médio portes, os hospitais públicos são o principal serviço procurado, enquanto nas grandes cidades, as UPAs 24 horas são mais frequentemente escolhidas pelos usuários.

7 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

O Brasil se destaca como o quinto país de maior extensão territorial no cenário mundial e sétimo em número de habitantes (contando mais de 200 milhões de habitantes), e ainda possui um sistema de saúde público e universal, no qual a APS tem papel fundamental. Frente a essas particularidades há imensos desafios (IBGE, 2010; Brasil, 1990a).

A PNAB determina que as UBSs sejam o ponto preferencial de entrada para o SUS, com cobertura até dezembro de 2020 de 76% de APS. Isto implica no acolhimento à demanda espontânea, inclusive os casos de UE. É essencial, então, que as equipes e unidades estejam devidamente preparadas para atender essas demandas (Brasil, 2019b; Brasil, 2011b; Brasil, 2011e).

Estudos demonstraram que casos agudos e urgentes correspondem a 54% dos atendimentos de demanda espontânea e que condições relacionadas aos sistemas cardiovascular e neurológico foram mais prevalentes dentre as reguladas da APS pelo SAMU. A relevância do atendimento às urgências na APS é inerente frente as principais causas de morte no Brasil e no mundo, considerando-se a relação entre o tempo do atendimento inicial, a transferência adequada quando necessário e o resultado final (Pelegri, 2013; Amaral *et al.*, 2018).

A avaliação da qualidade em saúde tem o papel fundamental nos sistemas de saúde de buscar e garantir a qualidade do atendimento. Processos avaliativos contribuem para estabelecer padrões de qualidade, desde a equidade no acesso, a disponibilidade dos recursos, a efetividade das intervenções propostas e a satisfação do usuário; buscando a melhoria contínua dos serviços (Brasil, 2017e; Uchôa *et al.*, 2018).

Diante do exposto, buscou-se interpretar dados nacionais, a partir do porte populacional dos municípios e região geográfica do país. Na perspectiva da Geografia em Saúde Pública, como intercâmbio entre a geografia humana e a saúde pública, fez-se a reflexão sobre a influência do homem e suas relações uma vez inserido no meio, para além do território (Unglert; Rosenberg; Junqueira, 1987).

Vale ressaltar Milton Santos, geógrafo brasileiro, que traz a crítica ao processo de globalização como promotor do aprofundamento das disparidades entre regiões ricas e pobres e cita também a importância da compreensão das relações entre espaço, sociedade e tempo. Ele enfatiza a ideia de que o espaço geográfico não era

apenas um contêiner passivo das atividades humanas, mas sim um produto da ação humana e, ao mesmo tempo, um fator que influencia a organização social — meio técnico-científico-informacional (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Como exemplo, tem-se o processo histórico de colonização do Brasil, com as bandeiras explorando o sul e o sudeste, que levou à migração e urbanização dessa região, onde, em um primeiro momento, desenvolveram-se as zonas industriais localizadas no triângulo formado por São Paulo, Campinas e Sorocaba. Essa região concentraram as maiores aglomerações urbanas, abrigando cerca de um terço da população do país, mas também enfrenta desafios, como o aumento no número de casos de situações de agudização em saúde. Essas demandas e necessidades podem impulsionar a política de saúde na região (IBGE, 2010; FARIA; BORTOLOZZI, 2009)

Diante das necessidades, recursos econômicos, aliados a repasses e investimentos, são necessários para o desenvolvimento da saúde nas regiões brasileiras. Tendo-se o PAB por habitante desde a criação do SUS, assim, quanto maior o número de habitantes, maiores eram os recursos; outrossim, complementados por programas que influenciaram os recursos variáveis (componentes do PAB Variável), especialmente antes de 2019 (Giovanella *et al.*, 2021).

O desenvolvimento das regiões do país e seus municípios têm impactos diretos na saúde, uma vez que as políticas de saúde são geradas a partir das demandas e necessidades da região. Portanto, a compreensão dos fatores geográficos e econômicos é fundamental para avaliar como as regiões geram recursos e influencia as políticas e a execução da saúde em todo o país (Vasconcelos *et al.*, 2018).

Além disso, buscou-se pautar a discussão dos resultados nos princípios do SUS, conforme as diretrizes e políticas nacionais, e da APS, segundo Starfield (2002), que permeiam as boas práticas em saúde.

Módulo I – Avaliação da Infraestrutura por observação na UBS

Os resultados indicaram questões importantes a serem consideradas na avaliação do atendimento de urgência na APS; primeiramente, a falta de infraestrutura adequada, o que pode afetar a capacidade das unidades de fornecer atendimento de urgência de qualidade. Isso é particularmente preocupante, considerando que a APS é onde muitas vezes ocorre a primeira assistência a pacientes com problemas de

saúde agudos.

A Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, traz as seguintes considerações:

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) / a Portaria 2.436/2017 descrita abaixo: “Unidade Básica de Saúde: Recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo. Além de área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade” (Brasil, 2017a).

Os resultados evidenciam uma frequência menor que 50% para a presença exclusiva de salas para a maioria dos ambientes, tanto por regiões, quanto porte. Isso aponta que a disponibilidade de exclusividade de salas para observação, curativos e procedimentos, pode não ser uma realidade nacional, conforme preconiza a PNAB de 2017; o que não necessariamente demonstra que tais atividades não estejam sendo realizadas pelas equipes nas unidades.

A presença de salas exclusivas para observação de curta duração, dentre os três tipos de ambiente avaliados neste estudo, foi a de menor frequência quando comparada aos demais ambientes e às cinco regiões, bem como os portes. Estes baixos percentuais podem demonstrar uma negligência, não só às urgências nos serviços de APS, quanto a estruturação das unidades e implementação adequada da APS no país. Unidades construídas não cumprindo recomendações oficiais ou mantidas em funcionamento em casas adaptadas por anos são fatos relatados, inclusive em estudos qualitativos, como avaliação negativa dos usuários (Batista, 2018; Quagliato; Ruffino Netto; Forster, 2015).

Os dados também evidenciam variações regionais para a presença de salas. Tem-se a região CO se destacando em termos de ambiência, e a região N apresentando percentuais menores, segundo os dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. A presença de sala exclusiva de observação variou de 33% no Centro-Oeste a 18% no Norte (RP: 1,814; IC: 1,632 a 2,016, $p < 0,0001$).

Estudos apontam para a interiorização da saúde da família pelo país, de 2007 a 2017, principalmente nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais,

e com isso, tem-se a possibilidade de criação de novas unidades. O Centro-Oeste é uma região formada por apenas três estados, dos quais dois estiveram entre os principais rankings de investimento estadual (Mato Grosso do Sul em segundo lugar e Mato Grosso em quinto lugar entre os estados brasileiros) até 2017 (Carvalho; Mendes; Amaral, 2019; Gazeta do povo, 2017).

A distribuição de recursos relaciona-se a qualidade das instalações, sendo que investimentos mais substanciais tendem a ter um impacto positivo geral na infraestrutura, o que pode corroborar com os achados dos estudos frente a realidade socioeconômica das regiões brasileiras e suas desigualdades (Kashiwakura; Gonçalves, 2019).

A região Norte do país apresenta maior extensão territorial e menor densidade demográfica, o que implica distâncias maiores e pode dificultar o acesso. Também apresentava uma cobertura da APS de 71.43% até dezembro de 2018, a segunda mais baixa do país naquele período. Atualmente apresenta 73.62% de cobertura. Os índices socioeconômicos são menores, aumentando a dependência dos usuários em relação às estruturas sociais locais. E diferentemente do esperado, a partir do princípio da equidade, os dados não indicam a presença aprimorada de recursos nessa região (Brasil, 2019b).

Quanto ao porte, as unidades e equipes de municípios pequenos afirmaram ter mais sala de observação e mais áreas para embarque e desembarque de ambulância. Na ausência de outros serviços de saúde espera-se da APS maior resolutividade. Diferentemente dos municípios de grande porte, onde há incremento das UPAs, estas tornam-se referência para significativa parcela dos usuários (Giovanella *et al.*, 2021).

Assim, nos municípios com menor cobertura de APS, sem retaguarda de Sala de Estabilização ou UPA, as UBSs ficam ainda mais responsáveis e sobrecarregadas pelas demandas agudas, crônicas-agudizadas e pelo primeiro atendimento às urgências, estabilização e regulação. Demonstrando a importância do preparo das unidades para essas ocorrências.

Ademais, a presença de área adequada de embarque e desembarque de ambulância apresenta maiores percentuais dentre os ambientes avaliados. Ela variou de 46% (na região NE) a 68% (no Sul). Já as equipes de saúde referem ter acesso a remoção em mais de 90% para todas as regiões – com o Sul alcançando 98%. A remoção não depende da existência daquele ambiente, mas tê-lo compõe o escopo

de adequação física das unidades segundo as normas nacionais vigentes (Brasil, 2017d; Brasil, 2008).

Os impactos da ausência de ambiente adequado relacionam-se com a insegurança dos profissionais e maiores riscos para profissionais e pacientes. A limitação de espaço físico pode ocasionar uma restrição no aporte de todo material necessário, bem como pode levar a uma dificuldade técnica na execução das ações no momento de uma urgência, e também no cuidado integral e longitudinal das diversas ações em saúde intrínsecas a APS, além das urgências (Silva, 2019; Zilli, 2022; Pedrosa; Corrêa; Mandú, 2011).

Outrossim, condições de infraestrutura apropriadas no ambiente de trabalho podem fomentar a diminuição do nível de ansiedade e cansaço experimentado pelos profissionais de saúde, contribuindo assim para a melhoria tanto da qualidade de vida dos profissionais quanto da assistência à saúde do usuário (Chaves, 2020; Glanzner; Olschowsky, 2017; Pedrosa; Corrêa; Mandú, 2011).

Dentro da observação da UBS, também foram avaliados dez insumos relacionados ao atendimento de UE, eles estiveram mais presentes nas regiões S e SE, em contraste as regiões N e NE para a maioria dos itens; assim como em municípios pequenos, com maior disponibilidade de insumos, principalmente quando comparado aos de médio porte.

Neste sentido, uma revisão bibliográfica que empregou o instrumento PCATool, buscando analisar a qualidade da assistência na APS, também demonstrou que as regiões Sul e Sudeste apresentaram resultados superiores em saúde às demais regiões do país (Pinto; Tondo; Rodrigues, 2021).

De forma geral, as equipes de municípios de pequeno porte referiram possuir mais itens para atendimento em urgências que os demais municípios, porém aquelas lotadas em municípios de grande porte apontaram maior organização dos materiais em um mesmo local.

Além da presença de insumos, tê-los armazenados em um mesmo local, que seja de conhecimento de toda equipe, diminui os entraves a resposta rápida que uma demanda urgente exige. Tal organização contribui para a gestão de estoque dos insumos, facilita o acesso aos mesmos, reduz atrasos no atendimento e possíveis erros decorrentes da busca desorganizada, reduz *stress* entre os membros da equipe no momento do atendimento, e com isto proporciona maior segurança ao paciente.

Avaliando-se individualmente os itens selecionados, as equipes dos municípios de pequeno porte apresentaram mais respostas afirmativas para a presença de “Oxigênio”, “Oxímetro”, “Cateter de O2”, “Aparelho para nebulização” e “Colar cervical” adulto e infantil, enquanto os municípios de grande porte, para a presença de “Laringoscópio adulto” e “AMBU” adulto, pediátrico e neonatal.

Destaca-se ainda que as porcentagens de itens para adultos, como colar cervical adulto e AMBU adulto, são maiores em todas as regiões e portes do país, quando comparadas as porcentagens dos itens para a população pediátrica, como colar cervical infantil e AMBU neonatal e pediátrico. A proporção de adultos é superior à de crianças, o que poderia justificar tais dados, porém estudos demonstraram inadequadas condições de proporcionar vias aéreas definitivas para a população infantil devido ao déficit nos insumos necessários (IBGE, 2010; Silva, 2019).

A falta de insumos tem impacto na resolutividade da APS, podendo ser um dos fatores relacionados a encaminhamentos desnecessários. Sua ausência também implica em maiores riscos à vida e desfechos desfavoráveis, comprometendo a integralidade do cuidado. Além disto, pode refletir desde a falta de investimentos em saúde de forma equitativa, às dificuldades logísticas de aquisição e abastecimento e à organização do processo de trabalho das equipes, com reposição dos itens.

Módulo II - Entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica

Os profissionais de saúde referiram em sua maioria realizar acolhimento a demanda espontânea e atendimento as urgências. Também referiram em sua maioria utilizar protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento e que foram capacitados para o uso dos protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários, bem como a possibilidade de observação do usuário na unidade até melhora do quadro agudo e acesso a remoção do usuário, quando necessário. E ainda citaram, em grandes porcentagens, a existência de referências e fluxos definidos para urgências e central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários aos demais pontos de atenção. Esses percentuais são elevados tanto para as regiões quanto para os portes.

Embora os profissionais de saúde afirmarem realizar atendimento de urgência e ser capacitados para o uso de protocolos, estudos indicam que eles podem não compreender totalmente seu papel na execução de ações de atenção às urgências

na APS e podem sentir insegurança em relação à realização dessas ações (Pelegriani, 2013; Faria; Campos, 2012).

Para mudar esse paradigma são necessárias ações de educação permanente nas equipes de saúde e treinamentos práticos, aumentando conhecimento e segurança dos profissionais. Alguns municípios realizam tais treinamentos práticos em parceria com SAMU e promovem ações junto a população de treinamento de suporte básico de vida e educação em saúde para conhecimento sobre a utilização adequada dos serviços de urgência (Nóbrega; Bezerra; Sousa, 2015; Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022; Aguiar, 2014).

A utilização de protocolos e critérios no acolhimento a demanda espontânea e atendimento às urgências na APS é fundamental, pois promovem a padronização, agilidade e qualidade no atendimento, garantindo segurança aos pacientes, auxilia na priorização de casos críticos, facilita o treinamento de profissionais, e embasa decisões em evidências científicas, além de permitir o monitoramento contínuo deste processo (Pelegriani, 2013; Silva et al., 2021).

Atualmente, há documentos que abordam o acolhimento a demanda espontânea em nível nacional, além de recomendações e protocolos voltados às urgências nas UBSs em nível regional e municipal, como os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs); garantindo a lógica de descentralização e execução da saúde pelos municípios. Entretanto, existe uma carência de documentos oficiais que abranjam de forma detalhada e ao mesmo tempo unificada as políticas e recomendações que permeiam todas as fases do processo de atendimento de urgências na APS (Lumer, 2011; Dourados, 2017; Ribeirão Preto, 2020).

Quanto a observação dos usuários na unidade de saúde até melhora do quadro agudo, apesar da maioria das equipes afirmar essa possibilidade, este dado contrapõe a presença de uma sala exclusiva para esse fim. Este dado corrobora a hipótese da utilização das salas para múltiplos fins no intuito de promover a resolutividade e garantir o cuidado. Estudos relatam a utilização de espaços comuns para mais de uma atividade (Souza; Barreto; Silva, 2017; Pedrosa; Corrêa; Mandú, 2011).

As equipes dos municípios de pequeno porte mencionaram proporções ligeiramente maiores para o acesso aos serviços de remoção do usuário. Isso é essencial para que eles possam enfrentar desafios na oferta de serviços, por não terem na sua localidade outros pontos de atenção para atendimento de casos de maior

complexidade (como ambulatórios, hospitais e/ou UPAs), tendo de recorrer a rede regional para garantir a integralidade do cuidado.

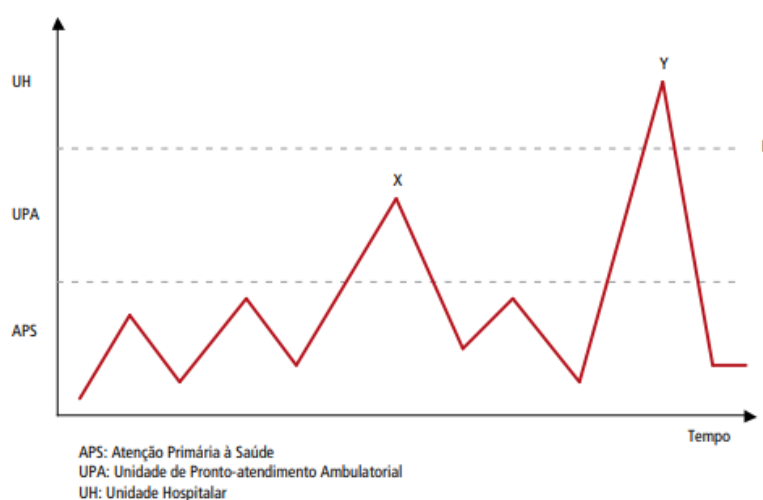
Os trabalhadores relataram a presença de referências e fluxos definidos para quadros de UE, bem como a disponibilidade de central de regulação, ambos em mais de 87% para todas as regiões do país e portes dos municípios.

Entretanto, estudos revelam desafios significativos na correta utilização dos fluxos, com altas taxas de demandas que, em teoria, poderiam ser resolvidas na APS, mas que acabam sobrecarregando as UPAs com casos não urgentes ou até alcançando os hospitais (Da Ros *et al.*, 2018; Garlet *et al.*, 2009; Furtado; Araújo Jr; Cavalcanti, 2004).

É crucial que a gestão destes municípios priorize o fortalecimento da APS, pois ela desempenha um papel fundamental em todas as etapas do cuidado; na prevenção, promoção e recuperação da saúde. A APS deve ser bem estruturada, com profissionais qualificados, recursos adequados e uma rede de serviços integrados para assegurar cuidados contínuos, por ser a principal referência local de acesso ao SUS, como porta de entrada. Além disso, a coordenação regional eficiente com serviços especializados é essencial para superar as limitações que municípios menores possam enfrentar na oferta da assistência. A integração da RAS junto as melhorias na APS são essenciais para atender às demandas da população de forma eficaz e resolutiva.

Neste sentido, Mendes (2011), demonstra que a ideia de que “é caro investir em prevenção e controle” não procede. Há intervenções financeiramente acessíveis que geram bons retornos, mesmo em regiões carentes do Brasil. Isso significa que é fundamental investir na APS, principalmente nessas áreas, para promover saúde, reduzir o impacto das doenças crônicas que podem se tornar agudizadas e as iniquidades regionais, como ilustra a imagem a seguir:

Figura 3 - A lógica da atenção às condições agudas



Fonte: Mendes, 2011, p. 48.

A efetiva realização do que é ofertado dentro da carteira de serviços da APS pode ser considerada um fator que contribui para a resolutividade da APS. A baixa taxa de realização de ECG em comparação com outros procedimentos destaca a necessidade de melhorar a disponibilidade desse serviço, considerando a importância do ECG em diagnósticos diferenciais de patologias cardíacas.

O ECG apresentou menor oferta dentre os serviços avaliados, com maiores percentuais no Sul e Sudeste (>35%) e demais regiões com oferta menor que 20%. Outros procedimentos como a drenagem de abscesso e sutura de ferimentos, foram oferecidos por mais da metade das equipes de todas as regiões. Enquanto a administração de medicação endovenosa foi citada pela maioria (>80%) das equipes de todo o território.

A administração de medicação endovenosa na APS e no atendimento à UE é crucial devido à sua rápida eficácia, ao controle preciso de dosagem, o que traz segurança ao paciente, a capacidade de acesso em situações críticas, como no choque ou parada, a administração de fluidos, quando há necessidade de reposição, a redução de desconforto para o paciente e a possibilidade de monitoramento contínuo da resposta ao tratamento. Essa abordagem desempenha um papel fundamental em situações em que a prontidão e a eficiência são essenciais para a segurança e recuperação do paciente.

As equipes referiram, em sua maioria, que não apresentavam dificuldade em ofertar os procedimentos, entretanto foram listadas a falta de infraestrutura, material e ausência de demanda como razões que dificultavam a realização dos procedimentos. A ordem das dificuldades variou segundo o procedimento, a região e o porte do município.

As equipes da região Sul se destacaram quanto a execução de procedimentos quando comparados as unidades do Norte, destaca-se que tal região apresentou a segunda melhor cobertura de APS (79.53%) no país, até dezembro de 2020 (última competência avaliada pelo e-gestorAB) e apresenta melhor estrutura socioeconômica, com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) maior que a média nacional, em relação as suas três dimensões: renda, longevidade e educação (Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento – PNUD, 2016; Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2021).

A região Norte teve mais menções dos principais motivos que dificultam a oferta dos procedimentos e teve as menores taxas de manutenção do paciente em observação e acesso a remoção, bem como menor presença da central de regulação médica.

A maior extensão territorial do norte do país, os desafios na acessibilidade impostas pelo ecossistema local e os baixos índices socioeconômicos são fatores que podem contribuir para o aumento a dependência dos serviços locais na região, a necessidade de melhor equipamento e aprimorada regulação.

A disparidade na saúde resulta em graves riscos para os usuários na região Norte em situações de urgência, evidenciando uma injustiça no acesso aos serviços de saúde. Seguindo as diretrizes do SUS, é fundamental garantir que os pacientes recebam o atendimento adequado, independentemente de sua localização.

Além disto, as equipes apontam falta de protocolos, falta de capacitação/treinamento e falta de segurança para realizar o procedimento e falta de demanda para os procedimentos como motivos que dificultam a oferta de serviços, ainda que em taxas menores, quando há dificuldades na oferta.

Os principais motivos que dificultam a ofertar de procedimentos foram a infraestrutura inadequada e a falta de materiais/insumos, com piores resultados para as unidades da região norte e para os municípios de grande porte. Para administração de medicamentos há outros motivos que dificultam a oferta de forma significativa mas que não foram descritos pelo PMAQ-AB.

Conforme reduz-se o porte do município mais presente encontra-se a realização dos procedimentos avaliados. Os de grande porte são os que menos realizam e os motivos relacionam-se principalmente à falta de materiais/insumos e infraestrutura inadequada. Esses desafios podem ser resultado da maior demanda em municípios maiores ou ainda, por haver incremento das UPAs e Hospitais, além de serviços de atenção secundária, isto poderia contribuir para um menor investimento na APS e menor execução de tais procedimentos nas UBSs.

A falta de capacitação foi mais expressiva entre as equipes dos municípios de grande porte para os três procedimentos. Tal achado pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo uma demanda mais elevada por serviços de saúde (a falta de demanda foi menos relatada nos municípios de grande porte para dois dos três procedimentos), uma maior variedade de casos a serem tratados, limitações na alocação de recursos, alta rotatividade de pessoal, maior complexidade na gestão e organização das equipes, e acesso mais desafiador a recursos educacionais.

Os desafios citados acima podem dificultar a implementação eficaz de programas de capacitação em áreas urbanas de grandes aglomerações, destacando a necessidade de estratégias adaptadas para garantir que os profissionais de saúde em municípios de grande porte estejam devidamente preparados para atender às demandas da população.

Os resultados fornecem *insights* valiosos sobre a eficácia da APS no atendimento as urgências, identificando desafios regionais e áreas que requerem melhorias. A análise comparativa com o porte dos municípios também destaca a importância de adaptar as políticas de saúde às características específicas de cada localidade. Isso pode orientar a tomada de decisões e melhorias na atenção primária à saúde em nível nacional.

Módulo III – Entrevista com Usuário

A participação dos usuários foi notavelmente expressiva, atingindo cerca de 99%. Aqueles que estavam presente nas unidades no momento da entrevista concordaram em participar de forma livre. Isso pode demonstrar o envolvimento significativo da comunidade e sua concordância com o processo avaliativo.

Cerca de um terço dos entrevistados referiram não ter enfrentado situações de urgência, enquanto a maioria daqueles que precisaram recorreu à UBS em

aproximadamente 63%. Entre os usuários que buscaram atendimento nas UBSs em situações de urgência, quase 90% relataram ter obtido assistência. Essa alta taxa de sucesso é consistente em todas as regiões e tamanhos de municípios, com ligeiro destaque para as regiões S e SE, bem como para os municípios de menor porte.

A alta taxa de sucesso na obtenção de assistência, por parte dos usuários que buscaram atendimento na UBSs em casos de UE, pode sugerir que essas unidades desempenham um papel fundamental na resposta às demandas de saúde da população, incluindo situações de urgência.

Observar que as regiões S e SE apresentam taxas um pouco mais elevadas de atendimento bem-sucedido o que pode levantar questões sobre a distribuição de recursos e serviços de saúde, bem como sobre a equidade no acesso aos cuidados médicos em diferentes partes do país.

O destaque para os municípios de pequeno porte pode indicar a eficácia das UBSs em áreas menos densamente povoadas, o que pode ser importante para a saúde de populações em áreas rurais ou de menor urbanização.

O tempo mínimo de espera foi de um minuto e o máximo de 240 minutos, com tempo médio de aproximadamente 25 minutos e 44 segundos. Com destaque para a região Nordeste e para os municípios de pequeno porte, com menores tempos 20 e 21, respectivamente. Na região Sudeste a média foi de cerca de 29 minutos e nos municípios de grande porte cerca de 32 minutos.

Ainda que a literatura não estipule um tempo médio ideal para atendimento, há uma priorização do atendimento de acordo com a gravidade e a instituição do cuidado em tempo oportuno para evitar piores desfechos. Neste sentido, o Protocolo de Manchester é um método de triagem comumente utilizado no Brasil. Tal classificação ocorre com base na avaliação clínica e na atribuição de cores, sendo que cada cor corresponde a um limite de tempo para a realização do atendimento, variando de atendimento imediato (tempo zero), a casos não urgentes com um tempo máximo de espera de 240 minutos (Silva *et al.*, 2021).

As diretrizes do Ministério da Saúde, por meio do Caderno de Atenção Básica n. 28, Volume I - Acolhimento à Demanda Espontânea, recomenda a estratificação das necessidades dos usuários com base na avaliação de risco e vulnerabilidade, categorizando-as como 'não agudas' (para intervenções programadas) e 'agudas' (requerendo atendimento imediato – alto risco de vida, atendimento prioritário – risco

moderado – ou atendimento no próprio dia – risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) (Brasil, 2013c).

Diante da execução da saúde a cargo dos Municípios, estes podem dentro dos seus protocolos definir o uso de outras ferramentas, como é o caso de Ribeirão Preto que propõe um fluxo próprio de organização da demanda espontânea que, junto a alguns instrumentos como os(quatro) quadros de sinais vitais, (glicemia, saturação de oxigênio e dor), de queixas/sintomas, de sinais de alerta e quadro de vulnerabilidades, e o instrumento de acolhimento da demanda espontânea Diegues & Cristina, resulta em uma classificação de cores que indicam a prioridade (Ribeirão Preto, 2023).

No protocolo do município de Ribeirão Preto - SP, a cor azul indica a demanda programada, o verde corresponde a demanda espontânea que pode ser agendada na vaga de faltosos ou em até sete dias, o amarelo indica que o atendimento deve ocorrer no mesmo dia, independentemente da disponibilidade de vagas ou em vaga de faltosos, enquanto o vermelho indica a necessidade de atendimento imediato, sem depender da disponibilidade de vagas (Ribeirão Preto, 2023).

A implementação do acolhimento com classificação de risco é de suma importância para aprimorar o atendimento as UE. Sem essa abordagem, podem ocorrer problemas de organização, gestão inadequada e insatisfação dos pacientes, com potenciais consequências prejudiciais para a saúde da população (Silva *et al.*, 2021).

Porém, ainda é observado em determinados serviços processos de trabalho que limitam o acesso da população, como a formação de filas para o atendimento, a distribuição de senhas e a adoção de uma abordagem puramente baseada na ordem de chegada, sem a devida avaliação das situações de risco e vulnerabilidade, além da falta de acolhimento adequado das urgências nas unidades de saúde, como ferramentas que promovam a equidade (Brasil, 2013c; Faria; Campos, 2012).

A grande maioria dos entrevistados, representando 92,72% do total, avaliou o atendimento de forma positiva, havendo ligeiras variações entre as diferentes regiões e tamanhos de municípios. A classificação do atendimento como “Bom” teve ligeiro destaque na região Norte e nos municípios de pequeno porte, enquanto a classificação como “Muito bom,” foi mais expressivo na região Sudeste e nos municípios de médio porte.

A avaliação pela perspectiva do usuário é um importante componente para predizer sobre os resultados das ações em saúde. Ademais, ela pode ser usada como

indicador de qualidade para monitorar o desempenho de serviços de saúde e identificar áreas que requerem atenção.

Considerar a experiência do usuário coloca o foco no indivíduo, reflete a qualidade percebida por ele, promove a satisfação e o engajamento, incentiva a melhoria contínua dos serviços, valida o direito à participação do paciente, atua como um indicador de qualidade, leva em consideração aspectos sociais e emocionais, e promove a responsabilização dos prestadores de serviços de saúde.

Os usuários que não conseguiram atendimento apontaram que a UBS não atende urgência como o motivo principal, exceto na região Sul onde a falta de profissionais na unidade teve porcentagens mais expressivas.

Diversos fatores podem impactar a capacidade de uma UBS realizar o primeiro atendimento as urgências. Limitações financeiras, muitas vezes relacionadas a restrições orçamentárias, podem reduzir os recursos disponíveis, levando a falta de equipamentos e medicamentos necessários. Algumas UBSs podem não ter sido projetadas adequadamente, não estando equipadas para tratar condições médicas urgentes ou críticas.

Outros fatores podem impactar na assistência as urgências como o alto volume de pacientes e a demanda por atendimento de rotina, gerando sobrecarga; tornando o atendimento às urgências desafiador. Além disso, a falta de conscientização por parte dos profissionais, dos usuários e da comunidade sobre a capacidade da UBS de fornecer tais cuidados, juntamente com triagem inadequada e a falta de pessoal presente e qualificado, podem afetar a eficácia do atendimento à UE.

A falta de profissionais pode estar relacionada a alta rotatividade dos mesmos. Em 2018, um estudo identificou que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) conta com uma prevalência de síndrome de Burnout de 17% entre seus profissionais, tornando-a a segunda especialidade médica mais afetada. Estudos também demonstram que dificuldades quanto a infraestrutura, recursos disponíveis, acesso a outros pontos de atenção e aqueles pertinentes a referência e contrarreferência são alguns dos fatores relacionados a alta rotatividade de médicos na APS (Belo Horizonte, 2019; Panni, 2012; Faria; Campos, 2012; Moreira; Souza; Yamaguchi, 2018).

Os usuários foram questionados sobre o serviço de saúde que procuraram na última vez em que enfrentaram problemas de urgência. Suas respostas indicaram a procura por hospitais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste e em municípios

de pequeno porte, ou as UPAs 24h, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, bem como em municípios de grande porte.

De acordo com a Portaria n. 10, de 2017, as UPAs são classificadas em três portes. Cada tipo de UPA tem requisitos específicos, incluindo o número de habitantes a ser atendido. Preconiza-se cobertura mínima de APS de 50%, e do SAMU 192. A instalação das UPAs 24h de Porte I é recomendada aos municípios com número de habitantes entre 50.000 a 100.000, para as UPAs de Porte II, entre 100.000 a 200.000 habitantes. E, finalmente, para as UPAs de Porte III, a recomendação é de uma população entre 200.000 a 300.000 habitantes (Brasil, 2017f).

Limitações na disponibilidade de UPAs em municípios de pequeno porte, devido as determinações e pré-requisitos para sua implementação, pode ser uma razão para a diferença nos dados em comparação com municípios de grande porte.

Outro fator preponderante é que no processo histórico de desenvolvimento dos serviços de saúde, a ênfase inicial recaiu na construção de hospitais, na lógica de um modelo hospitalocêntrico, o qual ainda persiste em algumas localidades e na cultura dos indivíduos. Nestes lugares, é comum a presença de salas de 'pronto-socorro' em hospitais que servem como porta de entrada para situações de urgência (Dubeux; Freese; Felisberto, 2013).

Aqueles usuários que enfrentaram situações de urgência, mas não buscaram a UBS, citaram como principais motivos o fato de a unidade não atender urgência, para todos os portes de municípios, com destaque para o grande porte, e para todas as regiões, exceto o Sul, onde o fechamento da unidade foi o motivo mais mencionado. O segundo motivo mais comum foi o fechamento da UBS no momento da necessidade, especialmente nas unidades de municípios menores.

A percepção dos usuários de que as UBSs não atendem urgências pode estar influenciada por diversos fatores. Muitos pacientes veem as unidades como serviço voltado apenas aos cuidados de rotina e prevenção de doenças crônicas, o que pode levar à crença de que elas não estão preparadas para situações urgentes. Muitos profissionais de saúde também acreditam que não seja papel da APS realizar atendimento de urgências, podendo contribuir para instigar ou perpetuar essa crença nos usuários, alterando a resolutividade na APS (Constantino *et al.*, 2021).

O desconhecimento dos usuários sobre a carteira de serviços disponíveis pela APS, incluindo o atendimento de urgência, indica a necessidade premente de

favorecer o diálogo com a comunidade, realizando educação em saúde junto à população e aos equipamentos sociais disponíveis no território (Brasil, 2019e).

Os ACSs têm papel primordial na divulgação da oferta de serviços e atendimentos disponíveis nas unidades de saúde, orientando as famílias cadastradas sobre o papel das USF e UBS, no cuidado integral, para além da prevenção e rastreamento, mas também para o atendimento de UE.

Neste sentido, faz-se necessário aprimorar os processos de trabalho, fortalecer e qualificar a APS, para aumentar a resolutividade, bem como promover uma integração mais eficaz da RAS e, assim, reduzir encaminhamentos desnecessários.

Além disso, em municípios de grande porte, a presença de SAMU, hospitais e UPAs especializadas em urgências tanto podem fazer com que os pacientes optem por essas instalações, quanto pode contribuir para que equipes e gestores estejam menos engajados com o atendimento às UE na APS.

Experiências passadas de atendimento insatisfatório em UBSs pelos usuários, juntamente a falta de divulgação dos serviços de urgência pelas equipes, também podem reforçar essa percepção. Essas crenças podem influenciar o acesso adequado ou não a serviços de saúde em momentos críticos.

As UBSs desempenham um papel importante, especialmente em áreas onde outras opções de atendimento de urgência podem estar distantes. A educação em saúde e comunicação eficazes com os pacientes sobre os serviços disponíveis nas UBSs e sobre a RAS são essenciais para quebrar crenças equivocadas e garantir que os pacientes saibam quando, onde e como buscar ajuda nas diversas situações de saúde.

Demonstra-se que ainda há desafios relacionados ao período de funcionamento das UBSs. Lançado pelo Ministério da saúde em 2019, o programa "Saúde na Hora" propõe a ampliação do horário de funcionamento das unidades para o período noturno e finais de semana, visando aumentar o acesso da população aos serviços de saúde (Brasil, 2019f).

A revisão do programa, por meio da Portaria n. 397, de 2020, propõe quatro opções de formatos de horário de funcionamento estendido: USF com 60 horas semanais, USF com 60 ou com 75 horas semanais incluindo atendimento odontológico e UBS ou USF com 60 horas semanais simplificado.

Com o programa, espera-se, por exemplo, reduzir a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, garantir atendimento médico em horários mais

convenientes para os pacientes e melhorar a prevenção de doenças. Esforços para sua ampliação e maiores incentivos financeiros podem contribuir para alcançar esses objetivos.

Vale ressaltar a alta dependência do SUS pelos usuários, visto as baixíssimas porcentagens de procura por hospital particular com convênio com o SUS, clínica/consultório particular com plano de saúde, clínica/consultório particular sem plano de saúde, hospital particular com plano de saúde e hospital particular sem plano de saúde. Estes dados reforçam a importância de maiores investimentos e da busca por melhorias no SUS, sendo a avaliação da qualidade um dos passos para direcionar recursos de forma equitativa e monitorizar ações e resultados.

Uma APS eficaz e resolutive, conforme indicam estudos, está intrinsecamente ligada à avaliação positiva das ações de saúde pelos pacientes, sendo crucial que os serviços atendam às demandas dos usuários (Vasconcelos *et al.*, 2018).

Limitações do Estudo

O componente de saúde bucal é de extrema importância em uma eAP, assim como as avaliações gineco-obstétricas são parte do escopo de atribuições dos médicos da APS. No entanto, optou-se por não abordar as urgências odontológicas e obstétricas, embora estejam presentes no questionário de avaliação externa do PMAQ-AB. Essa decisão foi motivada pelo fato de já haver um considerável número de variáveis a serem analisadas, e a inclusão dessas questões exigiria mais análises e análises mais direcionadas a esta temática. Em vez disso, direcionamos nossa atenção para outras áreas do questionário de avaliação externa, visando questões gerais. É importante ressaltar que essas questões podem ser exploradas em futuros estudos.

Uma das limitações do nosso estudo é a ausência de comparação entre USF e UBS. Isso ocorre devido à caracterização dessas unidades no PMAQ-AB pelo INE, o que impossibilitou a diferenciação entre os tipos de unidades. O PMAQ-AB padroniza as Equipes de Atenção Básica (EAB) de acordo com diversos tipos de equipes em todo o território nacional, conforme descrito quadro 02.

Uma preocupação relevante diz respeito ao potencial viés de amostragem dos usuários, uma vez que foram entrevistados aqueles presentes na unidade e isso pode pressupor um maior nível de familiaridade ou utilização dos serviços. Isso levanta a

possibilidade de que os dados coletados possam ser influenciados por aquelas razões que podem afetar a representatividade da amostra e a generalização dos resultados do estudo.

Da mesma forma pode haver viés de amostragem inerente ao próprio PMAQ-AB. Isso ocorre devido a participação voluntária das unidades, o que pode levar a uma superestimação dos resultados. É importante notar que as unidades que optam por participar podem apresentar cenários melhores em comparação com aquelas que recusam participar; em contraste a uma abordagem que entrevistaria todas as unidades, independentemente de sua vontade de participação. A necessidade de investigar a presença de fraudes ou práticas questionáveis próximas às datas de avaliação é uma questão relevante que requer análise mais aprofundada, inclusive com base em dados da literatura e relatos na prática.

Ainda há a possibilidade de uma de uma terceira análise que poderia aprofundar a metodologia. Esta análise poderia abordar as disparidades encontradas em outros estudos, especialmente em regiões com influências diversas. Por exemplo, comparar o impacto de unidades de pequeno porte na região Sul com unidades de pequeno porte na região Nordeste poderia revelar semelhanças ou diferenças que não foram contempladas em nosso estudo. Esta análise adicional poderia contribuir para uma compreensão mais abrangente dos resultados e das variáveis.

Por fim, há de se ressaltar a não utilização da classificação final das equipes, parte do PMAQ-AB, uma vez que essa classificação não guarda uma relação direta com as questões selecionadas nesta pesquisa. Nem todas as questões abordadas no presente estudo foram empregadas na classificação das equipes, e esse não foi um objetivo de análise. Portanto, diante disto e da ausência de trabalhos semelhantes, não foi encontrado um parâmetro ou indicador apropriado para comparar ou classificar se uma unidade é considerada de boa qualidade ou não, ou qualificar o atendimento as UE. Outras análises seriam necessárias para realizar-se esta avaliação e classificação.

8 CONCLUSÕES

Os dados analisados revelam disparidades significativas entre regiões e tamanhos de municípios, ressaltando desigualdades no SUS. Foram observadas diferenças na disponibilidade de recursos para atendimento às UE de acordo com a localidade das unidades, sendo a região Norte com menores percentuais para a maioria das questões avaliadas.

As discrepâncias regionais constatadas indicam a necessidade de investimentos adicionais em regiões com desempenho inferior. Incluindo alocação de recursos financeiros, treinamento de pessoal e supervisão rigorosa. Para isso, é necessário maior conhecimento, capacitação e ação dos gestores sobre o tema e suas demandas. Ademais, a ampliação da APS, com maior número de unidades podendo abranger um número menor de habitantes por equipe, contribuiria substancialmente para melhoria das ações em saúde.

Vale enfatizar que para a qualificação do atendimento às UE na APS, são necessários infraestrutura adequada, diretrizes, profissionais qualificados, educação em saúde, integração com a RAU, assim como a avaliação contínua do atendimento nas unidades.

O primeiro atendimento às urgências deve ser oferecido por profissionais qualificados, com recursos físicos adequados e, quando necessário, transferidos para outros pontos da RAS, o que é referido pelos profissionais de saúde, ainda que dicotomias entre o discurso do trabalhador e o que de fato é verificado em relação a insumos e realização de exame ECG tenham sido observadas.

Para que o atendimento a urgências seja viável na APS, além dos requisitos acima apontados, fazem-se necessários a presença de infraestrutura e materiais adequados, o que não é encontrado em grandes porcentagens nem de forma equânime nos resultados do presente estudo.

É importante então estabelecer diretrizes mais claras e atualizadas, no âmbito da atenção primária, para a infraestrutura das unidades de saúde, garantindo que todas tenham condições adequadas para o atendimento de urgência. São necessárias políticas de aquisição centralizada e distribuição equitativa de recursos. Desta forma contemplar-se-iam ambiência, insumos, equipamentos médicos essenciais, medicamentos, materiais e equipamentos suficientes para atender a emergências mais recorrentes na população.

Deve haver também protocolos unificados e melhor detalhados, além da capacitação contínua dos profissionais de saúde tanto para utilizar protocolos como para lidar com situações de urgência na APS. Isso inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, o que contribui para o aumento da segurança daqueles profissionais (e também dos pacientes) e sua apropriação da função e atribuições dentro da APS e da rede, com consequente melhor orientação aos usuários.

Não podemos, no entanto, negligenciar que a relativa baixa procura dos usuários pela UBS em situações de urgência pode estar associada ao desconhecimento de que a UBS tem como atribuição atender casos urgentes. E a educação em saúde desempenha um papel crucial nessa transformação, permitindo que a população compreenda a importância da APS e mude essa perspectiva.

Os dados destacam a importância da APS para o atendimento às UE, apresentando satisfação dos usuários na resolução de suas demandas, na maioria das vezes, na UBS. Os usuários que tiveram algum problema de urgência e procuraram a UBS conseguiram atendimento e a classificaram positivamente na grande maioria.

Ainda há desafios quanto a realização de atendimento de UE na APS, sendo necessário o fortalecimento da APS, para ela seja de fato uma porta de entrada para as urgências, uma vez que aqueles que não conseguiram atendimento relataram como principal motivo que a UBS não atendia urgências.

As unidades de atenção primária devem ser integradas à RAS e a RAU, garantindo uma resposta eficaz a situações de UE. Propostas de interação entre a rede para discutir as dificuldades e buscar soluções, bem como rediscutir e estabelecer fluxos e protocolos, a nível regional e federal, devem ser incentivadas. A unidade deve ter meios de comunicação ágil e eficiente, com sistema de coordenação e informação interligado, para contato com serviços de saúde de maior complexidade e solicitação de ambulâncias em casos que necessitem de transferência para resolução.

O processo de avaliação em saúde é essencial para o monitoramento das ações e verificação dos investimentos, se estão tendo resultados positivos. A avaliação do atendimento de urgência nas unidades de atenção primária deve ser contínua, com monitoramento regular da infraestrutura, disponibilidade de insumos e qualidade do atendimento.

Ora, o PMAQ desempenhou um papel fundamental ao impulsionar novos estudos no campo da avaliação em saúde no Brasil. Apesar de extinto, o programa foi inovador quando de sua criação, proporcionou uma riqueza e amplitude de informações que não são replicadas por outras metodologias de avaliação. Ele também visou a implementação de uma nova cultura de avaliação e aprimoramento contínuo na APS, sendo um diferencial. Além disso, a abrangência do programa, com a possibilidade de comparação dos dados em nível nacional aliada ao treinamento de entrevistadores, são outros fatores que contribuíram para o avanço da qualidade no SUS.

Esta pesquisa tem, pois, potencial de contribuir para a expansão de novos estudos sobre o tema que visem aprimorar a APS e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Há espaço para a realização de pesquisas adicionais, como as qualitativas, que possam identificar lacunas deste estudo, da assistência e da gestão. Além disso, é relevante investigar as razões por trás das dificuldades enfrentadas em cada localidade e buscar soluções eficazes para melhorar o sistema de saúde como um todo.

Por meio desses mecanismos pode-se superar as disparidades em saúde no país. Estas propostas visam aprimorar a capacidade da APS em estar apta a oferecer atendimento de urgência adequado e de qualidade, independentemente de sua localização geográfica ou tamanho populacional, garantindo a equidade. Isso contribui para que a APS mantenha o acesso, e desempenhe seu papel de porta de entrada eficaz no SUS e forneça, assim, assistência universal, integral e longitudinal aos usuários, como preconizado pelas políticas e princípios da APS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. P. **Serviço de atendimento móvel em urgência (SAMU): facilidades e limitações de enfermeiros(as)**. 2014. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Maria Milza - FAMAM, Governador Mangabeira-BA, 2014.

AMARAL, C. S. *et al.* Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra-MT, v. 3, n. 1, p. 241-252, 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Ranking**. Brasília: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2021. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>. Acesso em: 29 out. 2023.

BATISTA, C. C. L. **Satisfação dos usuários de serviços de atenção básica de um município de médio porte, sob a perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-29052018-151224/publico/CLARISSACARNEIROLEAO.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

BELO HORIZONTE. Casos de baixa complexidade sobrecarregam atendimento de urgência. **Câmara Municipal de Belo Horizonte**, 24 jul. 2019. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2019/07/casos-de-baixa-complexidade-sobrecarregam-atendimento-de-urg%C3%Aancia>. Acesso em: 08 out. 2023.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Decreto n. 27.664, de 30 de dezembro de 1949: regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1949.

BRASIL. Decreto n. 46.348, de 03 de julho de 1959: aprova o Regimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1959. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-46348-3-julho-1959-385379-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Aprova%20o%20Regimento%20do%20Servi%C3%A7o,e%20de%20Urg%C3%Aancia%20.> Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Portaria n. 479, de 15 de abril de 1999: criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999a.

BRASIL. Portaria n. 824, de 24 de junho de 1999: aprovar a Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999b.

BRASIL. Portaria n. 2.048, de 05 de novembro de 2002: aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002a.

BRASIL. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002: aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002b.

BRASIL. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003: institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf. Acesso em: 07 ago 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 07 ago. 2022.

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

BRASIL. Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009: estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2009.

BRASIL. Portaria n. 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 2010.

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

BRASIL. Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011: reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011b.

BRASIL. Portaria n. 1.601, de 07 de julho de 2011: estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011c.

BRASIL. Portaria n. 2.648, de 07 de novembro de 2011: redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011d.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011e.

BRASIL. Portaria n. 2.820, de 28 de novembro de 2011: dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011f.

BRASIL. Portaria n. 2.821, de 28 de novembro de 2011: dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2011g.

BRASIL. Portaria n. 342, de 04 de março de 2013: redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Portaria n. 548, de 4 de abril de 2013: define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013d.

BRASIL. Portaria n. 354, de 10 de março de 2014: pública a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2014a.

BRASIL. Portaria n. 104, de 15 janeiro de 2014: altera a Portaria n. 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2014b.

BRASIL. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015: dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015.

BRASIL. Portaria n. 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). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – terceiro ciclo: 2015-2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para o trabalho de campo PMAQ – terceiro ciclo (avaliação externa)**: orientações gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - terceiro ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. Portaria n. 10, de 3 de janeiro de 2017: redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017f.

BRASIL. Portaria n. 2.777, de 04 setembro de 2018: define os municípios e valores mensais referente ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota metodológica da certificação das equipes de Atenção Básica Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Decreto n. 9.795, de 17 maio de 2019: aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. Portaria n. 2.539, de 26 de setembro de 2019: altera as Portarias de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2019c.

BRASIL. Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019: institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 15 de maio de 2019: institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria n. 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2019f.

BRASIL. Portaria n. 397, de 16 de março de 2020: altera as Portarias de Consolidação n. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, n. 5 de 28 de setembro de 2017, e n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Decreto n. 11.358, de 1 de janeiro de 2023: Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2023.

CARVALHO, L. R.; MENDES, P. S.; AMARAL, P. V. M. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 2019.

CATAPAN, S. C.; WILLEMANN, M. C. A.; CALVO, M. C. M. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, p. e2020305, 2021.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300323, 2020.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR – CEAP. **Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**. Passo Fundo - RS: CEAP, 2005. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

CHAVES, F. A. M. **A arquitetura humanizada: anteprojeto arquitetônico de Unidade de Saúde da Família no bairro do Tabuleiro do Martins (região da Feirinha do Tabuleiro, Maceió- AL)**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM n. 1.451/1995**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 1995. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf. Acesso em: 07 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CONSTANTINO, L. R. *et al.* Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 970-986, 2021.

DA ROS, C. *et al.* Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **REME**, Belo Horizonte, v. 22, p. e-1137, 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.

DOURADOS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **I manual de procedimento operacional padrão (POP) para as Unidades Básicas e equipes de Estratégia de Saúde e Saúde da Família**. Dourados: Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2017. Disponível em: <https://www.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/POP-I-MANUAL-DE-PROCEDIMENTO-OPERACIONAL-PADR%C3%83O-PARA-AS-UNIDADES-B%C3%81SICAS-E-EQUIPES-DE-ESTRAT%C3%89GIA-DE-SA%C3%9ADE-E-SA%C3%9ADE-DA-FAM%C3%8DLIA.pdf>. Acesso em: 22 out. 2023.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. M. S. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, 2012.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **RAEGA-O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GARLET, E. R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GAZETA DO POVO. Investimento em saúde: gastos totais per capita, em R\$. **Gazeta do Povo**, 2017. Disponível em: <https://apps.gazetadopovo.com.br/ger-app-webservice/webservices/iframeHttps/codigo/3868>. Acesso em: 22 out. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2543-2556, 2021.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas-RS, v. 5, n. 1, p. 7-14, 2017.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. São Paulo: Roca, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico – 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 05 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Tábuas completas de mortalidade**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=downloads>. Acesso em: 15 out. 2019.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O. Gastos e infraestrutura básica de saúde em municípios do centro-oeste do Brasil: um estudo exploratório. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 218-235, 2019.

LOPES, B. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae, 2008.

LUMER, S. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018.

MCCULLAGH, P.; NELDER, J. A. **Generalized linear models**. 2. ed. London: Chapman and Hall, 1989.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018.

MELONI, D. R. **Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 43, 2018.

NÓBREGA, D. M.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. **C&D - Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 8, n. 2, p. 141-157, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 07 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Atenção primária à saúde**. Brasília: OPAS, [20--]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 04 nov. 2023.

PANNI, P. G. **Motivos para a rotatividade dos médicos na estratégia da Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão em Saúde Pública) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, Á. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

PELEGRINI, A. H. W. **Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento em situações de urgência**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PINTO, K. A.; TONDO, J. R.; RODRIGUES, G. M. Qualidade do atendimento na atenção primária do Sistema Único de Saúde: revisão bibliográfica. **Revista Liberum accessum**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 19-29, 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**: 2016. Brasília: PNUD; IPEA; FJP, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf>. Acesso em: 08 out. 2023.

QUAGLIATO, F. F.; RUFFINO NETTO, A.; FORSTER, A. C. Questionário de diagnóstico compartilhado da atenção básica: equipes de saúde da família típicas x ampliadas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 141-151, 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: procedimentos operacionais padrão - POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. Disponível em:

<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/m-pop.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo:** acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo na atenção primária à saúde. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde; Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2023.

ROMANI, H. M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, 2009.

ROSA, J. G. A hora e a vez de Augusto Matraga. In: _____. **Sagarana**. 31. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984. p. 356.

SANTOS, J. S. *et al.* Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 498-515, 2003.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Projeto Samuzinho. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, 03 out. 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/projeto-samuzinho#:~:text=O%20Projeto%20Samuzinho%20foi%20idealizado,para%20n%C3%BAmero%20de%20emerg%C3%A2ncia%20192>. Acesso em: 08 out. 2023.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, L. R. *et al.* Protocolo de Manchester: implementação e execução. **Revista Gestão & Tecnologia**, Goiânia, v. 1, n. 32, p. 33-44, 2021.

SILVA, Z. G. A. **Avaliação da gestão da rede de atenção à urgência e emergência na atenção primária à saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2019.

SOUZA, M. K. B.; BARRETO, L. A.; SILVA, E. A. L. Análise de conformidade e não conformidade de unidades de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 4, p. e18418, 2017.

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

SKOV, T. *et al.* Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. **International journal of epidemiology**, London, v. 27, p. 91-5, 1998.

UCHÔA, S. A. C. *et al.* Inovação e utilidade: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 100-113, 2018.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobral-CE, v. 17, n. 1, 2018.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg. saúde debate**, Londrina, n. 3, p. 17-24, 1991.

ZILLI, R. O. **A percepção dos enfermeiros nos atendimentos de urgência e emergência na atenção primária à saúde**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2022.

APÊNDICES

Apêndice I – Matriz para seleção das variáveis referentes a insumos para o atendimento de Urgências e Emergências.

Manual de estrutura física das UBSs	Portaria n. 2.048/2002	CAB	PMAQ-AB
			I.14.0 - Geral - A unidade possui insumos para atendimento de urgência?
	“um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências”		I.14.0.1 - Geral - Todos os itens de urgência e emergência estão em um mesmo local que facilite o atendimento dos casos (ex: em uma sala na unidade para atendimento de urgência; em uma maleta)?
		Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml;	I.14.1 - Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml
		Equipos para soro simples;	I.14.2 - Equipos para soro simples
		Conexões de duas vias;	I.14.3 - Conexões de duas vias
		Garrote;	I.14.4 – Garrote
		Rolo de esparadrapo comum;	I.14.5 - Rolo de esparadrapo comum
		Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14g, 16g, 18g, 20g, 22g e 24g;	I.14.6 à I.14.11 - Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g à 14g
		Seringas de 10 ml sem agulha;	I.14.12 - Seringas de 10 ml sem agulha
		Agulhas 40 x 12;	I.14.13 - Agulhas 40 x 12
		Seringas de 5 ml sem agulha;	I.14.14 - Seringas de 5 ml sem agulha
	Material para punção venosa		
	Água destilada	Ampolas de água destilada de 10 ml;	I.14.15 - Ampolas de água destilada de 10 ml
	Material para curativo	Pacotes de gazes estéreis;	I.14.16 - Pacotes de gazes estéreis
Cilindro de oxigênio (preso em suporte)	Oxigênio	Torpedo de oxigênio de 1 m3, com válvula, fluxômetro,	I.14.17 - Torpedo/cilindro de oxigênio de 1 m3, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2

		umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone	m de tubo de intermediário de silicone
		Maleta tipo de ferramentas de 16" com alça para carregar;	I.14.18 - Maleta ou mala ou equivalente para armazenar os insumos de urgência
		Caixa organizadora com pelo menos oito divisórias;	I.14.19 - Caixa organizadora para armazenar os insumos de urgência
			I.14.20 - Laringoscópio adulto com tubo endotraqueal
			I.14.21 - Oxímetro de pulso
	AMBU adulto com máscaras	Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU);	I.14.22 - Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)
	AMBU infantil com máscaras	Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU);	I.14.23 - Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)
		Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);	I.14.24 - Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU)
		Máscaras de nebulização adulta;	I.14.25 - Máscaras de nebulização adulta
		Máscaras de nebulização pediátrica;	I.14.26 - Máscaras de nebulização pediátrica
		Cateteres para oxigênio tipo óculos	I.14.27 - Cateteres para oxigênio tipo óculos
Nebulizador (para uso em visita domiciliar ou em caso de dano a central de nebulização)		Aparelho para nebulização;	I.14.28 - Aparelho para nebulização
		Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis;	I.14.29 - Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis
	Material para imobilização (colares, talas e pranchas)	Colar cervical adulto;	I.14.30 - Colar cervical adulto

		Colar cervical infantil;	I.14.31 - Colar cervical infantil
	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)	Não consta	Não consta
	Sondas de aspiração	Não consta	Não consta
	Aspirador portátil ou fixo	Não consta	Não consta

Fonte: Brasil, 2008; Brasil, 2002a; Brasil, 2013c; Brasil, 2017b.

Apêndice II - artigo apresentado como “comunicações orais rápidas” e publicado na gazeta, Gac Sanit. 2023;37(S1):S177–S325, da XLI REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE) Y XVIII CONGRESO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGÍA (APE) - Epidemiología para construir el futuro, de 5-8 de septiembre de 2023.

846. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO PMAQ

C. F. Maluf, L. L. Santos - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-FMRP-USP.

Antecedentes/Objetivos: No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem o papel de instaurar e manter os recursos necessários ao atendimento da demanda espontânea, incluindo as Urgências e Emergências (UE) nas próprias unidades básicas de saúde (UBS), tornando-as aptas a manejar os casos na unidade ou encaminhá-los para outros pontos da Rede, de acordo com sua gravidade. Visando a avaliação e o estímulo à qualidade da APS, vigorou no Brasil de 2011 a 2018 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Este estudo objetiva avaliar o acesso ao atendimento de UE na APS do Brasil, segundo dados do PMAQ.

Métodos: Estudo transversal e descritivo a partir da análise de variáveis referentes ao processo de trabalho das equipes e a perspectiva dos usuários, extraídas do banco de dados secundários do PMAQ durante a aplicação do 3o ciclo, em 2017/2018. Os dados foram agrupados por porte populacional dos municípios em pequeno, médio e grande porte; e realizadas frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas.

Resultados: O Brasil possuía cerca de 207 milhões de habitantes em 2018, com 75% de cobertura pela APS; e cerca de 70% das equipes ativas no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) naquele período aderiram ao programa. Das 37.350 equipes entrevistadas, 99,10% responderam realizar acolhimento à demanda espontânea e 94,98% que atendiam urgência durante este acolhimento. Para cada equipe, quatro

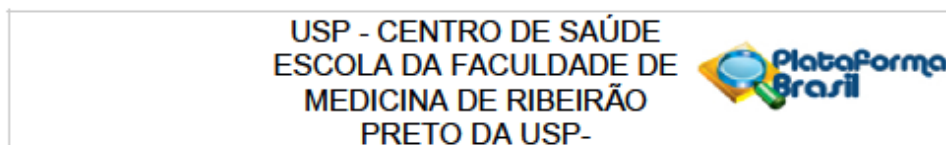
usuários foram selecionados pelo PMAQ e destes, 139.772 aceitaram participar da avaliação. Os usuários dos municípios de pequeno porte conseguiam atendimento de UE na UBS (90,97%) com maior frequência quando comparado aos moradores de grandes centros (87,04%). Contudo, dos usuários entrevistados, 25,13% não buscavam a UBS em situações de UE, pois destes, 56,91% acreditavam que a UBS não prestava esse tipo de atendimento. Daqueles que buscavam e não eram atendidos, 40,68% apontavam que a UBS de fato não atendia urgências. Estas duas condições foram mais frequentes nos municípios de grande porte em 66,77% e 47,14% respectivamente.

Conclusões/Recomendações: A identificação de disparidades na saúde vai à contramão dos preceitos do SUS, universal e equânime. Destaca-se a discrepância entre o discurso do profissional de saúde e do usuário quanto a oferta e atendimento de UE na APS, sendo necessários processos de avaliação em saúde para identificação de carências de políticas públicas e dificuldades no processo de trabalho, para que a APS exerça o seu papel de resolutividade também no atendimento de UE na APS do Brasil, visando a integralidade do cuidado.

Financiamento: Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA).

ANEXOS

Anexo I - Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Pesquisador: CRISTIANE FURTADO MALUF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28137419.9.0000.5414

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.823.413

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa a respeito de urgências e emergências no Sistema Único de Saúde, especificamente uma avaliação pelo PMAQ (Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção, do Ministério da Saúde). O PMAQ é um programa que avalia periodicamente vários aspectos das unidades de saúde do SUS em todo o território nacional, por meio de auto preenchimento de um formulário e visitas in loco de pesquisadores especificamente contratados para tal finalidade. Está atualmente na terceira versão.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar aspectos de infra-estrutura e processos de trabalho relacionados ao atendimento de urgência e emergência das UBS e USF inscritas no PMAQ no território nacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos potenciais a não ser os inerentes a manipulação de bancos de dados, que no caso, por ser público e de livre acesso, já é protegido em relação ao sigilo e manipulação (não pode ser modificado).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho de pesquisa bem estruturado, com objetivos claros, com descrição de métodos e procedimentos e factível dentro dos objetivos propostos. O assunto é relevante para a atenção à saúde do SUS, uma vez que a relação atenção básica e atenção de urgências e emergências será

Endereço: TERESINA 690	CEP: 14.055-380
Bairro: SUMAREZINHO	
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-0009	E-mail: cseculaba@fmrp.usp.br