

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

GUILHERME VINICIUS CATANANTE

**A qualidade dos serviços de APS no contexto do PMAQ-AB,
segundo informações dos usuários**

Ribeirão Preto
2017

GUILHERME VINICIUS CATANANTE

**A qualidade dos serviços de APS no contexto do PMAQ-AB,
segundo informações dos usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo (FMRP / USP), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof^a Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava

Ribeirão Preto
2017

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.

Catanante, Guilherme Vinicius

A qualidade dos serviços de APS no contexto do PMAQ-AB, segundo informações dos usuários. Ribeirão Preto, 2017.

78 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Caccia Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Participação Social.

CATANANTE, G. V. **A qualidade dos serviços de APS no contexto do PMAQ-AB, segundo informações dos usuários.** 2017. 78 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Aprovado em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) : _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho ao meu avô, Rufino.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, por todo apoio, suporte e compreensão.

Aos membros da equipe (da qual fiz parte) de Avaliação Externa do Ciclo II do PMAQ-AB na RRAS 13, onde tudo começou.

À minha orientadora, professora Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava, pela oportunidade, pelas experiências, pelas orientações e por toda a atenção concedida.

Aos docentes com os quais tive contato ao longo desta trajetória, no Departamento de Medicina Social e na Escola de Enfermagem da USP-RP, por todo o aprendizado dentro e fora das salas de aula.

Aos mestrandos e doutorandos colegas de trabalho, pelos apoios mútuos.

Aos usuários do SUS, que nos concederam suas informações e sem os quais esta pesquisa não existiria.

Agradeço, enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram ao longo deste percurso.

ANÔNIMO

O anônimo tem possibilidades infinitas de ação - se os famosos o permitirem.

(DRUMMOND. O Averso das Coisas.)

RESUMO

CATANANTE, G. V. **A qualidade dos serviços de APS no contexto do PMAQ-AB, segundo informações dos usuários.** 2017. 78 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) predomina atualmente a lógica de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada pela sua abrangência, capilaridade e proximidade com o território e a vida dos usuários e famílias. Considerando-se os avanços e dificuldades na implantação e fortalecimento da APS nesta lógica, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), responsável por avaliar a qualidade dos serviços utilizando-se, dentre outros, da participação social. A presente dissertação utiliza como fonte bancos de dados estatísticos secundários emitidos pelo Ministério da Saúde (MS), filtrados por variáveis selecionadas do Módulo III do instrumento do PMAQ considerando-se os atributos essenciais da APS. Os dados foram produzidos pelos usuários nos dois primeiros Ciclos do programa: 717 entrevistados no Ciclo I (2011-2012) e 1271 no II (2013-2014). Objetivou-se descrever os usuários e opinião destes quanto à APS da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13-SP e seus Departamentos Regionais de Saúde (DRS), analisando-se cada Ciclo em sua unicidade. Os resultados caracterizaram uma APS utilizada por indivíduos majoritariamente do sexo feminino, com idades mais avançadas, de renda insuficiente para manter-se e baixos níveis educacionais. Nota-se que o acesso tem sido garantido aos usuários, com algumas ressalvas principalmente quanto aos dias/horários de funcionamento dos serviços, reconhecimento da UBS em situações de emergência/urgência e contato familiar. Os usuários frequentemente têm suas necessidades/problemas resolvidos nas UBS, porém não costumam ser investigados sobre outras questões além daquelas de cunho biomédico. Há comunicação da APS com a Rede de Atenção à Saúde na coordenação do cuidado, porém com algumas trajetórias dos usuários passíveis de fragmentação. Em ambos os Ciclos, a maioria dos usuários relatou receber visita de Agente Comunitário de Saúde mas não de outros profissionais da equipe. A análise pormenorizada de algumas variáveis por DRS com dados do Ciclo II apontou que os DRS VIII e XIII apresentam diferenças um pouco mais negativas que os demais. Conclui-se, de acordo com as informações dos usuários, que a APS da RRAS 13 atende razoável ou incipientemente aos seus atributos essenciais, por vezes garantindo o que é elementar em sua função, sem atender à expansão sugerida pelos movimentos político-sociais e pela literatura. Faz-se necessário fortalecer e expandir as práticas avaliativas no SUS, tais como o PMAQ.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Participação Social.

ABSTRACT

CATANANTE, G. V. **The quality of the PHC services in the context of the PMAQ-AB, according to users' information.** 2017. 78 p. Dissertation (Master of Science) - Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

In the Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS) the Family Health Strategy (FHS) working logic currently predominates, characterized by its comprehensiveness, capillarity and proximity to the territory and the lives of users and families. Considering the advances and difficulties in the implementation and strengthening of PHC in this logic, the Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ) was created, responsible for assessing the quality of services using, among others, social participation. The present dissertation uses as source secondary statistical databases issued by the Ministry of Health (MS), filtered by variables selected from Module III of the PMAQ instrument, considering the essential attributes of PHC. The data were produced by the users in the first two Cycles of the program: 717 interviewed in Cycle I (2011-2012) and 1271 in II (2013-2014). The purpose of this study was to describe the users and their opinion regarding the PHC of the Regional Health Care Network (RRAS) 13-SP and its Regional Health Departments (DRS), analyzing each cycle in its uniqueness. The results characterized APS used by mostly female individuals, with more advanced ages, insufficient income to maintain and low educational levels. It's noted that access has been guaranteed to users, with some exceptions mainly regarding the days / hours of operation of the services, recognition of UBS in emergency / emergency situations, and family contact. Users often have their needs / problems solved in the primary care unit, but they are not usually investigated on issues other than biomedical ones. There is communication between the PHC and the Health Care Network for care coordination, though some users' care trajectories may be fragmented. In both Cycles, most users reported receiving visits from a Community Health Agent but not from other staff members. The detailed analysis of some variables by DRS with Cycle II data indicated that DRS VIII and XIII present slightly more negative differences than the others. It is concluded, according to the users' information, that the PHC of the RRAS 13 responds reasonably or incipiently to its essential attributes, sometimes guaranteeing what is elementary in its function, without taking into account the expansion suggested by political-social movements and literature. It is necessary to strengthen and expand the assessment practices in the SUS, such as the PMAQ.

Keywords: Health Care Assessment. Primary Health Care. Social Participation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 MATERIAL E MÉTODO	23
4.1 Delineamento do estudo	23
4.2 Local	23
4.2.1 DRS III - Araraquara	24
4.2.2 DRS V - Barretos	24
4.2.3 DRS VIII - Franca	24
4.2.4 DRS XIII - Ribeirão Preto	24
4.3 Fonte de dados	25
4.4 Participantes	26
4.5 Aspectos éticos	26
4.6 Análise dos dados	27
4.7 Escolha das variáveis	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Descrição e análise dos dados da RRAS 13	29
5.1.1 Caracterização	29
5.1.1.1 Idade	29
5.1.1.2 Sexo	31
5.1.1.3 Renda	32
5.1.1.4 Escolaridade	35
5.1.1.5 Participação no Bolsa Família	36
5.1.2 Acesso e Acessibilidade	38
5.1.2.1 Distância até a UBS	38
5.1.2.2 Período de funcionamento	40
5.1.2.3 Possibilidades de acesso que facilitariam o atendimento do usuário	41
5.1.2.4 Tempo de espera entre marcação e realização da consulta	43
5.1.3 Longitudinalidade	44
5.1.3.1 Acolhimento/escuta sem hora marcada	44
5.1.3.2 Tempo de espera para acolhimento, em situação de demanda espontânea	46
5.1.3.3 Procura pela UBS em casos de urgência	48
5.1.3.4 Por que não procurou a unidade para atendimento de urgência	50
5.1.3.5 Profissionais perguntam aos usuários sobre familiares	51
5.1.3.6 Profissionais procuram usuário em caso de falta ou interrupção do tratamento	52
5.1.4 Integralidade do Cuidado	54
5.1.4.1 Resolubilidade de necessidades/problemas na Unidade	54
5.1.4.2 Realização de exame físico	55

5.1.4.3	Frequência de perguntas sobre outras necessidades de saúde do usuário	57
5.1.4.4	Sugestão de soluções adequadas à realidade do usuário	58
5.1.5	Coordenação do Cuidado	59
5.1.5.1	Realização de encaminhamentos da UBS a outros profissionais/serviços	59
5.1.5.2	Realização de visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde	62
5.1.5.3	Realização de visita domiciliar por outros profissionais	63
5.1.5.4	Facilidade para saber resultados de exames naquela Unidade	65
5.2	Descrição e análise dos dados por DRS da RRAS 13	66
5.2.1	Acesso	66
5.2.1.1	Distância até a UBS	66
5.2.1.2	Possibilidades de acesso que facilitariam o atendimento do usuário	67
5.2.2	Longitudinalidade	67
5.2.2.1	Procura pela UBS em casos de urgência	67
5.2.3	Integralidade	68
5.2.3.1	Frequência de perguntas sobre outras necessidades de saúde do usuário	68
5.2.4	Coordenação do Cuidado	69
5.2.4.1	Realização de encaminhamentos da UBS a outros profissionais/serviços	69
5.2.4.2	Realização de visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde	70
5.2.4.3	Realização de visita domiciliar por outros profissionais	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	APÊNDICES	78
	APÊNDICE A - Indicadores de saúde RRAS 13 2012-2014	78

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), disposto inicialmente pelas leis nº 8080 e nº 8142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b), e regulamentado pelo decreto nº 7508 de 2011 (BRASIL, 2011a), vem sofrendo profundas mudanças enquanto serviço público de acesso universal à saúde no Brasil. Algumas das maiores mudanças advêm da adoção de uma concepção ampliada de saúde, do seu reconhecimento como direito social a todos os cidadãos, da responsabilidade do estado envolvida nesse processo e do forte chamamento à participação da sociedade na construção de um projeto que ultrapassa a dimensão assistencial para o exercício consciente de uma cidadania plena, base de uma sociedade saudável. Em meio a diversos debates, consideráveis avanços em prol de uma saúde mais integral e contextualizada foram se instaurando, proporcionando novas possibilidades aos cidadãos de receber um cuidado diferente do tradicional e assumir um novo protagonismo social.

Dispondo sobre a organização, planejamento, assistência e articulações interfederativas do SUS, o decreto nº 7508 de 2011 (BRASIL, 2011a) adota, dentre outros conceitos, o de Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo-o como o "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde".

As RAS são compreendidas no âmbito de uma ou mais Regiões de Saúde, conforme diretrizes de regionalização pactuadas em Comissões Intergestores. O decreto dispõe que a integralidade à saúde se inicia e se completa na Rede, pois é nela que o usuário deverá ser referenciado às respectivas unidades necessárias para que suas necessidades sejam resolvidas, sendo papel da Atenção Primária à Saúde (APS) ordenar na RAS o acesso universal e igualitário com base em critérios de risco individuais e coletivos.

Segundo Mendes (2011, p.82), as RAS, em termos gerais, podem ser definidas como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Em trabalho posterior, Mendes (2015, p.19) afirma que a "incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação das RAS".

Como Portas de Entrada (lôcus de atendimento inicial ao usuário) na RAS, e no SUS de maneira geral, são considerados os serviços de APS, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e outros serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011a).

Estruturado a partir da lógica assistencial por nível de complexidade, o SUS dispõe dos níveis de atenção primário, secundário e terciário. A APS, de maior interesse ao presente trabalho, além de ser ordenadora do acesso na RAS também configura-se como a principal das portas de entrada do SUS, sendo ela desenvolvida nos locais mais próximos da vida das pessoas.

Segundo Starfield (1994, p. 1129), a APS é o nível central dentre os níveis de atenção à saúde em um sistema de serviços, sendo ela o tipo de atenção de primeiro contato, contínua, integral e coordenadora do cuidado, voltada à população de maneira geral, indiferenciada. A atenção secundária diferencia-se pela presença do referenciamento, pelo menor prazo no cuidado e pela oferta de suporte consultivo à APS, principalmente quanto a diagnósticos e dilemas terapêuticos. À atenção terciária correspondem as necessidades de usuários que são incomuns à APS e à atenção secundária, que causam grandes impactos ao paciente (provavelmente em vários aspectos de sua saúde) e requerem a competência externa, seja de curto ou longo prazo. Sem a integração com a APS, todos os demais níveis carecem de orientações e cuidados claros e consistentes à saúde do usuário.

Conforme apresentado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), a APS (ou Atenção Básica - AB, no Brasil e no presente estudo considerada como sinônimo de APS), representa um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, que abrange a promoção, proteção e prevenção em saúde, realização de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, prezando por uma integralidade que cause impacto na autonomia e situação de saúde das pessoas e nos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades.

Ainda segundo a PNAB (BRASIL, 2012a, p. 19-20), a APS é

desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios

definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A APS deve ser o contato preferencial em saúde dos usuários do SUS, pois além de dele ser a principal porta de entrada, é local estratégico de comunicação com os demais pontos da RAS. Ela possui como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2012a):

Adscrição territorial: para o planejamento, programação descentralizada (capilarizada) e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais que impactuem na situação, condicionantes e determinantes de saúde das coletividades, em consonância com o princípio da equidade;

Acesso universal e contínuo: a serviços qualificados e resolutivos, dentro ou fora da própria APS, acolhendo, vinculando e corresponsabilizando o usuário no cuidado em saúde. É tido como dever da APS organizar-se para universalmente acolher, escutar e oferecer uma resposta ativa aos problemas de saúde da população, desta reduzindo os danos e sofrimentos, e responsabilizar-se pela resposta oferecida ao usuário, seja ela dentro ou fora da própria APS;

Adscrição, vínculo e responsabilização: que devem ser realizados entre usuários/famílias e equipes, em prol da longitudinalidade do cuidado, de seu referenciamento, da produção afetiva e confiável do trabalho em saúde, acompanhando e ajustando efeitos e condutas além de reduzir os riscos de iatrogenia;

Coordenação da integralidade: considerando os vários aspectos da integralidade, a APS deve integrar ações programáticas e demandas espontâneas, articular promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância, tratamento e reabilitação, manejar tecnologias de cuidado e de gestão rumo a estes fins e ampliar a autonomia dos usuários, em caráter multiprofissional, interdisciplinar e de equipe, sendo o cuidado do usuário o imperativo ético-político de toda esta organização;

Estímulo à participação social: ampliando a autonomia e capacidade de construção do cuidado dos usuários e coletividades dos territórios, enfrentando determinantes e condicionantes, organizando e orientando serviços a partir da centralidade no usuário.

De acordo com Starfield (2002, p.61), há quatro atributos essenciais da APS:

Atenção ao primeiro contato: corresponde à acessibilidade e uso do serviço pelo usuário para cada novo problema ou novo episódio de um problema em saúde, contemplando como o usuário percebe a acessibilidade (como as características geográficas e temporais do acesso) e uso (o fácil acesso estar ou não atrelado à utilização e resolubilidade). A avaliação deste atributo considera a acessibilidade como elemento estrutural e a utilização como elemento processual.

Longitudinalidade: pressupõe a oferta e utilização de uma fonte regular de atenção por um longo tempo, cabendo à APS identificar a população eletiva e suas necessidades de acordo com a própria APS ou outros serviços. A longitudinalidade pode ser refletida no forte vínculo interpessoal cooperativo entre usuários e profissionais de saúde, proporcionando aos indivíduos que identifiquem e utilizem determinado serviço enquanto fonte regular de assistência.

Integralidade: em relação à APS, este atributo implica na composição de arranjos para que o usuário possa utilizar todos os tipos de atenção em saúde, conforme a necessidade, sejam eles na própria APS ou fora dela (atenção secundária, terciária, serviços domiciliares, serviços comunitários ou serviços de outros setores). Implica, ainda, que a APS possa reconhecer de maneira aprimorada as necessidades da população e aquilo que é disponível nas redes de atenção, que identifique sinais e produza diagnósticos precisos, que permita à população reconhecer o pacote de serviços oferecidos e que atue de maneira preventiva.

Coordenação (integração): corresponde à continuidade da atenção, seja por parte dos profissionais (que examinam o usuário no acompanhamento) e/ou através de prontuários (que contenham informações esclarecedoras sobre a atual situação de saúde do usuário), e o reconhecimento de problemas a serem resolvidos (como os problemas identificados em uma consulta anterior ou que geraram encaminhamentos a outros profissionais/serviços, que devem ser investigados nas consultas subsequentes). Isto requer do serviço que o usuário seja,

conforme o possível, sempre atendido pelo mesmo profissional e que este sempre tenha à disposição informações pertinentes ao atendimento do usuário.

Com base nestes fundamentos, diretrizes e atributos, é de responsabilidade da APS contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão no SUS, apoiando e estimulando a adoção prioritária da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros, dado seu potencial tático para consolidação, qualificação e expansão da própria APS (BRASIL, 2012a).

A ESF, cujas primeiras experiências remontam ao ano de 1994 como Programa Saúde da Família, possui missão enfatizada pela Portaria nº 2488 de 2011 (BRASIL, 2011b) de representar o carro-chefe de um novo modelo na APS brasileira, devido ao favorecimento de um processo de trabalho mais orientado conforme os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, da ampliada resolutividade e impacto na saúde das pessoas e sua importante relação custo-efetividade.

Trata-se de um modelo de trabalho com evidentes resultados em outros países (STARFIELD, 1994, 2002) e em processo de expansão e consolidação nacional, atualmente predominando a ESF na organização da prestação da APS no SUS. De acordo com a Portaria nº 2488 de 2011,

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2011b)

A implantação dessas mudanças paradigmáticas evidenciaram a necessidade do Brasil avaliar e qualificar seus serviços de atenção primária à saúde (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007; CASTANHEIRA et al, 2016). Neste sentido, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), nesse estudo referido como PMAQ, por meio da Portaria nº 1654 de 2011 (BRASIL, 2011c).

O Programa desdobra-se na forma de ciclos sucessivos de avaliação da APS, cada Ciclo composto por quatro fases. A primeira fase, denominada “Adesão e Contratualização”, diz respeito à formalização da adesão voluntária de equipes de saúde do município (ou Distrito Federal). Na segunda fase, denominada “Desenvolvimento”, as equipes aderidas são

orientadas a um processo de autoavaliação via instrumento específico ofertado pelo PMAQ, contando com o monitoramento, educação permanente e apoio ofertados por diversas instituições em saúde pública. A terceira fase, “Avaliação Externa”, trata da certificação destas equipes/gestão, através da verificação dos indicadores e padrões que foram previamente determinados. A quarta e última fase, denominada “Recontratualização”, propõe que se utilize dos resultados obtidos na segunda e terceira fases para o incremento de padrões e indicadores de qualidade, consequentemente institucionalizando um processo cíclico e sistemático em avaliação dos serviços.

Pela adesão, preparo, avaliação e certificação, às equipes são realizados repasses financeiros oriundos do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB, sendo 20% do valor recebido no momento da adesão e o percentual restante repassado de acordo com o desempenho na terceira fase do Programa.

A avaliação proposta pelo PMAQ é composta por eixos que integram a estrutura física e o acesso aos serviços de saúde, as condições e modos de organização de trabalho nestes serviços e a qualidade do serviço segundo a opinião do usuário. Utiliza-se, na fase “Avaliação Externa”, um instrumento próprio do Programa, composto por roteiro de entrevistas e coleta de dados inspirado no instrumento PCATool, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, e sua versão brasileira, o PCATool-Brasil (BRASIL, 2010).

Tem, também, similaridades com o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Tanto AMAQ quanto PMAQ possuem seus instrumentos construídos em consonância com as diretrizes que constam na PNAB (BRASIL, 2012a) e os quatro atributos da APS descritos por Starfield (2002, p.61).

O roteiro utilizado pelo PMAQ divide-se em módulos, sendo eles: I – Observação na Unidade de Saúde, II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, e III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário (BRASIL, 2013a; 2013b).

Cada módulo é constituído por itens que, por sua vez, contém diferentes variáveis de avaliação. No módulo I o instrumento se volta para a análise das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. No módulo II é realizada entrevista com profissional de nível universitário da equipe de saúde e verificação de documentos na UBS, objetivando obter informações sobre processo de trabalho da equipe e organização do serviço

e do cuidado para os usuários. O módulo III, fonte da presente pesquisa, consiste de entrevista com o usuário na UBS e visa identificar a opinião do mesmo sobre o serviço, a partir dos atributos essenciais da APS (BRASIL, 2013a; 2013b).

Nota-se que o instrumento utilizado pelo PMAQ valoriza características de infraestrutura, processo de trabalho e opinião de usuários quanto ao serviço. Conforme citado no manual do instrumento (BRASIL, 2013b), a valorização destas características está em consonância com as prioridades listadas na PNAB, como estrutura necessária ao funcionamento das unidades básicas e características de seu funcionamento, compromisso com a ambiência e as condições de trabalho, atribuições do trabalho em equipe e do trabalho específico de cada profissional, participação coletiva e social nos processos de planejamento e decisão, incentivo ao protagonismo e autonomia dos envolvidos no processo de produção de saúde, acolhimento e escuta qualificada das necessidades dos usuários, responsabilização pelo vínculo e atenção integral/continuada ao usuário, dentre outros (BRASIL, 2012a).

Os montantes de dados produzidos pelo PMAQ propiciam a oportunidade de contextualizar, dentre outros, a experiência dos usuários em sua relação com a equipe e com a forma de organização da APS que frequentam, levando-se em consideração o princípio da participação social no SUS como um todo. Trata-se de algo propício à (re)valorização dos sentidos produzidos pelo usuário e proporcionador de um giro epistemológico na pesquisa em saúde, indo do usuário consumidor ao usuário mediador, compreendido como aquele que tem espaço para opinar no processo de produção do cuidado (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

Esta nova referência vem sendo construída processualmente. O atual estado do conhecimento em avaliação de serviços de saúde aponta que, em um primeiro momento, a partir dos anos 50 e até meados dos anos 80, houve o que se pode denominar como primeira geração em avaliação de serviços de saúde, que considerava na avaliação mais predominantemente os aspectos técnico-profissionais, traduzidos, por exemplo, na avaliação da capacidade dos profissionais de saúde de escolher as práticas consideradas mais adequadas de acordo com o conhecimento técnico-científico vigente (SERAPIONI, 2009).

A partir dos anos 80, em um contexto resultante da avaliação reduzida à dimensão técnico-profissional e de ênfase na responsabilização do profissional de saúde, desenvolve-se uma segunda geração na qual são focalizados aspectos organizacionais e processos gerenciais, principalmente aqueles orientados à expectativa do usuário. É neste período, por exemplo, que

começam a ser propostas as práticas voltadas à certificação de qualidade e acreditação institucional (SERAPIONI, 2009).

O início dos anos 90, associado à ênfase avaliativa no usuário, em sua satisfação, na humanização da atenção e valorização de relações mais equitativas entre profissional e usuário, juntos, propiciam a terceira geração em avaliação de serviços de saúde. No processo avaliativo, a perspectiva do usuário passa a ser essencial, junto às perspectivas técnica e organizacional (SERAPIONI, 2009).

Incluindo os aspectos das anteriores, é possível ainda elencar uma quarta geração em avaliação de serviços de saúde, de maior interesse nesta pesquisa. Esta geração é caracterizada pela negociação, juízos, critérios e ações de maneira integrada entre os diferentes atores no processo avaliativo, com destaque ao usuário (CACCIA BAVA et al, 2015; GUBA; LINCOLN, 1989; OPAS, 1998).

De acordo com Hartz (2008), a quarta geração não exclui o papel desempenhado pela avaliação conforme as outras gerações, mas coloca-se como uma alternativa propiciadora de maior inclusão e participação dos envolvidos – inclusive do próprio avaliador/pesquisador, superando seu posto exclusivo de juiz. Há, nesta proposta, a privilegiada oportunidade de relativizar e contextualizar a “verdade” em jogo na avaliação.

Tal como apontado por Pinheiro e Silva Jr (2011), a avaliação não precisa limitar-se à verificação do cumprimento de regras e normas, mas constituir-se como ferramenta democrática e de empoderamento dos cidadãos na afirmação de seus direitos. Por isso, o presente projeto de pesquisa visa utilizar os dados produzidos pelo PMAQ para produzir um saber mais integral entre a dimensão institucional e a dimensão do usuário.

Este tipo de dado causa interesse e é de relevância tanto para autenticar a qualidade dos serviços quanto para embasar possíveis mudanças nos mesmos, uma vez que o usuário público pode ser considerado figura de síntese na construção do imaginário coletivo (PINHEIRO; SILVA JR, 2011).

Sabe-se que a ausência de políticas efetivas do Estado possibilita a constância de problemas sociais como a exclusão e a marginalização; por isso, constata-se a necessidade de o setor saúde consolidar seus saberes. Para se efetivar o direito à saúde, é preciso renovar sentidos, significados e vozes de sujeitos, identidades e lutas na sociedade/história,

removendo crenças conservadoras sobre as reformas em curso (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

Trata-se de um tema presente no cenário político e social brasileiro, se consideradas recentes atividades como a aprovação da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, que altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal. Dentre outros assuntos, a Emenda estabelece que o repasse de receita corrente líquida (e não bruta) da União para a saúde não pode ser inferior a 15%. Conforme noticiado por entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (FUNCIA, 2015), tal medida desrespeita a participação e vontade popular, que entre 2013 e 2014 manifestou-se por meio de 2,2 milhões de assinaturas em prol do repasse mínimo de 10% das receitas correntes brutas da União. As consequências desta Emenda, segundo o CONASS, traduzem-se em perdas e recursos orçamentários insuficientes, já estimados em cerca de 7 bilhões/ano.

Essa e outras movimentações políticas podem alterar substancialmente para melhor ou pior a forma de financiamento do SUS e, conseqüentemente, seu funcionamento, atingindo princípios fundamentais como a universalidade da assistência, a abertura de investimentos na saúde pelo capital estrangeiro e novas configurações da relação público X privado, como dispõe a PEC 451/2014. Muitas dessas iniciativas colidem com os interesses populares, pouco representados na esfera política e institucional, mas que são frutos de uma história de movimentos sociais.

No ano de 2015 ocorreram vários ciclos de conferências municipais, regionais e estaduais, que culminaram na realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Espaço construído de forma paritária entre usuários e gestores/trabalhadores, a sociedade foi chamada a manifestar-se sobre a atual forma de organização da saúde no país, bem como a propor novas diretrizes para o SUS, desde os aspectos do seu financiamento, até a relação público/privado, a formação e capacitação para esse projeto, dentre muitos outros aspectos.

Nas diretrizes aprovadas na plenária final desta Conferência, destaca-se aquela pertencente ao eixo sobre financiamento do SUS e a relação público/privado, que dispõe sobre a garantia do financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão de gasto, e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos. Destaca-se, também, a diretriz proveniente do eixo sobre participação social, que dispõe,

dentre outros, a ampliação dos canais de comunicação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Este é, portanto, um momento potente e estratégico para se avaliar o que foi construído e apontar novos rumos, caminhando-se mais alguns passos no fortalecimento do SUS e na construção de uma cultura avaliativa em saúde. Oportuno, então, pontuar que projetos como o PMAQ podem contribuir para atividades dessa natureza, com vistas a se identificarem avanços e dificuldades, inclusive neste trabalho pela perspectiva do usuário.

2 JUSTIFICATIVA

O projeto de avaliação de UBS de APS pelo Ministério da Saúde (MS), realizado pelo PMAQ, previu diferentes Ciclos desde 2011 até 2016. Esse processo teve configurações distintas nesse período, em termos do volume de municípios e equipes aderentes, instrumentos utilizados, inserção de universidades mais ou menos distantes do território de avaliação, dentre outras diferenças.

Por tratar-se de um processo avaliativo composto por etapas desenvolvidas em diferentes momentos, por diferentes UBS, equipes e usuários participantes, torna-se relevante a produção de informações que caracterizem cada etapa, priorizando-se, neste estudo, a vocalização dos usuários nos Ciclos I e II, que usam os serviços do SUS e são dotados de um saber importante à avaliação do serviço, tal como a literatura tem demonstrado (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007; PINHEIRO; MARTINS, 2011).

O projeto de sociedade subjacente à construção do SUS requer que os cidadãos sejam críticos, reflexivos e participantes desse processo. A concepção ampliada de saúde, adotada pela Constituição Cidadã Brasileira de 1988 e base legal do SUS, aponta que o nível de saúde de um povo reflete seu grau de maturidade como sociedade e não, isoladamente, da assistência médica prestada.

Por fim, justifica-se este projeto pela oportunidade de sistematizar e refletir sobre os resultados do PMAQ em uma dimensão acadêmica, valendo-se de uma análise desenvolvida a partir de um tempo e horizontes institucionais diferentes, mas que podem ser complementares sob a lógica do aprimoramento e alcance de finalidades.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a opinião dos usuários acerca dos serviços de APS de uma região de saúde avaliados nos Ciclos I e II do PMAQ, à luz dos atributos essenciais da APS.

3.2 Objetivos específicos

a) caracterizar os usuários entrevistados de acordo com sexo, renda, faixa etária, escolaridade e utilização do Bolsa Família.

b) identificar a opinião do usuário no que diz respeito a:

- acesso e acessibilidade;
- longitudinalidade;
- integralidade do cuidado;
- coordenação do cuidado.

4 MATERIAL E MÉTODO

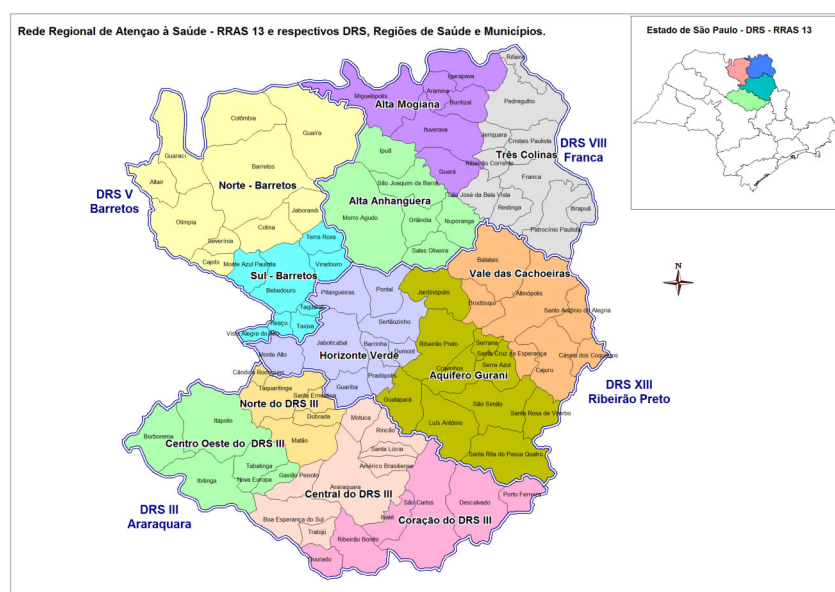
4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, em que os grupos populacionais foram estudados em determinados pontos no tempo, considerados como cortes transversais os Ciclos I e II do PMAQ, ocorridos, respectivamente, nos anos de 2011-2012 e 2013-2014. Este tipo de estudo é de interesse devido seu potencial descritivo de uma população e às associações entre as respostas obtidas (GORDIS, 2008).

4.2 Local

O campo de realização do estudo são os municípios participantes da avaliação do PMAQ na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13, referente à macrorregião nordeste do estado de São Paulo, totalizando 90 municípios. Nesta região encontram-se os seguintes Departamentos Regionais de Saúde (DRS):

Ilustração 1: Mapa da RRAS 13 e respectivos DRS, Regiões de Saúde e Municípios



Fonte: SÃO PAULO, 2015.

4.2.1 DRS III - Araraquara

O DRS III abrange 24 municípios e localiza-se na porção mais ao sul da RRAS 13. De acordo com informações da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2017), em 2012 a população deste território foi estimada em 934.863 habitantes.

Possui quatro regiões de saúde, sendo elas: Central do DRS III, Centro-Oeste do DRS III, Coração do DRS III e Norte do DRS III.

4.2.2 DRS V - Barretos

O DRS V abrange 18 municípios e localiza-se na porção mais ao noroeste da RRAS 13. A população estimada para o ano de 2012 foi de 412.878 (SÃO PAULO, 2017).

Possui duas regiões de saúde, sendo elas: Norte - Barretos e Sul - Barretos.

4.2.3 DRS VIII - Franca

O DRS VIII abrange 22 municípios e localiza-se na porção mais ao nordeste da RRAS 13. Para o ano de 2012 foi estimada a população de 658.943 habitantes (SÃO PAULO, 2017).

Possui três regiões de saúde, sendo elas: Três Colinas, Alta Anhanguera e Alta Mogiana.

4.2.4 DRS XIII - Ribeirão Preto

O DRS XIII abrange 26 municípios e localiza-se na porção central da RRAS 13. A população estimada neste DRS no ano de 2012 foi de 1.357.865 habitantes (SÃO PAULO, 2017).

Possui três regiões de saúde, sendo elas: Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras.

Aderiram ao PMAQ 183 equipes de APS de 57 municípios contratualizados no Ciclo I e 323 equipes de APS, 147 equipes de saúde bucal e seis NASF de 80 municípios no Ciclo II.

Por volta de maio de 2014, época em que se realizava a coleta do Ciclo II na RRAS 13, no estado de São Paulo haviam cerca de 4109 equipes de ESF implantadas, cobrindo 33% da população.

De acordo com a Matriz de Indicadores de Saúde 2014 (SÃO PAULO, 2016), a RRAS 13 apresentou população estimada em 3.429.349 habitantes (dentre 42.673.386 no estado de SP) no ano de 2014, com 95,87% de sua população residente em áreas urbanas (SP: 95,94%) (estimativa de 2010) e taxa de crescimento populacional de 1,34% (SP: 1,21%) entre os anos 2000 e 2010. Possui 13,58% de sua população maior de 60 anos de idade (SP: 12,85%) (2014) e taxa bruta de natalidade de 13,34 (SP: 14,65) (2014).

Dentre seus municípios, 36,67% possuem menos de 10.000 habitantes (SP: 42,79%) e 6,67% possuem mais de 100.000 habitantes (SP: 11,63%) (2014). O Produto Interno Bruto per capita é estimado em R\$ 28.559,42 (SP: R\$39.122,26) (2013).

A cobertura pela saúde suplementar na RRAS 13 aplica-se a 38,27% da população residente (SP: 44,07%) (2014) e a despesa em saúde per capita, financiada pelas três esferas de governo e sob responsabilidade do município, soma em média R\$ 706,34 (SP: R\$ 725,63) (2014).

A descrição de alguns dos indicadores de saúde da RRAS 13 e do estado de São Paulo constantes na Matriz de Indicadores de Saúde dos anos 2012 e 2014 (SÃO PAULO, 2014; 2016) podem ser conferidos no apêndice A. Nota-se, de acordo com estes dados, algumas diferenças destacáveis entre RRAS 13 e o estado de São Paulo. Por exemplo, ao mesmo tempo em que a RRAS 13 apresenta menor incidência de AIDS <5 anos, menor proporção de consultas de urgência por consulta básica e maior cobertura APS, apresenta também maiores números de partos cesáreos, internações por AVC >40 anos e internações por condições sensíveis da APS.

4.3 Fonte de dados

O estudo se vale de fontes secundárias com dados oriundos do Módulo III dos Ciclos I e II do PMAQ, organizados na forma de consolidados de resultados emitidos pelo Ministério da Saúde. O Módulo III constitui-se em um roteiro estruturado (conferir Ilustração 2) em

grupos de variáveis, sendo os seguintes grupos utilizados como fonte de variáveis nesta pesquisa:

- a) identificação do usuário, com cinco variáveis;
- b) acesso aos serviços de saúde, com quatro variáveis;
- c) acolhimento à demanda espontânea, com quatro variáveis;
- d) atenção integral à saúde, com três variáveis;
- e) vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, com seis variáveis.

Ilustração 2: cabeçalho do instrumento de coleta

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário				
Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias	
			Cód	Descrição

Fonte: Instrumento de avaliação do Ciclo II do PMAQ (BRASIL, 2013b)

4.4 Participantes

A coleta realizada em cada Ciclo do PMAQ previu a entrevista de quatro usuários por equipe de saúde. No Ciclo I foram avaliadas 183 equipes, esperando-se 732 usuários, embora no banco de dados do Ministério da Saúde constem 717. No Ciclo II, com 323 equipes avaliadas na RRAS 13, eram esperados 1272 usuários, embora no banco de dados existam 1271. Analisa-se, portanto, as informações de 1988 entrevistados, elegíveis após aplicação dos seguintes critérios: ser maior de 18 anos de idade e estar na UBS no momento da entrevista. Foram excluídos os usuários que haviam passado por consulta naquele dia, antes da entrevista, bem como os que estavam na Unidade pela primeira vez no dia da entrevista.

4.5 Aspectos éticos

O presente projeto passou por análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, conforme parecer número 1.317.854.

4.6 Análise dos dados

Foram estudadas as respostas dadas pelos usuários nos Ciclos I e II por meio da estatística descritiva. A escolha desta deveu-se à necessidade de quantificar, organizar e compreender as informações concedidas pelos participantes em relação às variáveis pesquisadas. Este tipo de análise proporcionou estimativas na forma de média (tendência central) e frequência relativa das distribuições (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Os consolidados e os dados nele contidos foram organizados pelo software Microsoft Excel.

Os resultados de cada Ciclo foram analisados separadamente, cada um em sua unicidade, não sendo adequada uma comparação dos Ciclos entre si, visto que estes se desenvolveram em diferentes cenários temporais, do número de municípios, equipes e usuários participantes, da coordenação das atividades de avaliação por diferentes universidades, modificações no instrumento, momento histórico-político-econômico, dentre outros. Entretanto, foi considerado relevante apontar as manifestações dos usuários em diferentes momentos do processo avaliativo, considerando-se o processo do PMAQ em etapas que compõem um todo.

4.7 Escolha das variáveis

Na Tabela 1 são apontadas as 23 variáveis eleitas para o presente trabalho, a partir dos seus objetivos, organizadas de acordo com os grupos de atributos essenciais da APS, conforme instrumento de avaliação do Programa. Na coluna “Ação” consta, entre parênteses, o número de identificação da variável no instrumento do Ciclo I e do Ciclo II, consecutivamente.

Tabela 1 - Percurso metodológico

Objetivo	Ação	Fontes
Caracterização dos usuários entrevistados	Identificar nas respostas dos entrevistados as posições relativas a: faixa etária (4.7 - 3.2), sexo (4.6 - 3.1), renda (4.15.1 - 3.6), escolaridade (4.12 - 3.4) e utilização do Bolsa Família (4.16 - 4.1).	Instrumentos e consolidados dos Ciclos I e II do PMAQ, Módulo III, relativo aos usuários.
Identificar a percepção do usuário em relação a acesso e acessibilidade.	Identificar nas respostas dos entrevistados as posições relativas a: distância da casa do usuário à unidade (5.1 - 5.1), períodos de funcionamento da unidade (5.5 - 5.4), possibilidades de acesso que facilitariam o atendimento do usuário (5.8 - 5.8) e tempo de espera entre marcação e consulta naquela unidade (6.3 - 6.3).	Instrumentos e consolidados dos Ciclos I e II do PMAQ, Módulo III, relativo aos usuários.
Identificar a percepção do usuário em relação à longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculos com a equipe.	Identificar nas respostas dos entrevistados as posições relativas a: acolhimento/escuta na unidade quando a procura sem hora marcada (7.1 - 7.2), tempo de espera para acolhimento em situação de demanda espontânea (7.3 - 7.4), procura da unidade (ou outro serviço) em casos de urgência (7.7 - 7.7), por que não procurou aquela unidade para atendimento de urgência (7.12 - 7.8), se os profissionais perguntam aos usuários sobre seus familiares (9.12 - 9.6), se o usuário é procurado por algum profissional daquela unidade caso interrompa um tratamento ou não compareça à consulta (9.16 - 9.9).	Instrumentos e consolidados dos Ciclos I e II do PMAQ, Módulo III, relativo aos usuários.
Identificar a percepção do usuário em relação à integralidade do cuidado.	Identificar nas respostas dos entrevistados as posições relativas a: resolubilidade de necessidades/problemas na Unidade (8.1 - 8.1), realização do exame físico (8.3 - 8.3), frequência com que os profissionais fazem perguntas ao usuário sobre outras necessidades de saúde que o usuário tenha ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta (8.7 - 8.6), e se os profissionais daquela equipe sugerem ao usuário soluções adequadas a sua realidade (8.8 - 8.9).	Instrumentos e consolidados dos Ciclos I e II do PMAQ, Módulo III, relativo aos usuários.
Identificar a percepção do usuário em relação à coordenação do cuidado.	Identificar nas respostas dos entrevistados as posições relativas a: realização de encaminhamentos da unidade a outros profissionais ou especialistas (9.20 - 10.1), se o agente comunitário de saúde realiza visita na casa do usuário (9.23 - 11.1), se outros profissionais da equipe realizam visita na casa do usuário (9.24 - 11.2), e se há facilidade para o usuário saber resultados de exames naquela UBS (9.22 - 10.2).	Instrumentos e consolidados dos Ciclos I e II do PMAQ, Módulo III, relativo aos usuários.

Fonte: autor

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrição e análise dos dados da RRAS 13

Apresentam-se, a seguir, os resultados das entrevistas dos usuários dos Ciclos I e II da RRAS 13, descrevendo o contexto de cada Ciclo e analisando-os à luz da literatura adotada como referência.

5.1.1 Caracterização

5.1.1.1 Idade

Em ambos os Ciclos as entrevistas foram destinadas a adultos que estavam no serviço de saúde avaliado no momento da avaliação externa, abordados antes da consulta. Assim, a descrição contempla a distribuição etária do segmento pré-selecionado. É possível a hipótese de que muitos destes entrevistados lá estivessem motivados não só por atendimentos próprios, mas também por atenção à saúde dos filhos, porém este tipo de informação não foi objeto do instrumento de pesquisa.

No Ciclo I, a partir da pergunta “qual é a idade do(a) senhor(a)?”, os 717 usuários entrevistados produziram média de idade de 46 anos, situando-se 41% do total na faixa etária entre 19 e 40 anos. Incluem-se nesta faixa etária ciclos de vida importantes, caracterizados pelo momento de entrada no mercado de trabalho e a lida com as características da vida cada vez mais urbanizada e industrializada, a composição de novos sistemas familiares, o auge da idade reprodutiva e o cuidado dos filhos, choques geracionais, a partida dos filhos, perdas familiares e a reconfiguração da vida conjugal. Cada um destes momentos traz consigo problemas de saúde conforme o desempenho da família e seus membros (RIBEIRO, 2000).

A respeito da entrada no mercado de trabalho, o campo da saúde do trabalhador elucida falhas ainda comuns no cotidiano do SUS e da saúde coletiva de modo geral, tal como a dificuldade em se reconhecer no trabalho o nexos causal de sintomas e patologias, algo que acaba por ser complementado pela subnotificação de casos nos quais se considera o diagnóstico baseado apenas em um agente, em meio a tantos que o processo de trabalho pode

proporcionar (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Adiante neste trabalho será possível observar a relação entre os frequentadores dos serviços de saúde e os horários disponíveis para tal, algo que se atrela ao horário comercial, dificultando o cuidado aos trabalhadores.

O terceiro e quarto maiores intervalos etários dentre os entrevistados deste Ciclo foram aqueles com idades entre 51 e 70 anos, totalizando 32%. Pode-se analisar este dado na perspectiva do envelhecimento populacional, projetado na população brasileira através da evolução de uma pirâmide etária de base larga e topo estreito para uma de topo largo e base estreita.

No Ciclo II, considerados os dados obtidos a partir da pergunta “qual é a idade do(a) senhor(a)?”, a média de idade dos usuários foi de 50 anos. Neste cenário, 50% dos entrevistados da RRAS 13 possuía idade de 51 anos ou mais. Sendo este o Ciclo mais recente, destaca-se o predomínio de população em idade avançada frequentando os serviços de saúde tendo em vista o movimento rumo ao envelhecimento populacional.

Conforme consta no estudo "A Saúde no Brasil em 2030" (FIOCRUZ, 2012), delineia-se prospectivamente um quadro no qual, por volta do ano 2030, a realidade epidemiológica brasileira terá uma população mais envelhecida, com prevalência aumentada de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, estas conectadas a doenças cardiovasculares, obesidade e outros, além de um possível aumento na incidência e prevalência das demências de ordem neuropsiquiátrica.

Além de uma nova questão a ser enfrentada pelos diversos setores sociais nos próximos anos, o envelhecimento populacional demandará do SUS o pensamento estratégico e apropriado para executar ações integrais em saúde do idoso, garantindo o acesso universal e a equidade. Estes traços populacionais, desde já detectáveis na RRAS 13, sugerem uma maior atenção à prevenção e proteção em saúde das populações de faixas etárias inferiores, de modo a diminuir impactos que o envelhecimento trará ao SUS nos próximos anos.

Destaca-se, ainda, a participação de 47% de entrevistados em faixa etária entre 19 e 50 anos de idade, à qual estão atreladas questões da participação no mercado de trabalho, idade reprodutiva e cuidado dos filhos, desdobrando-se em dificuldades de acesso entre horários de funcionamento dos serviços e horário de jornada de trabalho do usuário, não detecção ou

subnotificação de condições de saúde oriundas dos processos de trabalho, além da ida à UBS para fins que vão das necessidades em saúde de si às necessidades em saúde dos filhos.

Tabela 2 - Distribuição etária dos usuários dos serviços de saúde entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Faixa etária	Ciclo I	Ciclo II
Até 18 anos	4%	2%
19 a 30 anos	23%	16%
31 a 40 anos	18%	15%
41 a 50 anos	10%	16%
51 a 60 anos	17%	20%
61 a 70 anos	15%	19%
71 anos ou mais	12%	11%
Não souberam/não responderam	2%	0%

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

5.1.1.2 Sexo

No Ciclo I, nesta variável, constaram como possíveis respostas “masculino”, “feminino” e “não sabe/não respondeu”, havendo predominância de 80% de pessoas do sexo feminino. Trata-se de um resultado desproporcional à população em geral, se comparados com os dados do Censo IBGE de 2010, que contou no Brasil 51% da população do sexo feminino e 49% do sexo masculino (51,3% e 48,7%, respectivamente, no estado de São Paulo) (IBGE, 2010).

Este cenário reforça a necessidade de oferta de serviços em saúde da mulher e, mais ainda, de aproximar serviços de saúde e o público masculino, pois estes dados apontam para uma dificuldade em se reconhecer e promover o campo de saberes e práticas voltado à saúde do homem. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, considerando esta problemática e os agravos que dela decorrem, apresenta que:

[...] este tipo de política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do

Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. (BRASIL, 2008, p.3)

É, portanto, papel estratégico da APS buscar, mapear, estabelecer vínculo e coordenar o cuidado necessário às possíveis condições em saúde do homem e da população em geral.

No Ciclo II, na variável “sexo”, aos usuários foram concedidas as opções de resposta “masculino” e “feminino”. Predominaram os usuários do sexo feminino, totalizando 77% dos entrevistados, algo que, conforme já citado, destoa das médias populacionais nacional e estadual.

Desta forma, o Ciclo II também delinea um cenário que reforça a necessidade de oferta de serviços em saúde da mulher e do homem, com ênfase na necessidade de aproximar este último ao serviço de saúde, conforme supracitado.

Interessante notar, ainda, que nos instrumentos de ambos os ciclos constam variáveis relativas ao sexo, porém, nada consta quanto ao gênero dos usuários entrevistados. Tendo em vista que a temática de gênero é crescente nos diversos setores sociais e motivo recente de novas discussões e ações principalmente no âmbito da saúde, seria enriquecedor ter este dado à disposição para a avaliação dos serviços, para melhor caracterizar a população que os frequenta, levantar demandas e projetar ações, além de romper com possíveis correlações forçadas entre sexo e gênero.

5.1.1.3 Renda

No Ciclo I, os entrevistados foram perguntados sobre o valor mensal de sua renda familiar e, por tratar-se de um dado oriundo de variável quantitativa, na presente pesquisa optou-se por realizar categorização dos dados desta variável tomando como base para intervalos o valor de R\$ 700,00. Para tanto, foi considerado o valor do salário mínimo em 2012 (R\$ 622,00) e possíveis acréscimos oriundos do Bolsa Família, perfazendo soma em torno de R\$ 700,00. Os dados da RRAS 13 nesse primeiro Ciclo foram coletados em 2012.

A média de renda familiar registrada naquele momento foi igual a R\$ 1359,00. Dentre todos os entrevistados, 76,8% relataram renda familiar de até R\$ 2100,00, perfazendo uma

maioria de famílias usuárias da APS que tinham como renda no máximo três salários mínimos. Os que responderam renda familiar de até R\$ 700,00 são 20,6% dos entrevistados.

Para melhor contextualizar esta discussão, é possível observar as informações trazidas pela variável 4.10 do instrumento do Ciclo I, que perguntava aos entrevistados: "quantas pessoas vivem na casa do(a) senhor(a)?" . Dentre aqueles que souberam responder à pergunta, registrou-se uma média de quatro pessoas por casa, sendo 51,4% das casas com até três pessoas e 49,6% com quatro ou mais pessoas.

Segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), o salário mínimo necessário no segundo semestre de 2012 era em torno de R\$ 2500,00, enquanto o salário mínimo nominal foi de R\$ 622,00 durante todo aquele ano.

De acordo com a metodologia adotada para este cálculo (DIEESE, 2016), o salário mínimo necessário é estabelecido levando-se em consideração a "remuneração devida ao trabalhador adulto [...] capaz de satisfazer, em determinada época e região do país, às suas necessidades normais de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte".

Tal metodologia, conforme explica o DIEESE, também é adotada para o cálculo do salário mínimo nominal. Nota-se, diante disto, que há grande disparidade entre o valor estipulado pelo governo federal para o salário mínimo nominal (R\$ 622,00) e o valor estipulado pelo DIEESE para o salário mínimo necessário (cerca de R\$ 2500,00) àquela época.

Mais contrastante é a disparidade entre o salário mínimo necessário calculado com base nas necessidades de um indivíduo e a renda familiar (ou seja, a soma da renda de todos os membros da família) relatada pelos usuários entrevistados no Ciclo I.

Cerca de 76,8% dos entrevistados possuem renda familiar de no máximo R\$ 2100,00, compartilhado por, em média, quatro pessoas, perfazendo uma média de R\$ 525,00 por indivíduo (ressalva-se que a metodologia não especifica diferenças de valores entre adultos e crianças).

Caracteriza-se, assim, uma população usuária da APS com condições de renda abaixo do suficiente para atender às necessidades mais básicas do cotidiano, sendo, conseqüentemente, o tipo de população que não dispõe de serviços suplementares de saúde e depende, em sua maioria, exclusivamente do SUS para terem garantido o direito à saúde.

No Ciclo II, a coleta se deu em 2014 e a variável qualitativa que consta no instrumento investigava o valor recebido pelo usuário como “salário ou pagamento do seu trabalho” no mês anterior ao da entrevista. Trata-se, portanto, de variável sobre renda individual (não mais familiar como no Ciclo I), composta por categorias que levavam em consideração a quantidade de salários mínimos recebidos, com valor de referência à época de R\$ 724,00.

Destaca-se o percentual de entrevistados que não responderam à respeito da renda por não trabalharem ou não se lembrarem do quanto receberam no mês anterior ao da entrevista. Cerca de 75% de usuários não trabalhavam/não souberam dizer o quanto receberam no mês anterior, dos quais 79,6% são mulheres e 20,4% são homens. Frente ao grande percentual acima, pode-se aventar a possibilidade de haver certo constrangimento pelos entrevistados em oferecer informação considerada restrita à esfera privada, em uma pesquisa conduzida por uma pessoa estranha.

Complementarmente ao apresentado na análise da variável “sexo” do Ciclo II, destaca-se que houve predominância de usuários do sexo feminino que não exercem atividade remunerada, em relação aos usuários do sexo masculino. Isto pode remeter à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008), ao apontar maiores dificuldades de acesso de pessoas do sexo masculino aos serviços de saúde devido à incompatibilidade no horário de atendimento na unidade com horários de trabalho do usuário e à atribuição historicamente construída à pessoa do sexo masculino da responsabilidade pelo sustento da família. O mesmo documento ressalva que as mulheres de todas as categorias sócio-econômicas têm cada vez mais participado do mercado de trabalho, mas nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Tabela 3 - Renda dos usuários dos serviços de saúde entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Ciclo I (renda familiar)		Ciclo II (renda per capita)	
Até R\$ 700,00	20,6%	Menos de um salário mínimo	5%
De R\$ 701,00 a R\$ 2100,00	56,2%	Entre 1 e 3 salários mínimos	20,6%
De R\$ 2101,00 a 4200,00	9,2%	Entre 4 e 6 salários mínimos	0,5%
De R\$ 4201,00 a R\$ 6300,00	0,4%	Entre 7 e 9 salários mínimos	0,1%
Acima de R\$ 6301,00	0,3%	Mais de 10 salários mínimos	0,1%
Não souberam/não responderam	13,2%	Não trabalham ou não sabiam quanto receberam no mês anterior	73,7%
		% de pessoas do sexo masc. que não trabalham ou não souberam responder quanto recebeu (dentre todos do sexo masc.)	65,9%
		% do sexo fem. que não trabalham ou não souberam responder quanto recebeu (dentre todos do sexo fem.)	76%
		% do sexo masc. que não trabalham ou não souberam responder quanto recebeu (dentre todos que não trabalham/não souberam responder, masc.+fem.)	20,4%
		% do sexo fem. que não trabalham ou não souberam responder quanto recebeu (dentre todos que não trabalham/não souberam responder, masc.+fem.)	79,6%

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

5.1.1.4 Escolaridade

No Ciclo I foi perguntado ao entrevistado "quantos anos o(a) senhor(a) estudou?", usando de variável quantitativa. Para a presente análise, foram estipuladas categorias que se aproximam de níveis educacionais como a não-alfabetização, alfabetização e os ciclos fundamental, médio e superior.

Destaca-se, no Ciclo I, o alto número de respostas que "não souberam/não responderam" (55%), seguido de 36,7% que possuíam entre 1 e 8 anos de estudo, o que compreende aproximadamente o ensino fundamental (completo ou não). Já 8,1% dos entrevistados relataram nenhum ano de estudo. Caracteriza-se, assim, uma população frequentadora da APS na RRAS 13 de baixa escolaridade, sendo não-alfabetizada ou alfabetizada de maneira incipiente.

No Ciclo II utilizou-se de variável qualitativa na qual constam respostas categorizadas por níveis de ensino, indo desde a não-alfabetização até a pós-graduação, respondidas a partir da questionamento "até quando o(a) senhor(a) estudou?".

A partir das respostas obtidas, nota-se que 38,9%, a maioria dos entrevistados, possuía o ensino fundamental incompleto e 19,4%, a segunda maior faixa educacional dos entrevistados, possuía o ensino médio completo. Dentre aqueles que possuem algum nível de alfabetização, concluintes ou não do ensino fundamental e médio, somam-se 88% dos entrevistados. Apenas 5,3% dos frequentadores da APS da RRAS 13 entrevistados no Ciclo II possuíram algum tipo de contato com o ensino superior/pós-graduação.

Assim, o perfil dos usuários presentes nesta porta de entrada do SUS é de menor nível educacional, condizente com os dados já citados acima acerca da renda e ocupação. A APS tem uma vertente importante que a concebe como assistência pobre para pessoas pobres (OPAS, 2007), denominada de APS seletiva, voltada às populações mais pobres e de caráter assistencial desprovido de maiores aportes de recursos, o que reforça essa ideologia do "SUS para pobre", sendo uma possível resposta à utilização de planos de saúde como indicador de ascensão social.

Tabela 4 - Escolaridade dos usuários dos serviços de saúde entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Ciclo 1: escolaridade (em anos de estudo)		Ciclo 2: escolaridade (por nível educacional)	
Nenhum ano de estudo	8,1%	Não-alfabetizados	6,5%
Entre 1 e 8 anos de estudos	36,7%	Alfabetizados	9,2%
		Ens. fund. incompleto	38,9%
Entre 9 e 11 anos de estudos	0,1%	Ens. fund. completo	13,1%
		Ens. médio incompleto	7,4%
		Ens. médio completo	19,4%
12 ou mais anos de estudos	0,1%	Ens. superior incompleto	2,3%
		Ens. superior completo	2,8%
		Pós-graduação	0,2%
Não souberam/não responderam	55%	Não sabe/não respondeu/não lembra	0,1%

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

5.1.1.5 Participação no Bolsa Família

No Ciclo I foi perguntado ao usuário se "sua família é cadastrada no Programa Bolsa Família", havendo como resposta uma minoria de famílias beneficiárias do programa: 22%.

No Ciclo II, o questionamento deu-se da seguinte forma: "o senhor é beneficiário do Bolsa Família?". Houve uma minoria de usuários beneficiários do programa: 13,7%.

Ambos os Ciclos apresentam resultados alinhados com a gradual queda no número de beneficiários do Programa Bolsa Família em todo o país nos últimos anos, conforme dados do antigo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (atual Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário). Entre 2003 e 2011, a população em situação de pobreza e extrema pobreza no país caiu de 23,9% para 9,6% (SOUZA; OSÓRIO, 2013).

Em 2004 havia no país aproximadamente 6,5 milhões de famílias beneficiárias, pouco mais de 657 mil delas no estado de São Paulo. Em 2012, ano de referência da coleta do Ciclo I na RRAS 13, eram por volta de 13,9 milhões de famílias beneficiárias nacionalmente, 1,25 milhão delas em São Paulo. No ano de referência do Ciclo II na RRAS 13, 2014, havia no país cerca de 14 milhões de famílias beneficiárias, sendo 1,32 milhão em São Paulo (BRASIL, 2016).

Considerando os usuários cadastrados no Programa Bolsa Família como aqueles mais vulneráveis socialmente, tem-se um quadro no qual os indivíduos e famílias em situação de risco ou de direitos já violados foram, de alguma maneira, fortalecidos, mesmo que este seja ainda um processo em curso. Nos dois cenários, esta população mais vulnerável não chega a 25% dos usuários que se encontravam nas UBS durante as entrevistas do PMAQ no Ciclo I, e nem a 15% no Ciclo II.

Segundo Trevisani, Burlandy e Jaime (2012), o processo saúde-doença possui determinantes sociais cujas origens remontam às desigualdades sociais e econômicas.

O impacto da pobreza no perfil de saúde tem origem nas situações persistentes de desvantagem e discriminação vivenciadas por determinados grupos sociais e que afetam a saúde de modo distinto. Por outro lado, a ocorrência de doenças em determinados grupos sociais contribui para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas, colaborando para a persistência do ciclo perverso da pobreza (p. 493)

Ainda não é possível analisar e discutir uma série histórica de dados do PMAQ sobre possíveis relações entre uso do Bolsa Família e acesso à APS, tanto nacionalmente quanto especificamente na RRAS 13, mas sabe-se que a existência de programas de transferência de renda está atrelada ao acesso e resolubilidade de condições sensíveis à APS no SUS, com ênfase no segmento materno-infantil, e que os quadros de pobreza estão relacionados com as

iniquidades e a fragmentação do acesso à saúde (TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012; RASELLA et al, 2013).

5.1.2 Acesso e Acessibilidade

5.1.2.1 Distância até a UBS

No Ciclo I, se perguntou aos usuários qual a distância em metros de suas casas até a UBS onde foi realizada a entrevista, utilizando-se de variável quantitativa e a medida da distância em metros.

Dentre os resultados obtidos, 81,03% dos entrevistados relataram percorrer menos de 1km (média de 307 metros) de distância até a UBS, dado favorável ao acesso se considerados estudos realizados em países em desenvolvimento, com mistura de populações urbanas e rurais, que apontam, por exemplo, que maiores taxas de mortalidade infantil possuem alguma associação com a distância percorrida pelo usuário até o serviço de saúde mais próximo, principalmente quando o trajeto percorrido é maior que 3km (RUTHERFORD et al, 2009) ou 5km (KODOBERA et al, 2012).

Dentre todos os usuários entrevistados da RRAS 13 houve média de 710 metros percorridos até a UBS. 15,6% dos entrevistados relataram percorrer distância igual ou superior a 1km (média de 2,8km) para chegar à UBS, o que pode ser atribuído a populações rurais ou mesmo urbanas de acesso dificultado.

No Ciclo II, foi utilizada variável qualitativa para medir a distância em minutos utilizada pelo usuário para ir de sua casa até a UBS.

Perto de 75% dos entrevistados relataram chegar à Unidade em 10 minutos, o que denota proximidade da APS à residência dos usuários, além de uma proximidade em termos espaciais com a comunidade onde estes usuários estão inseridos. O mesmo comentário pode ser atribuído aos 18,48% de usuários que relataram chegar à Unidade em 20 minutos. Se somados os que relataram as categorias 10, 20 e 30 minutos, tem-se 96,75% dos entrevistados.

Menos de 1% relatou necessitar de 60 minutos ou mais para chegar até a Unidade, o que pode ser atribuído a populações rurais, residentes mais distantes das zonas urbanas onde se encontram as UBS do município.

Para ambos os Ciclos, é válida ressalva conforme estudo de Ramos e Lima (2003) ao apontar que mesmo respeitando-se padrões de acesso que incluam caminhada de no máximo 20 a 30 minutos até o serviço, este elemento não representa fator central na escolha do usuário por aquele serviço caso, por exemplo, neste não haja garantia de atendimento. Há outros fatores diversos que podem influenciar no acesso para além da distância geográfica, como impedimentos de ordem social e comunitária, o tipo de demanda da comunidade em relação ao padrão tecnológico do serviço, questões organizacionais na estruturação do próprio serviço de saúde (agenda, horários de funcionamento, disponibilidade de profissionais etc) (STARFIELD, 2002).

Considerando-se, ainda, que as entrevistas destes Ciclos foram realizadas com usuários que estavam nas Unidades de saúde, é possível que usuários residentes em áreas rurais (e afins) de difícil acesso e com deficitária cobertura não tenham tido a oportunidade de manifestar sua percepção sobre a distância até as UBS, implicando em um vazio nos usuários pesquisados.

Tabela 5 - Distância percorrida até a UBS pelos usuários dos serviços de saúde entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Ciclo I: distância geográfica		Ciclo II: distância em minutos	
<1km	81,03%	10 minutos	73,24%
≥1km	15,6%	20 minutos	18,48%
Não sabem/não responderam	3,3%	30 minutos	5,03%
		40 minutos	1,33%
		50 minutos	0,47%
		60 minutos	0,7%
		80 minutos	0,15%
		90 minutos	0,07%
		100 minutos	0,07%
		Não sabem/não responderam/não lembram	0,39%

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

5.1.2.2 Período de funcionamento

Esta variável aponta para o conhecimento dos usuários acerca dos horários de funcionamento da UBS, demonstrando, de forma independente aos horários em que o serviço funciona, qual a percepção dos usuários sobre os horários de funcionamento dos serviços.

No Ciclo I, utilizando-se variável qualitativa, aos usuários foi perguntado em quais dias e períodos a UBS em que estava funcionava e eles puderam eleger manhã, tarde, noite e sábados. Predominaram as respostas "sim" para a manhã (99,4%) e tarde (99%), porém este tipo de resposta teve seu percentual reduzido quanto ao período da noite (5,4%) e sábados (0).

Levando-se em consideração que 36,67% dos municípios RRAS 13 possuem menos de 10.000 habitantes e 6,67% (SÃO PAULO, 2014) possuem mais de 100.000 habitantes, pode-se dizer que a minoria dos municípios dispõe de serviços específicos de pronto atendimento, de emergência e urgência, que operem 24 horas por dia, sete dias por semana.

Somado a isto, nenhum dos entrevistados relatou disponibilidade da APS aos sábados e apenas 5,4% disseram que há disponibilidade dos serviços à noite, o que denota um vazio assistencial perante as demandas em saúde que estas comunidades venham a possuir. O fortalecimento da APS é, dentre outros, propulsor de serviços que possam acolher e manejar a maioria das demandas em saúde, além de poder prestar primeiros cuidados e encaminhamentos necessários às demandas que não lhe são sensíveis.

Seria ainda mais enriquecedor à caracterização desta temática a inclusão dos domingos e feriados nesta variável do instrumento de pesquisa, pois são dias tão importantes quanto os demais em termos de necessidades em saúde e é de conhecimento geral que há poucas possibilidades de acesso e uso para os usuários também nestes dias, tal como apontaram os resultados de sábados e período noturno.

No Ciclo II, utilizando-se variável qualitativa, aos usuários foi perguntado em que horário a UBS em que estavam funcionava, sendo que puderam eleger como resposta os períodos manhã, tarde e noite. Predominaram as respostas do tipo "sim" para os horários da manhã (99,8%) e tarde (99,2%), em contraste com o período noturno (2,9%).

Isto implica em dificuldades de acesso e uso para aqueles integrantes da comunidade que, conforme já caracterizados nas variáveis anteriores, possuem jornadas de trabalho conflituosas com o horário de funcionamento da UBS.

Seria enriquecedor à descrição e análise desta temática a inclusão dos sábados, domingos, feriados e período noturno no instrumento de pesquisa utilizado no Ciclo II, pois são dias e períodos que podem complementar a análise das dificuldades de acesso e uso supracitadas.

Tabela 6 - Períodos de funcionamento das UBS conforme percebidos pelos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

	Período	Ciclo I	Ciclo II
Manhã	Sim	99,4%	99,8%
	Não	0,3%	0,2%
	Não souberam/não responderam	0,3%	
Tarde	Sim	99%	99,2%
	Não	0,7%	0,8%
	Não souberam/não responderam	0,3%	
Noite	Sim	5,4%	2,9%
	Não	94,3%	97,1%
	Não souberam/não responderam	0,3%	
Sábados	Sim	0%	
	Não	99,7%	
	Não souberam/não responderam	0,3%	

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

5.1.2.3 Possibilidades de acesso que facilitariam o atendimento do usuário

Ambas as coletas foram direcionadas aos usuários presentes na unidade de saúde, ou seja, aos que tiveram acesso ao serviço. Se esse mesmo questionamento fosse feito de forma aleatória às pessoas na comunidade, em horários em que os trabalhadores estão em casa, esses percentuais poderiam ser modificados de forma substancial.

No Ciclo I, utilizando-se de variável qualitativa, ao usuário foi introduzida questão relativa ao horário de funcionamento da UBS: “Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse: [...]”, permitindo ao entrevistado escolher possibilidades para otimizar seu acesso.

Destacam-se 21,2% dos entrevistados que relataram que seu acesso seria facilitado caso a UBS funcionasse aos sábados e 52,9% que "outras" condições de horário de funcionamento facilitariam seu acesso.

Considerando estes percentuais como expressivos de necessidades em saúde fora dos dias e horários padrão de funcionamento das UBS e considerando a quantidade de municípios da RRAS 13 que contam localmente apenas com as UBS, é possível aventar que o acesso destes usuários à APS tem sido dificultado e prejudicado devido a incompatibilidades entre suas necessidades e a disponibilidade do serviço.

No Ciclo II, diante da pergunta oriunda de variável qualitativa “para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse: [...]”, os usuários puderam marcar mais de uma dentre as opções de resposta oferecidas.

Destacam-se 43,2% de usuários que teriam seu acesso facilitado se a UBS funcionasse aos sábados, 38,1% assim consideraram o período noturno, 26,4% gostariam que a UBS funcionasse aos domingos e 21,6% melhor usariam o serviço se este funcionasse até às 18h.

Nota-se, portanto, predominância de respostas favoráveis ao funcionamento da UBS em dias e horários de maior amplitude que o padrão comercial, abrangendo também os finais de semana, o final da tarde e o período noturno.

Possíveis dificuldades de acesso são sugeridas pela já citada caracterização de usuários que trabalham nos períodos e dias de funcionamento padrão das unidades. Isto remete ao que já foi discutido em variáveis anteriores sobre a incompatibilidade entre disponibilidade de tempo dos usuários, suas necessidades em saúde e a disponibilidade de acesso à APS, tal como já conferido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Levando-se em consideração o pressuposto da APS aproximada e aberta à realidade cotidiana dos usuários e da comunidade (BRASIL, 2012a; 2012b), se o atributo de acesso não for garantido, e se não houver outras formas de acesso a outros serviços que atendam às necessidades em saúde da população (lembrando, por exemplo, que a maioria dos municípios da RRAS 13 dispõem localmente apenas de serviços de APS), perpetua-se a APS distante da realidade de seu território, incapaz de resolver ou mesmo receber as necessidades em saúde dos indivíduos que dela necessitam.

Tabela 7 - Possibilidades de acesso percebidas como facilitadoras pelos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Possibilidades de acesso		Ciclo I	Ciclo II
Mais cedo pela manhã	Sim	8,9%	8,7%
	Não	90,9%	91,3%
	Não souberam/não responderam	0,1%	
Até às 18h	Sim	0	21,6%
	Não	99,9%	78,4%
	Não souberam/não responderam	0,1%	
À noite	Sim	0	38,1%
	Não	99,9%	61,9%
	Não souberam/não responderam	0,1%	
Sábados	Sim	21,2%	43,2%
	Não	78,7%	56,8%
	Não souberam/não responderam	0,1%	
Horário de almoço	Sim	2%	7,9%
	Não	97,9%	92,1%
	Não souberam/não responderam	0,1%	
Outros	Sim	52,9%	
	Não	47%	
	Não souberam/não responderam	0,1%	
Domingos	Sim		26,4%
	Não		73,6%
	Não souberam/não responderam		

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

5.1.2.4 Tempo de espera entre marcação e realização da consulta

No Ciclo I, o usuário foi questionado: "quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?". A maioria dos entrevistados, correspondente a 61,2%, respondeu "não", indicando dificuldade de obtenção de consultas imediatas na UBS.

No Ciclo II, ao serem perguntados se a consulta é normalmente no mesmo dia em que foi marcada, a maioria dos usuários (68,9%) respondeu "não".

Tais informações podem denotar cenários com possíveis agravamentos do estado de saúde do usuário, dificuldades em gerir-se em seu cotidiano e prolongamento de seu sofrimento. A voz do usuário revela sua percepção sobre o serviço caracterizada pela

morosidade no seu atendimento, levando à perpetuação da imagem do SUS de difícil acesso e uso.

As mesmas informações podem, ainda, abrir caminho para questionamentos sobre a disponibilidade dos profissionais destas equipes para realização de consultas, como é organizada a agenda semanal das equipes, qual o norteamto destas equipes sobre o acolhimento e a integralidade, dentre outros.

5.1.3 Longitudinalidade

5.1.3.1 Acolhimento/escuta sem hora marcada

No Ciclo I, a variável qualitativa sobre escuta ou acolhimento sem hora marcada possuía o seguinte enunciado: "Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?".

Os usuários entrevistados que responderam afirmativamente somam 69,2% e 14,2% nunca precisaram de escuta sem hora marcada. Esta maioria de usuários que responderam "sim" delineiam um cenário no qual a APS consegue atingir o objetivo de acolher, enquanto porta de entrada do SUS, todos os tipos de demanda que surgirem, sendo esta uma das principais orientações colocadas pela PNAB (BRASIL, 2012a).

Maior do que o número de pessoas que nunca precisaram, tem-se o número de pessoas que não conseguiram ser escutadas sem hora marcada (16,2%), o que aponta ainda haver falhas no acolhimento dos diversos casos, inclusive os de demanda espontânea.

A PNAB coloca como sendo característico do trabalho das equipes de APS:

o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012a, p. 41)

Além disso, o acolhimento a este tipo de demanda na APS se dá diferentemente daquele praticado em serviços de emergência/urgência, pois não se trata de uma ação pontual. Por na maioria das vezes dispor de conhecimento prévio dos indivíduos e da comunidade, através do registro em prontuários anteriores à crise aguda e devido ao vínculo,

acompanhamento e retorno com a mesma equipe, o acolhimento ou escuta sem hora marcada na APS caracteriza a continuidade do cuidado neste nível de atenção do SUS (BRASIL, 2012b).

Vale destacar que os que não chegam ao serviço e que, portanto, não foram escutados pelo PMAQ, não integram essa estatística.

No Ciclo II, o instrumento de pesquisa apresentou variável qualitativa que colocava ao usuário a seguinte questão: "Quando o senhor(a) vem à unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?" . Desta forma, a variável caracterizou como foram recebidos aqueles que já procuraram a unidade sem ter hora marcada.

Dentre todos os entrevistados, 32,4% relataram nunca terem precisado ir à UBS sem ter hora marcada. Já 59,6% relataram já terem procurado o serviço sem hora marcada e foram "muito bem" ou "bem" atendidos, enquanto 5,1% classificaram o acolhimento realizado como "regular" e menos de 3% relataram o acolhimento como "ruim" ou "muito ruim".

Tem-se, desta forma, uma APS acolhedora para uma maior parte de seus usuários, cumprindo com seu papel de porta de entrada do SUS de modo a criar vínculos fortalecidos no cuidado e manejo dos casos (BRASIL, 2012a, 2012b). Porém, ressalva-se que aqueles que não têm acesso aos serviços de APS não puderam opinar.

Tabela 8 - Percepção dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ sobre acolhimento/escuta sem hora marcada. RRAS 13-SP, 2017

Ciclo I: consegue ser escutado sem hora marcada		Ciclo II: como é recebido sem ter hora marcada	
Sim	69,2%	Muito bem	24,5%
Não	16,2%	Bem	35,1%
Nunca precisou	14,2%	Regular	5,1%
Não sabe/não informou	0,4%	Ruim	1,8%
		Muito ruim	0,9%
		Não sabe/não respondeu/não lembra	0,1%
		Não se aplica (nunca precisou)	32,4%

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

5.1.3.2 Tempo de espera para acolhimento, em situação de demanda espontânea

O objetivo desse item no presente trabalho foi avaliar o tempo gasto pelo usuário até ser acolhido, cuja espera não poderia exceder o tempo do que motivou sua ida à Unidade de Saúde.

Conforme consta no volume II do Caderno de Atenção Básica 28 (BRASIL, 2012b), não há um consenso sobre o tempo de espera ideal para a realização do acolhimento na APS, apesar de haverem alguns tipos de protocolos de estratificação de risco em serviços de emergência e urgência que estipulam estes prazos de acordo com a história natural de doenças consideradas mais graves e fatais.

Na APS, porém, é necessário considerar mais alguns fatores, de ordem social e subjetiva, que também demandam um rápido acolhimento e intervenção, mesmo que, por vezes, com baixo risco biológico.

Para o presente estudo, foi definido o limite de 30 minutos como corte entre um período de espera capaz de um acolhimento humanizado e possível de lidar com as contingências trazidas pelo usuário. A definição desse parâmetro baseou-se no critério que consta no PCATool-Brasil, instrumento validado conforme a realidade brasileira, onde os usuários são perguntados: "Quando você chega ao seu serviço de saúde você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?" (BRASIL, 2010, p. 51).

Starfield (2002), uma das autoras do PCATool-Brasil, sugere aos profissionais da APS que possam refletir e estabelecer padrões sobre o tempo de espera do usuário para ser acolhido e consultado. Em outro instrumento, sugere aos profissionais que, autoavaliando a qualidade dos serviços por eles oferecidos, considerem se os usuários atendidos aguardam mais de 30 minutos antes de serem examinados pelo médico ou enfermeira.

No Ciclo I, este dado foi coletado por variável quantitativa que permitia ao usuário informar a quantia exata de minutos esperados para o acolhimento, a partir da seguinte pergunta: "Desde a sua chegada à unidade de saúde, quanto tempo o(a) senhor(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?".

Os resultados mostraram que para 30,7% dos entrevistados essa questão “não se aplica”. Dentre os 68,3% que estipularam uma quantidade de tempo de espera sobre quando são acolhidos, 88% responderam aguardar até 30 minutos.

Há, desta forma, predominância de respostas que apontam para uma APS capaz de acolher seus usuários em tempo suficiente para não prolongar o sofrimento, a queixa e as necessidades dos mesmos. Porém, chama a atenção, no Ciclo I, que quase 1/3 dos entrevistados consideraram que este tipo de questão “não se aplica”. Qual seria o motivo?

No Ciclo II, foi utilizada variável qualitativa que permitia ao usuário eleger sua resposta com base em categorias intervaladas a cada acréscimo de 10 minutos, utilizando da seguinte pergunta: “O senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?”.

Dentre os resultados, 46,5% dos entrevistados relataram aguardar até 30 minutos para o acolhimento, 23,7% relataram aguardar mais de 30 minutos e no máximo 60 minutos e cerca de 23% relataram aguardar mais que 60 minutos.

Por um lado, predominaram respostas que apontam para uma APS capaz de acolher seus usuários em tempo suficiente para não prolongar o sofrimento, a queixa e as necessidades dos mesmos. Por outro lado, há dois conjuntos de entrevistados que caracterizam os serviços da APS da RRAS 13 como morosos, que não conseguem lidar com as questões trazidas pelos usuários em tempo suficiente para não prolongar seu sofrimento e necessidades.

De modo geral, pode-se considerar que as respostas apontam para um cenário com acesso garantido a uma maioria dos usuários, porém, preocupa a informação dada pelos usuários avaliados no Ciclo II de que para cerca de 46,7% deles a continuidade do cuidado após o acesso é realizada com tempo de espera aumentado.

Conforme discutido no volume I do Caderno de Atenção Básica 28,

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um

conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado. (BRASIL, 2013c, p.25)

O mesmo Caderno ainda sugere que as equipes elaborem seus próprios indicadores sobre o tempo de espera, proporções de diferentes tipos de ofertas da agenda, proporção de insuficiência para atenção em casos agudos em determinados dias e horários, proporção de faltas e atrasos, dentre outros, para melhor planejar e configurar a oferta de serviços de modo a otimizar a realização do acolhimento.

Tabela 9 - Tempo de espera para acolhimento relatado pelos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Tempo de espera para acolhimento			
Ciclo I		Ciclo II	
≤ 30 minutos	88%	10 minutos	13,2%
> 30 minutos	12%	20 minutos	16,2%
Não se aplica	30,7%	30 minutos	17,1%
Não souberam/não responderam	1%	40 minutos	8,6%
Média	24 minutos	50 minutos	3,1%
		60 minutos	12%
		70 – 90 minutos	7,1
		100 – 120 minutos	7,5%
		130 – 150 minutos	1,7
		160 – 180	4,1
		190 – 210 minutos	0,6
		220 – 240 minutos	0,9
		> 240 minutos	0,9%
		Não souberam/não responderam	7,2%

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

5.1.3.3 Procura pela UBS em casos de urgência

No Ciclo I, foram perguntados aos usuários, através de variável qualitativa, se "na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?", referente a situações passadas.

Responderam que "sim" 53,1% dos entrevistados, enquanto 27,8% nunca tiveram demandas de urgência ou não se aplicava esta variável. Os casos de “não”, 18,7%, podem

indicar tanto os que não procuraram o serviço por não confiarem no mesmo (em termos de qualidade ou disponibilidade de atenção para aquele tipo de necessidade) ou por contarem com UPA e afins.

No Ciclo II, colocou-se como hipótese ao usuário a procura por atendimento naquele serviço em ocasião de urgência em situação provável, futura: "o senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite?". O uso desta variável estava condicionado à variável anterior no instrumento, que perguntava ao usuário se o mesmo sabia se a UBS atendia urgências, aqueles que responderam "não" e "não sei" não responderam à variável aqui utilizada. Portanto, responderam a presente variável somente aqueles que responderam "sim" (sabiam que a UBS atendia casos de urgência) na variável anterior.

Nesta variável qualitativa, responderam que "sim" 37,7% dos entrevistados, "não" 3,5% e não se aplicou a 58,3% deles (correspondente aos usuários que, em variável anterior que questionava sobre a UBS atender urgências, responderam negativamente/não souberam responder).

A não consideração daquela UBS de referência do usuário em casos de urgência pode ser compreendida, de maneira geral, como uma falha na maneira como o serviço é visto e avaliado pelos usuários, pois é atributo da APS ser ponto de referência para entrada na rede de serviços e deve ser o ponto preferencial de contato em casos de urgência (BRASIL, 2012a; 2012b; STARFIELD, 2002).

Tal como já abordado em outras variáveis, a maioria dos municípios da RRAS 13 não possuem serviços especializados de urgência/emergência e contam com a centralidade e exclusividade da APS na resolução das mais variadas demandas apresentadas pela população. Fortalecer a APS e torná-la reconhecida como ponto preferencial de atenção, em situações de urgência ou não, é tarefa necessária para promover o atributo da longitudinalidade e outros.

Tabela 10 - Usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ que contam com UBS em casos de urgência. RRAS 13-SP, 2017

Procura pela UBS em casos de urgência	Ciclo I	Ciclo II
Sim	53,1%	37,7%
Não	18,7%	3,5%
Não sabe/não respondeu/não lembra	0,4%	0,5%
Não teve problema de urgência/não se aplica	27,8%	58,3%

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

5.1.3.4 Por que não procurou a unidade para atendimento de urgência

Esta variável complementa aquilo que foi disposto na variável anterior, sobre a procura do usuário pela UBS em casos de urgência.

No Ciclo I, utilizando-se de variável qualitativa, foi perguntado aos usuários por que não procuraram a UBS para atendimento de urgência, sendo concedida apenas uma escolha como resposta.

Neste cenário, 6% dos entrevistados relataram que a UBS não atende casos de urgência, o que pode indicar indivíduos que residem em municípios onde há Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outras unidades que realizam este tipo de atendimento.

Destaca-se a predominância de 82,6% de respostas na categoria "não se aplica". É questionável o motivo deste alto percentual, seja por motivos da conduta da coleta ou do entendimento feito pelo usuário sobre a variável. Questionável, também, se as equipes de APS têm incorporado atendimentos a urgências em seu processo de trabalho, sendo esta uma diretriz de trabalho (BRASIL, 2012a, 2012b), e como isto tem ocorrido.

Há, ainda, possibilidade de indivíduos que residem em municípios de pequeno porte nos quais não há aquela UBS nem qualquer outro recurso para casos de emergência e urgência. Considerando esta hipótese, o que estaria impedindo as equipes de realizarem tais ações em seus processos de trabalho?

No Ciclo II, foi perguntado ao usuário por que o mesmo não conta com aquela UBS em caso de urgência, prosseguido de diversos enunciados para os quais foram concedidas múltiplas escolhas como respostas.

Houve prevalência de respostas do tipo "não se aplica", sendo 96% em todas as opções de resposta nesta variável. É questionável o motivo deste alto percentual, seja por motivos da conduta da coleta ou do entendimento feito pelo usuário sobre a variável.

Porém, é possível levantar hipótese sobre a incorporação dos atendimentos a urgências no cotidiano das equipes da APS. Conforme orienta a PNAB (BRASIL, 2012a), a APS deve ter em vista uma assistência resolutiva das demandas espontâneas e do primeiro atendimento às urgências, algo que talvez ainda seja incipiente na APS da RRAS 13. Isto pode implicar

tanto em usuários que evitam estes serviços por perceber os mesmos como não acessíveis para necessidades urgentes, usuários que desconhecem a oferta deste tipo de serviço em sua Unidade e serviços que realmente não oferecem este tipo de assistência.

Tabela 11 - Motivos pelos quais usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ não contam com a UBS em casos de urgência. RRAS 13-SP, 2017

Motivo por não contar com a UBS	Ciclo I	Ciclo II	
		Sim	0
Porque precisa chegar cedo	0,1%	Não	4%
		Não se aplica	96%
		Sim	0
Porque precisa pegar ficha	0,0%	Não	4%
		Não se aplica	96%
		Sim	0
Porque não atende sem consulta marcada	1,5%	Não	3,9%
		Não se aplica	96%
		Sim	0,1%
Porque não tem profissional na unidade	1%	Não	3,3%
		Não se aplica	96%
		Sim	0,7%
Porque não atende à urgência	6%	Não	3,3%
		Não se aplica	96%
		Sim	0,7%
Unidade fechada no momento da urgência	7%	Não	3,4%
		Não se aplica	96%
		Sim	0,6%
Outros	1,8%	Não	1,4%
		Não se aplica	96%
		Sim	2,6%
Não sabe/não respondeu	0		
Não se aplica	82,6%		

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

5.1.3.5 Profissionais perguntam aos usuários sobre familiares

No Ciclo I, foi utilizada variável qualitativa que investigava dos usuários se os profissionais daquela Unidade costumavam perguntar por seus familiares, sendo possível apenas uma opção de resposta.

Se somados os resultados das categorias "sempre" e "na maioria das vezes", 54,4% dos entrevistados são perguntados sobre seus familiares. Por outro lado, 45,4% "nunca" ou "quase nunca" são perguntados por seus familiares ao irem na UBS.

No Ciclo II, foi utilizada variável qualitativa que investigava dos usuários se os profissionais daquela UBS costumavam perguntar por seus familiares, sendo possível apenas uma opção como resposta.

Dentre os resultados, 54,1% são "sempre" ou "na maioria das vezes" perguntados sobre seus familiares. 45,1% "quase nunca" ou "nunca" são perguntados.

Tanto o Ciclo I quanto o II constituem cenários que colocam em risco a longitudinalidade e a integralidade, tendo em vista que uma abordagem familiar e comunitária precisa atentar-se às várias dinâmicas que isto implica. Estes resultados podem indicar práticas profissionais ainda centradas no modelo curativo, exclusivamente ambulatorial, dependente da procura do usuário pelo serviço.

Conforme consta na Portaria nº 2488 (BRASIL, 2011b), a todos os membros das equipes de APS é atribuída a realização de ações em saúde não apenas no âmbito individual, como também familiar, sempre considerando as circunstâncias das necessidades em saúde do indivíduo no contexto do grupo familiar e, em maior escala, de sua comunidade.

Tabela 12 - Distribuição dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ que foram perguntados pela equipe sobre seus familiares. RRAS 13-SP, 2017

Profissionais da UBS perguntam por seus familiares?	Ciclo I	Ciclo II
Sempre	38,9%	40,4%
Na maioria das vezes	15,5%	13,7%
Quase nunca	8,6%	9,2%
Nunca	36,8%	35,9%
Não sabe/não respondeu	0,1%	0,9%

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

5.1.3.6 Profissionais procuram usuário em caso de falta ou interrupção do tratamento

No Ciclo I, os usuários foram perguntados se ao interromperem o tratamento por algum motivo ou não irem à consulta naquela UBS, os profissionais procuravam o usuário para saber o que aconteceu e retomar o atendimento. Nesta variável qualitativa, era possível eleger apenas uma alternativa como resposta.

Dentre os resultados, 60,8% dos entrevistados relataram nunca terem faltado ou interrompido o tratamento, portanto, para este grupo, não aplicam-se as questões aqui discutidas.

Quanto aos demais, 23,6% responderam já terem sido procurados em casos de faltas ou interrupções e aproximadamente 15% relataram não terem sido procurados. Estes dois resultados delineiam que, dentre os aproximadamente 38,6% de usuários que informaram já terem faltado ou interrompido o tratamento, quase metade deles permaneceram com um vínculo fragilizado com o serviço, possivelmente sem realização de buscas ativas.

É possível que um número ainda maior de usuários tenham sofrido o enfraquecimento e/ou rompimento de seus vínculos com o serviço de saúde e assim permaneceram, sendo este o motivo de não estarem nas UBS no momento das entrevistas do PMAQ.

No Ciclo II, os usuários foram perguntados se ao interromperem o tratamento ou não irem à consulta, os profissionais lhe procuram para saber o que aconteceu. Tratava-se de variável qualitativa e o usuário podia eleger apenas uma resposta.

Dentre os resultados, há 61,8% de participantes que nunca interromperam o tratamento ou faltaram à consulta. Outros 17% responderam já terem sido procurados em casos de faltas ou interrupções (sempre ou na maioria das vezes) e 18,7% responderam que nunca ou quase nunca foram procurados nestas condições.

Neste cenário, nota-se que o número de pessoas procuradas e o número de pessoas que não foram procuradas são próximos, distados por apenas 1,7%. O número de entrevistados que nunca ou incipientemente foram procurados pela equipe sugere que ainda há falhas na realização de buscas ativas por parte das equipes e, numa perspectiva ampliada, pode indicar dificuldades destas equipes em integrar-se às comunidades nas quais estão situadas.

Estes dados podem indicar, também, ausência de ACS nas UBS avaliadas, dificultando o contato aproximado entre o serviço e os usuários e seus familiares.

Tabela 13 - Usuários que foram procurados pelos profissionais em caso de faltas ou interrupções no tratamento dentre entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

O paciente é procurado pelos profissionais em caso de falta ou interrupção do tratamento?			
Ciclo I		Ciclo II	
Sim	22,2%	Sempre	12,8%
Sim, algumas vezes	1,4%	Na maioria das vezes	4,2%
Não	14,4%	Quase nunca	1,3%
Nunca abandonou ou faltou	60,8%	Nunca	17,4%
Não sabe/não respondeu	1,3%	Nunca interrompeu ou faltou	61,8%
		Outros	1,1%
		Não sabe/não respondeu	1,4%

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

5.1.4 Integralidade do Cuidado

5.1.4.1 Resolubilidade de necessidades/problemas na Unidade

No Ciclo I, esta variável qualitativa colocava a seguinte pergunta aos usuários: "Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?".

Dentre os resultados, 95% dos usuários responderam afirmativamente e 4,3% responderam negativamente.

No Ciclo II, a variável qualitativa utilizada perguntava aos usuários: "Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?".

Os resultados obtidos mostram que 90,4% dos usuários responderam afirmativamente e aproximadamente 9% responderam negativamente.

Nos dois cenários predominaram as opiniões sobre uma APS resolutiva para a maioria, indo ao encontro dos fundamentos e diretrizes propostos pela PNAB quando esta afirma:

[...] O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, **capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta**, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. (BRASIL, 2012a, p.20-21, negrito nosso)

Trata-se de uma informação que contrasta com o que foi abordado pelos próprios usuários que não possuem o acesso facilitado tal como gostariam (conforme consta em variável já abordada). Ainda que a APS não lhes tenha oferecido condições de acesso facilitadas de acordo com suas diferentes realidades, os serviços tem sido resolutivos para a maioria dos entrevistados nos dois cenários.

Também conforme observado em outras variáveis, é necessário considerar que apenas os usuários que têm acesso e alguma experiência com a resolutividade dos serviços de APS foram entrevistados nos dois Ciclos do PMAQ na RRAS 13. Portanto, possíveis usuários que não tiveram suas necessidades resolvidas naquelas UBS e não mais retornaram àqueles serviços de saúde não puderam opinar.

Tabela 14 - Busca pela equipe em resolver na UBS as necessidades/problemas dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?			
Ciclo I		Ciclo II	
Sim	83,1%	Sempre	50,4%
Sim, algumas vezes	11,9%	Na maioria das vezes	40%
Não	4,3%	Quase nunca	7,4%
Não sabe/não respondeu	0,7%	Nunca	1,7%
		Não sabe/não respondeu/não lembra	0,5%

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

5.1.4.2 Realização de exame físico

No Ciclo I, os entrevistados foram perguntados se "nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico em você, tocam no seu corpo para examinar?".

Os resultados mostraram que a maioria dos usuários (86,9%) relatou ter o corpo examinado durante o exame físico. Dentre os que responderam "nunca" e "quase nunca" terem o corpo examinado, somam-se 11,8%.

No Ciclo II, foram perguntados se "nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico, examinam o seu corpo, sua garganta, a sua barriga?".

Neste Ciclo, quase 3/4 dos entrevistados (71,4%) relataram terem o corpo examinado durante o exame físico. Entretanto, 27,3%, responderam que nunca ou quase nunca têm o corpo examinado durante o exame físico. Apesar de um maior percentual apontando ao bom

desempenho da APS neste sentido, há, neste Ciclo, pouco mais de 1/4 dos entrevistados caracterizando possíveis condições e necessidades dos pacientes que não estão sendo detectados mesmo com o acesso garantido ao serviço.

Os desdobramentos da análise destes dados podem apontar para maiores necessidades formativas das equipes, superando uma noção curativa baseada apenas nos sintomas mais aparentes, expandindo-se rumo a uma prática mais integral que possa considerar os variados âmbitos da saúde do indivíduo, inclusive na multifatorialidade que o corpo representa no processo saúde-doença.

Azevedo et al. (2013), ao discutir o papel do exame físico no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem (na presente pesquisa pressuposto a toda a equipe multiprofissional), coloca que este parte da subjetividade e baseia-se no histórico de saúde do indivíduo, devendo facilitar a localização de órgãos e sistemas que possam estar adoecidos.

É importante, no cuidado em saúde, buscar estabelecer relações interpessoais qualificadas com o paciente, conhecendo, para além de aspectos técnicos do exame e diagnóstico, aspectos humanísticos, éticos e sociais, considerando o sujeito em sua totalidade. Além disso, a realização do exame (físico e para além deste) é um momento privilegiado para a construção de vínculos fortalecidos e humanizados entre o serviço e o usuário (AZEVEDO et al, 2013).

Faz-se necessário levar em conta que a precariedade de formação dos profissionais e das condições de trabalho dos mesmos muitas vezes levam ao desenvolvimento de rotinas de trabalho igualmente precárias nos serviços de saúde, sem a prestação de assistência adequada, sendo necessária maior atenção ao fortalecimento dos serviços e suas equipes (AZEVEDO et al, 2013).

Tabela 15 - Respostas dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ quanto ao exame físico realizado pela equipe. RRAS 13-SP, 2017

Verificação do corpo ou partes do corpo durante o exame físico	Ciclo I	Ciclo II
Sempre	75,2%	55,1%
Na maioria das vezes	11,7%	16,3%
Quase nunca	5,2%	11,3%
Nunca	6,6%	16%
Não sabe/não respondeu/não lembra	1,4%	1,4%

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

5.1.4.3 Frequência de perguntas sobre outras necessidades de saúde do usuário

No Ciclo I, a variável qualitativa questionava ao usuário: "os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?".

Neste cenário, 69,1% dos usuários relataram que sempre ou na maioria das vezes são investigados pelos profissionais quanto à integralidade em saúde quando utilizam a APS, sendo, portanto, a maioria dos usuários.

Por outro lado, aproximadamente 30,2% dos usuários relataram que nunca ou quase nunca são questionados sobre outras necessidades de saúde. Consonante com o que foi apontado na análise da variável sobre o exame físico, há aqui um hiato de investigação por parte das equipes a respeito da integralidade da saúde dos usuários que frequentam a APS, muitas vezes proporcionando que passem despercebidas importantes questões "invisíveis", não materializadas da vida do usuário, tais como aquelas de cunho psicossocial, que muitas vezes vão além do motivo da consulta habitual.

No Ciclo II, os usuários foram questionados, através de variável qualitativa, se "além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?".

Os resultados mostraram que 64,9% dos entrevistados sempre ou na maioria das vezes são investigados quanto a estas questões na APS, o que denota fortalecimento da integralidade em saúde com o público e a comunidade.

Outra parte dos entrevistados, 33,7%, relataram que nunca ou quase nunca são questionados acerca destas questões, perfazendo um hiato na integralidade em saúde oferecida a esses usuários do SUS.

Cabe aqui citar o estudo de Catanante et al. (2015) que, utilizando-se dos dados do Ciclo I do PMAQ na RRAS 13, caracteriza atributos de cunho psicossocial na APS desta região, chamando atenção que, dentre as equipes entrevistadas, 52% relataram possuir protocolo de acolhimento que considerasse demandas neste contexto de saúde e 40% programavam ofertas para o público com este tipo de necessidade.

O mesmo estudo dispõe que 26% dos usuários entrevistados nunca ou quase nunca se sentiram à vontade para falar com a equipe sobre preocupações, problemas psicossociais e outros, e que 32% das usuárias entrevistadas que foram gestantes relataram terem sido perguntadas pela equipe sobre problemas emocionais no pós-parto.

O estudo apontou que:

Necessidades em saúde mental [na RRAS 13] têm sido incipientemente notadas, investigadas e atendidas. Este tipo de adoecimento implica em debilitação psicossocial e produtiva; requer da AB abordagens aprofundadas e pautadas no paradigma familiar/comunitário. Necessita-se maior produção de dados para inferências e avaliação dos serviços, incentivo a políticas específicas e fortalecimento da AB. (CATANANTE et al, 2015, p.71)

Mesmo tratando-se de cenários diferentes os Ciclos I e II, é de amplo reconhecimento que diversos contextos do SUS são atravessados por uma crônica incipiência em lidar com necessidades psicossociais de seus usuários. Por vezes, estas necessidades são compreendidas como exclusivas aos níveis de atenção secundário e terciário, rompendo com o conceito de APS centrada na família e na comunidade, humanizada, capaz de acolher e conduzir as demandas em saúde de seus usuários em sua integralidade.

Tabela 16 - Usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ que foram questionados pela equipe sobre outras necessidades em saúde. RRAS 13-SP, 2017

Questionamento sobre outras necessidades em saúde dos usuários	Ciclo I	Ciclo II
Sempre	55,9%	52,2%
Na maioria das vezes	13,2%	12,7%
Quase nunca	3,6%	7,6%
Nunca	26,6%	26,1%
Não sabe/não respondeu/não lembra	0,6%	1,4%

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

5.1.4.4 Sugestão de soluções adequadas à realidade do usuário

No Ciclo I, diante da seguinte colocação "na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?", 75,6% dos usuários disseram que sempre ou na maioria das vezes lhes são sugeridas soluções adequadas.

Quase nunca ou nunca estão adequadas as sugestões oferecidas para 22% dos entrevistados. Esta informação aponta para uma possível situação na qual o questionamento e a construção conjunta de soluções talvez não esteja sendo empregado nas práticas do cuidado em saúde, pois é com este tipo de prática, buscando-se a conjugação das diversas características da realidade expandida dos usuários e seus familiares junto ao tratamento, que se pode obter uma atenção integral.

Isto inevitavelmente atrela-se ao que foi analisado a partir da variável sobre o questionamento de outras questões e necessidades do paciente para além daquela que motivou a consulta.

No Ciclo II, ao serem perguntados "na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?", 90% dos entrevistados sempre ou na maioria das vezes recebem sugestões adequadas a suas realidades. Outros 8,7% quase nunca ou nunca têm sugestões adequadas a suas realidades.

Tabela 17 - Adequação das sugestões da equipe à realidade dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Equipe sugere soluções adequadas à sua realidade?	Ciclo I	Ciclo II
Sempre	61,4%	58,8%
Na maioria das vezes	14,2%	31,2%
Quase nunca	5,4%	5,7%
Nunca	16,6%	3%
Não sabe/não respondeu/não lembra	2,4%	1,3%

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

5.1.5 Coordenação do Cuidado

5.1.5.1 Realização de encaminhamentos da UBS a outros profissionais/serviços

No Ciclo I, esta variável se apresentava apenas àqueles usuários que em variável anterior responderam afirmativamente sobre já terem sido encaminhados para outros profissionais. Portanto, 79,9% dos entrevistados neste Ciclo responderam à variável aqui analisada, e não a totalidade deles, e não se aplicou a 20,1% (usuários que nunca foram encaminhados).

Desta forma, os dados aqui apresentados foram calculados utilizando-se $n=573$ (79,9%) como o todo, e não $n=717$ (100%) como nas demais variáveis do Ciclo I.

A variável colocou a seguinte pergunta: "Quando o(a) senhor(a) é atendido na Unidade de saúde e necessita ser encaminhado(a) para outros profissionais ou especialistas, o que acontece?".

Os usuários podiam apenas eleger uma alternativa como resposta. Para 68% deles, a consulta é marcada pela UBS e informada posteriormente e para 10% a UBS marca e os informa no mesmo dia. Relataram realizar marcação de consulta em central de marcação de consultas especializadas 9% dos entrevistados.

Os 20,1% dos entrevistados aos quais a variável não se aplicou provavelmente indicam que estes nunca precisaram de encaminhamentos para outros serviços.

Estes dados delineiam um cenário no qual necessidades em saúde que extrapolam o alcance da APS são captados e conduzidos, a curto ou médio prazo, aos serviços externos pela própria UBS.

No Ciclo II, esta variável se apresentava apenas àqueles usuários que responderam afirmativamente sobre já terem sido encaminhados para outros profissionais. Portanto, $n=880$ (69,2%) dos entrevistados neste Ciclo responderam à variável aqui analisada, e não a totalidade deles. Esta variável não se aplicou a $n=391$ (30,8%) da amostra, pois estes são usuários que nunca foram encaminhados. Para os cálculos aqui apresentados, utilizou-se como base $n=880$ e não $n=1271$ (100% da amostra). Cada entrevistado elegeru "sim" ou "não" para todas as opções de acesso apresentadas.

A variável colocava a seguinte pergunta aos entrevistados: "Quando é necessário ser encaminhado(a) para outro(s) profissionais em outro(s) serviços, o senhor sabe como é marcada a consulta?". O instrumento permitia que o usuário elegesse "sim" ou "não" para todas as opções de resposta.

Para 52% dos entrevistados, a consulta é marcada pela UBS e informada depois, 22% relataram que a marcação é feita e informada na hora, na UBS, e dentre os que recebem uma ficha de encaminhamento ou referência para procurarem o serviço indicado pela equipe ou outro que desejar, somam-se 40% dos entrevistados.

Nota-se, neste cenário, que a prática de marcação de consultas pela própria UBS é presente para mais da metade dos usuários. Este tipo de prática demanda, dentre outros, a articulação do trabalho em rede, implicando em canais de comunicação eficientes e (re)conhecimento dos diversos pontos da rede com suas respectivas funções e ofertas.

Isto não se aplica aos 40% dos usuários que "recebem a ficha" de encaminhamento da UBS e devem procurar os serviços e profissionais aos quais foram referenciados ou que desejarem. Aqui, a coordenação do cuidado pode ocorrer por meios truncados, não necessariamente alinhados a alguma linearidade do cuidado em rede. É comum que os usuários não acabem chegando ao destino dos encaminhamentos quando estes não são marcados e informados pelo serviço de origem.

Conforme aponta Mendes (2015), a falta de comunicação entre a APS e os demais serviços, as barreiras de acesso aos serviços especializados e a falta do sentimento de continuidade assistencial pelos usuários, dentre outros aspectos, são manifestações de uma coordenação da APS dificultada ou mesmo ausente, sendo um dos problemas mais agudos dos sistemas de saúde.

Desta forma, os usuários que percorrem os trajetos entre os diferentes pontos de atenção à saúde acabam por sujeitarem-se a erros no diagnóstico e/ou tratamento e subprestação de serviços (MENDES, 2015).

Portanto, é de suma importância à integração e fortalecimento das RAS que a coordenação, enfaticamente prestada pela APS, possa superar a fragmentação do sistema de saúde (configurada por pontos que não se comunicam entre si), passando a lidar com as condições crônicas da população, fatores de risco oriundos das condições sociais e concentração de gastos e riscos em saúde em determinados pontos de atenção (MENDES, 2015).

Tabela 18 - Processo de encaminhamento dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ da UBS a outros profissionais e serviços. RRAS 13-SP, 2017

Processo de encaminhamento a outros profissionais e serviços	Ciclo I	Ciclo II	
		Sim	Não
UBS marca e informa no mesmo dia	10%	22%	78%
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois	68%	52%	48%
A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas	9%	10%	90%
Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional	6%	23%	77%
Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que desejar	4%	17%	83%
Não sabe/não respondeu/não lembra	3%	1%	99%
Não se aplica	20,1%	30,8%	

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

5.1.5.2 Realização de visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde

No Ciclo I, os entrevistados foram perguntados se "o agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?", utilizando-se de variável qualitativa. Dentre os resultados, 85,9% dos usuários entrevistados relataram receber visitas do ACS e 0,1% responderam que não há ACS na UBS ou no bairro.

Há, portanto, maioria de usuários entrevistados no Ciclo I que contam com ACS.

No Ciclo II, utilizando-se de variável qualitativa, os usuários entrevistados foram questionados se "o agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?". Os resultados mostraram que 85,5% relatam receber visitas do ACS e 2,3% relataram que não há ACS na UBS ou no bairro. Muitos dos que relataram não saber ou mesmo não receber podem estar relacionados aos usuários que não estão em casa nos horários em que os ACS realizam visitas domiciliares.

Estes resultados denotam, conforme a opinião dos usuários, uma rede de APS na RRAS 13 na qual os ACS desempenham um papel presente no cotidiano de seus usuários e serviços orientados de acordo com a lógica estrutural da ESF.

Considerando esta a lógica predominante nos serviços de APS do SUS, o percentual positivo endossa, pelo menos na RRAS 13, que a transição do modelo de APS tem atingido a população sob a marca do contato capilarizado proporcionado pelos ACS, ainda que não

tenham sido coletados dados dos usuários sobre quais os tipos de atividades que os ACS realizam durante as visitas e se estas contemplam as necessidades em saúde da comunidade.

Ressalva-se, ainda, que algumas UBS tradicionais e que não contam com APS em suas equipes não participaram do PMAQ no Ciclo II na RRAS 13.

5.1.5.3 Realização de visita domiciliar por outros profissionais

De maneira complementar às informações obtidas na variável acima, nesta variável do Ciclo I os usuários foram perguntados se "outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?", ofertando respostas categorizadas quanto à presença ("sim") ou ausência ("não") destes nas visitas.

No Ciclo I as respostas "não" representaram 70,9% dos entrevistados, apontando que apesar da maioria contar com a visita de ACS, como já discutido, não conta com a visita de outros profissionais da equipe.

Ao considerar os dados do módulo II (entrevista com profissional da equipe) deste mesmo Ciclo, nota-se que 67% das equipes da RRAS 13 possuem agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe e 63% das equipes responderam afirmativamente sobre organização da agenda para realização de visitas domiciliares.

Tem-se, desta forma, pouco mais da metade das equipes que relataram elaborarem suas agendas de modo que todos os profissionais pudessem participar de ações diversificadas, aí incluídas as visitas domiciliares. Esta informação contrasta com a do usuário, conforme já discorrido, quando a maioria diz não receber visita de outros profissionais além do ACS.

A isto podem ser atribuídas questões práticas como a cobrança dos profissionais diferentes do ACS que fiquem na UBS e não nos domicílios. Isto vai contra a real diversificação das ações das equipes de APS, pois caracteriza um leque de práticas incipiente no contato com a realidade do território e suas respectivas famílias, talvez centrado no modelo biomédico e restritivo.

No Ciclo II foi perguntado: "Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?" As possíveis respostas estavam organizadas em categorias que iam gradativamente de "sempre" a "nunca".

Neste Ciclo, 57,9% dos entrevistados nunca ou quase nunca recebem visita de outros profissionais da equipe, apesar de um número mais expressivo receber a visita de ACS da equipe. Demais 40,4% dos entrevistados sempre ou na maioria das vezes recebem a visita de outros profissionais da equipe de saúde.

Isto corrobora um cenário no qual a maioria das equipes não consegue sair do lócus da UBS para realizar o cuidado em saúde, o que implica em uma dificultada integração com as famílias e comunidades nas quais estão inseridos, visto que a realidade de seus territórios está para além da delimitação física da UBS e daqueles que lá chegam.

De acordo com a PNAB, dentre outras atribuições, cabe a todos os profissionais da equipe “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”, ainda que o cuidado da população adscrita seja pela mesma política sugerido como “prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)” (BRASIL, 2012a, p.43).

Considerando a maioria de respostas de usuários que quase nunca ou nunca recebem a visita de tais profissionais, é questionável o conhecimento que estas equipes e respectivos profissionais possuem sobre a realidade dos territórios onde atuam. Quando contrastadas estas informações com as informações apresentadas, sobre o recebimento de visita domiciliar por ACS, tem-se um quadro diferente, de maioria dos entrevistados recebedores de atenção à saúde no domicílio.

Forma-se, assim, um quadro no qual os usuários conseguem estabelecer algum contato com as equipes fora do lócus de trabalho da UBS, porém, é questionável a qualidade do contato que as equipes, por sua vez, têm estabelecido com seus usuários. Qual a qualidade do contato da equipe com a realidade territorial, principalmente em termos de multidisciplinaridade, se majoritariamente apenas o ACS consegue em algum momento atingir o lócus onde está a população?

Tabela 19 - Recebimento de visita de outros profissionais no domicílio pelos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Ciclo I: Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?		Ciclo II: Com qual frequência outro(s) profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?	
Sim	21,9%	Sempre	27,5%
Sim, algumas vezes	6,4%	Na maioria das vezes	12,9%
Não	70,9%	Quase nunca	13,7%
Não sabe/não respondeu	0,8%	Nunca	44,2%
		Não sabe/não respondeu/não lembra	1,7%

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

5.1.5.4 Facilidade para saber resultados de exames naquela Unidade

No Ciclo I, os usuários foram questionados: "O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?".

Resultaram 90,1% dos entrevistados que sempre ou algumas vezes conseguem saber o resultado de seus exames com facilidade e 8,9% que não conseguem o mesmo.

No Ciclo II, aos usuários foi perguntado: "o(a) senhor(a) encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames?", não implicando, portanto, na presença ou ausência do acesso ao resultado.

Somaram-se 88,2% dos entrevistados que sempre ou na maioria das vezes conseguem, com facilidade, conversar com os profissionais da equipe sobre resultados de exames. Outros 8,2% quase nunca ou nunca o conseguem.

Tabela 20 - Acesso e discussão dos resultados de exames dos usuários entrevistados nos diferentes Ciclos do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Ciclo I: O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?		Ciclo II: O(a) senhor(a) encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames?	
Sim, sempre	83,5%	Sempre	75,1%
Sim, algumas vezes	7,3%	Na maioria das vezes	13,1%
Não	8,9%	Quase nunca	5%
Não sabe/não respondeu	0,3%	Nunca	3,2%
		Não sabe/não respondeu/não lembra	3,5%

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

5.2 Descrição e análise dos dados por DRS da RRAS 13

Após descrição e análise dos dados do PMAQ no todo da RRAS 13 em dois ciclos, julgou-se pertinente o mesmo processo pormenorizado por DRS da RRAS 13, objetivando-se identificar aspectos heterogêneos e singularidades de cada Departamento. Para isso, foram escolhidas algumas variáveis de cada atributo essencial da APS que apresentaram conteúdos chave na discussão sobre a RRAS 13.

Optou-se por utilizar aqui apenas os resultados do Ciclo II devido a este ser o mais recente e próximo ao cenário atual dos locais descritos.

5.2.1 Acesso

5.2.1.1 Distância até a UBS

Em relação ao tempo de deslocamento dos usuários de suas casas até a UBS, considerando apenas aqueles que estavam na UBS no momento da pesquisa, 98% deles nos DRS III, V e VIII relataram até 30 minutos, enquanto no DRS XIII 94% responderam desta forma.

Mesmo com alguma diferença no XIII, há entre os DRS um bom fator de acessibilidade. Porém, conforme já ressaltado na análise desta variável na RRAS 13, apenas os usuários que estavam na UBS foram ouvidos, sendo necessário investigar quais possivelmente não conseguiram/realizaram o acesso ao serviço e seus motivos.

Tabela 21 - Distância percorrida até a UBS pelos usuários dos serviços de saúde entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Distância em minutos	DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
Até 30 minutos	98%	98%	98%	94%
>30 minutos	2%	2%	2%	5%
Não souberam/não responderam/não lembram	0	0	0	1%

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

5.2.1.2 Possibilidades de acesso que facilitariam o atendimento do usuário

Nota-se que pelo menos 42% dos entrevistados de todos os DRS (43,2% na RRAS 13) sinalizaram o acesso facilitado se as UBS atendessem aos sábados. Quanto ao atendimento no período noturno, pelo menos 29% dos usuários de todos os DRS sinalizaram favoravelmente (38,1% na RRAS 13), com destaque aos DRS V, com 42% e III com 44%.

Desta forma, tal como elucidado na análise da RRAS 13, configura-se um cenário no qual são prezadas possibilidades de acesso em horários diferentes do comercial, no qual muitos dos usuários e/ou seus familiares estão trabalhando.

Partindo-se do pressuposto da APS aproximada e aberta à realidade cotidiana dos usuários e da comunidade (BRASIL, 2012a; 2012b), é necessário que gestores e equipes possam melhor investigar a realidade de seus territórios a fim de proporcionar o acesso facilitado e praticável.

Tabela 22 - Possibilidades de acesso percebidas como facilitadoras pelos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Possibilidades de acesso		DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
Mais cedo pela manhã	Sim	8%	7%	7%	11%
	Não	92%	93%	93%	89%
À tarde até às 18 horas	Sim	17%	22%	27%	23%
	Não	83%	78%	73%	77%
À noite	Sim	44%	42%	29%	35%
	Não	56%	58%	71%	65%
Aos sábados	Sim	42%	45%	44%	43%
	Não	58%	55%	56%	57%
No horário de almoço	Sim	6%	8%	9%	9%
	Não	94%	92%	91%	91%
Domingo	Sim	31%	27%	21%	25%
	Não	69%	73%	79%	75%

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

5.2.2 Longitudinalidade

5.2.2.1 Procura pela UBS em casos de urgência

Os DRS apresentaram entre 31% e 45% de pessoas que consideram e procuram a UBS como locus de atenção para emergência/urgência (usuários que contam com a UBS para este tipo de atendimento caso necessite) (37,7% na RRAS 13), o que aponta para um

reconhecimento fragilizado da APS enquanto porta de entrada e provedora de cuidado longitudinalmente.

Vale observar que responderam a esta variável apenas aqueles usuários que, em variável anterior, responderam positivamente que a UBS atende urgências. Aqueles que responderam negativamente/não souberam responder, constam aqui na categoria "não se aplica", que contém entre 53% e 64% dos entrevistados dos DRS. Desta forma, quem respondeu que não procura a UBS em casos de urgência, respondeu após ter afirmado que ela atende casos de urgência.

Complementarmente, destacam-se os dados do DRS V, onde 64% dos usuários não reconhecem a APS como locus de atenção para urgência e emergência e 4% a reconhecem mas não procuram a mesma para tal. Números maiores são apresentados pelo DRS XIII, onde 62% não reconhecem a APS como tal e 7% a reconhecem mas não a procuram para tal. Isto robustece o supracitado sobre reconhecimento fragilizado da APS.

Tabela 23 - Usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ que contam com UBS em casos de urgência. RRAS 13-SP, 2017

Procura pela UBS em casos de urgência	DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
Sim	45%	32%	41%	31%
Não	1%	4%	2%	7%
Não sabe/não respondeu	0%	1%	0	1%
Não se aplica	53%	64%	57%	62%

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

5.2.3 Integralidade

5.2.3.1 Frequência de perguntas sobre outras necessidades de saúde do usuário

Esta variável investigou se os usuários eram perguntados sobre outras necessidades de saúde além daquela que motivou a consulta, incluindo, por exemplo, questões que vão além de uma visão estritamente biológica do adoecimento.

Destaca-se o resultado apresentado pelo DRS VIII, onde em torno de 45% das pessoas dizem que nunca ou quase nunca são questionadas sobre outras necessidades em saúde, percentual acima dos demais DRS (III: 29%, V: 35%, XIII: 30%) e da RRAS 13 (33,7%).

Desta forma, constitui-se um cenário no qual a integralidade é promovida de forma deficitária, pois ações preventivas que envolvem a investigação de outras necessidades em saúde são pouco frequentes, paralelamente reforçando uma perspectiva exclusivamente biológica de saúde, diferente do modelo pautado na saúde familiar e comunitária.

Tabela 24 - Usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ que foram questionados pela equipe sobre outras necessidades em saúde. RRAS 13-SP, 2017

Questionamento sobre outras necessidades em saúde dos usuários	DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
Sempre	58%	52%	43%	53%
Na maioria das vezes	12%	13%	11%	14%
Quase nunca	4%	5%	11%	11%
Nunca	25%	30%	34%	19%
Não sabe/não respondeu	0%	1%	2%	3%

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

5.2.4 Coordenação do Cuidado

5.2.4.1 Realização de encaminhamentos da UBS a outros profissionais/serviços

Nesta variável constam apenas os resultados referentes aos usuários que relataram, em variável anterior, já terem sido encaminhados a outros profissionais/serviços. Portanto, entre 21% e 36% dos entrevistados nos DRS não foram apresentados à variável (aqui constantes na categoria "não se aplica", calculada a partir dos n totais: III: 407, V: 222, VIII: 266, XIII: 375). Desta forma, os percentuais foram calculados a partir de n específicos para cada DRS, considerando apenas aqueles que responderam anteriormente já terem sido encaminhados (III: 277, V: 151, VIII: 210, XIII: 241). Cada entrevistado elegeu "sim" ou "não" para todas as opções de acesso apresentadas.

Destaca-se o baixo número de respostas afirmativas sobre sair da UBS com encaminhamento já feito, com ênfase para o DRS XIII com 15%, enquanto o maior percentual obtido nesta alternativa foi no DRS VIII, onde 32% dos usuários têm a consulta marcada e informada no mesmo dia (RRAS 13: 22%). Há, desta forma, percentuais predominantemente baixos para esta forma de acesso privilegiada, que é potente na garantia do acesso continuado do usuário nos serviços da RAS (MENDES, 2011) e, conseqüentemente, na promoção da integralidade.

Nota-se, também, que a maioria dos encaminhamentos em todos os DRS são feitos pela UBS e informados depois, o que garante o acesso do usuário aos outros pontos da RAS, porém, não sem a possibilidade de hiatos, como o de usuários que acabam não retornando à UBS para serem informados sobre o dia da consulta, ou equipes que, de alguma maneira, acabam por não ter um acesso eficaz para informar o paciente sobre a consulta agendada.

Tabela 25 - Processo de encaminhamento dos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ da UBS a outros profissionais e serviços. RRAS 13-SP, 2017

Possibilidades de acesso		DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
UBS marca e informa no mesmo dia	Sim	20%	22%	32%	15%
	Não	80%	78%	68%	85%
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois	Sim	70%	49%	39%	43%
	Não	30%	51%	61%	57%
A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas	Sim	4%	13%	18%	8%
	Não	96%	87%	82%	92%
Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional	Sim	12%	30%	30%	25%
	Não	88%	70%	70%	75%
Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que desejar	Sim	16%	15%	23%	15%
	Não	84%	85%	77%	85%
Não sabe/não respondeu/não lembra	Sim	1%	1%	0%	1%
	Não	99%	89%	100%	99%
Não se aplica		32%	32%	21%	36%

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

5.2.4.2 Realização de visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde

Diante de questionamento dos usuários sobre recebimento de visita domiciliar de ACS, todos os DRS apresentaram resultados afirmativos acima de 79%. Destaca-se, porém, notável disparidade entre os DRS XIII (79%) e V (94%), estando o XIII abaixo do percentual da RRAS 13 (85,5%).

É possível aventar que a transição do modelo de APS esteja ocorrendo de maneiras diferentes entre estes DRS, havendo no XIII questões específicas que limitam a expansão do contato capilarizado proporcionado pelos ACS.

Tabela 26 - Recebimento de visita de Agente Comunitário de Saúde pelos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Realização de visita domiciliar por ACS	DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
Sim	86%	94%	86%	79%
Não	9%	5%	11%	15%
Não há ACS na UBS/bairro	3%	0%	2%	3%
Não sabe/não respondeu	2%	0%	1%	2%

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

5.2.4.3 Realização de visita domiciliar por outros profissionais

Perguntando ao usuário sobre recebimento de visitas por outros profissionais de saúde que não o ACS, tem-se, tal como observado na RRAS 13, resultados incipientes quanto à saída dos profissionais do locus de trabalho na UBS e sua integração mais aproximada da comunidade.

O DRS V apresentou o maior número de usuários que "sempre" ou "na maioria das vezes" recebem este tipo de visita, com 50%, enquanto o VIII apresentou o menor percentual: 34%. Na RRAS 13, o percentual é de aproximadamente 40%.

Desta forma, questiona-se como e se as equipes tem adotado o território como referência para a organização do cuidado, e quais os motivos para a disparidade entre os DRS descritos.

Tabela 27 - Recebimento de visita de outros profissionais no domicílio pelos usuários entrevistados no Ciclo II do PMAQ. RRAS 13-SP, 2017

Frequência de recebimento de visitas domiciliares por outro(s) profissionais da equipe de saúde	DRS III	DRS V	DRS VIII	DRS XIII
Sempre	28%	35%	21%	26%
Na maioria das vezes	12%	15%	13%	13%
Quase nunca	14%	11%	15%	14%
Nunca	44%	38%	49%	45%
Não sabe/não respondeu/não lembra	2%	0%	2%	2%

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

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma APS que, em relação às variáveis analisadas, atende incipientemente ou razoavelmente questões tidas como atributos essenciais aos usuários. Por vezes nota-se que o mais elementar tem sido garantido, sem a estratégica expansão sugerida pelos movimentos sociais, pelas políticas e pela literatura. Por exemplo, a opinião do usuário delineia que há garantia de profissionais nas UBS, porém os mesmos nem sempre estão efetivamente integrados ao processo de trabalho em equipe, à RAS e às realidades territoriais.

É válido destacar que o presente estudo focou-se em um território de grande abrangência, a RRAS 13, e que a análise dos dados do Ciclo II por DRS sugeriu peculiaridades dignas de observações mais aprofundadas, como a constatação de que os DRS VIII e XIII possuem diferenças um pouco mais negativas que os demais DRS. Isto propicia e dispõe a necessidade de novas pesquisas que possam considerar as particularidades de cada DRS, que por sua vez possam melhor embasar as tomadas de decisão e as múltiplas faces dos processos de trabalho.

As observações aqui presentes também propiciam novas pesquisas que possam comparar os dados produzidos no contato com os usuários e os dados produzidos pelos profissionais. Há consonância? Quais as semelhanças e diferenças entre as informações fornecidas por ambos?

Por sua vez, o uso destes dados na presente pesquisa reafirmam a utilidade e potencialidade da avaliação dos serviços de APS tal como realizado pelo PMAQ, trazendo desdobramentos úteis a campos como do cuidado, da gestão e da pesquisa, e proporcionando, dentre outros, o estímulo à participação social, como foi a proposta aqui desenvolvida.

Há dificuldades de se sustentar esta proposta avaliativa, tendo em vista que o desenvolvimento dos ciclos sucessivos de avaliação do PMAQ não se concretizaram. Até a presente data, o Ciclo III previsto para até o ano de 2016 não ocorreu. Isto traz desdobramentos fortemente complicadores para uma avaliação proposta longitudinalmente, impossibilitando, dentre outros, a criação de uma série histórica de dados que subsidiem indicadores de qualidade.

Também é notável o efeito das diferenças no instrumento de avaliação adotado pelo PMAQ, que por vezes apresentava sobre um mesmo atributo variáveis quantitativas no Ciclo I

e qualitativas no Ciclo II, além de formulações diferentes de uma mesma variável entre os Ciclos, presença ou ausência de determinadas variáveis em apenas um dos Ciclos, dentre outros. Reconhecida a novidade que é o PMAQ enquanto projeto que se debruça na extensão da APS no SUS, é preciso repensar questões metodológicas, aprimorando-as para que também não afetem a seriação histórica dos dados coletados nos diferentes Ciclos.

Pode-se tecer algumas considerações sobre os critérios estabelecidos para os entrevistados, como por exemplo a não previsão da participação de pessoas que não estavam na UBS, dentre as quais muitos talvez não tenham meios e condições para acessá-la. A metodologia adotada também não considerou se os usuários que estavam nas UBS lá se encontravam devido a necessidades suas ou de outras pessoas (filhos, por exemplo).

Algumas das variáveis encontradas nos instrumentos de ambos os Ciclos, como a investigação de sugestões feitas pelos profissionais estarem de acordo com a realidade do usuário, apresentam margens de compreensão abrangentes e abstratas, que por vezes podem tender a homogeneidades e conclusões incongruentes. Ao encontro disto, enriquecer a avaliação com dados qualitativos poderia representar ganhos substanciais para as análises posteriormente desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D. M. et al. Da academia à realidade: uma reflexão acerca da prática do exame físico nos serviços de saúde. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 4, pp. 106-110, 2013.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011a.

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

BRASIL. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011c.

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

BRASIL. **Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas Mais Comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. il. - (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II)

BRASIL. **Descrição das Variáveis – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. 1 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. il. - (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. I)

BRASIL. **Matriz de Informação Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/mi2007/tabelas/mi_social.php>. Acesso em: 06 abr. 2016.

CACCIA BAVA, M. C. G. G. et al. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

CATANANTE, G. V. et al. Desafios em Saúde Mental na AB: Perspectivas de Usuários Entrevistados no PMAQ. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 13, 2015, Natal, RN. **Anais**. Natal: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015, p. 71.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Metodologia da Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/metodologia/metodologiaCestaBasica2016.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

FIOCRUZ. **A Saúde No Brasil Em 2030: Diretrizes Para A Prospecção Estratégica Do Sistema De Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Min. da Saúde/Sec. de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FUNCIA, F. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **CONSENSUS**, a. V, n. 15, p. 36-40, 2015.

GORDIS, L. **Epidemiology**. 4ª ed. Philadelphia: Saunders, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. What is fourth generation evaluation? Why should we choose to practice it? In: GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=0&frm=>>>. Acesso em: 04 mai. 2016.

KODOBERA, D. et al. The Effect of Distance to Formal Health Facility on Childhood Mortality in Rural Tanzania, 2005-2007. **Global Health Action**, v. 5, p. 2012. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/19099>>. Acesso em: 04 mai. 2016.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud**. Grupo de Trabajo sobre evaluación de la Capacitación en Salud. Washington: OPAS, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington: OPAS, 2007.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. São Paulo: ABRASCO, 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. São Paulo: ABRASCO, 2011.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RASELLA, D. et al. Effect of a Conditional Cash Transfer Programme on Childhood Mortality: a Nationwide Analysis of Brazilian Municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

RIBEIRO, C. Ciclos vitais. In: NUNES, J. et al (Org.). **MGF2000 – Manual de Medicina Geral e Familiar**. v. 0.01. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Última atualização em: 12/2000. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/21/26_texto.html#2>. Acesso em: 25 mar. 2016.

RUTHERFORD, M. E. et al. Access to Health Care and Mortality of Children Under 5 Years of Age in the Gambia: a Case-Control Study. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 216-224, 2009.

SÃO PAULO (ESTADO). **Matriz de Indicadores de Saúde 2012**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2014.

SÃO PAULO (ESTADO). **Humanização - Informações Gerais (Norte)**. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/grupos-macrorregionais-da-politica-estadual-de-humanizacao/2-norte-araraquara-barretos-franca-e-ribeirao-preto/informacoes-gerais>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

SÃO PAULO (ESTADO). **Matriz de Indicadores de Saúde 2014**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.

SÃO PAULO (ESTADO). **População Total por DRS segundo RRAS**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65-82, 2009.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): Alguns Destaques. **Rev. RENE**, v. 8, n. 2, p. 50-59, 2007.

SOUZA, P. H. G. F.; OSÓRIO, R. G. O Perfil da Pobreza no Brasil e Suas Mudanças Entre 2003 e 2011. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (org.) **Programa Bolsa Família: Uma Década de Inclusão e Cidadania**. Brasília: IPEA, 2013.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

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

TREVISANI, J. J. D.; BURLANDY, L.; JAIME, P. C. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 492-509, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Indicadores de saúde RRAS 13 2012-2014 (SÃO PAULO, 2014; 2016)

	SP (estado)			RRAS 13			DRS III			DRS V			DRS VIII			DRS XIII		
	2012	2014	2014	2012	2014	2014	2012	2014	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	
LOCAL																		
INDICADORES / ANO																		
Mortalidade por neoplasia maligna da próstata	13,86	13,11	15,27	15,34	12,14	13,87	17,61	13,59	15,44	19,69	15,44	14,69	16,82					
Mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero	3,68	3,96	2,99	3,5	4,01	1,45	2,87	3,32	1,2	3,83	3,19	4,8						
Mortalidade por causas externas	59,67	57,56	60,32	58,76	60,65	56,36	62	59,51	47,2	45,71	65,95	66,45						
Tratamento de diálise renal no SUS/100 mil habitantes	49,86	52,32	60,62	61,79	44,93	45,84	56,19	60,71	65,71	62,74	70,29	72,55						
% nascidos vivos com peso <1,5 kg	1,4	1,48	1,32	1,47	1,3	1,38	1,09	1,1	1,32	1,76	1,42	1,49						
% nascidos vivos com peso <2,5 kg	9,28	9,32	9,48	9,25	9,28	9,57	8,85	8,6	9,41	9,63	9,84	9,03						
Incidência de AIDS em menores de 5 anos	2,92	1,18	0,94	0,46	-	-	3,98	-	2,28	-	-	1,13						
Mortalidade infantil	11,51	11,44	10,05	11,21	9,7	12,01	11,97	11,38	8,52	10,23	10,46	11,1						
Razão de mortalidade materna	36,52	43,98	38,04	37,12	24,24	79,03	149,67	55,94	34,07	-	16,52	21,43						
% partos cesáreos	60,87	55,41	72,07	71,77	78,2	78,46	87,9	89,3	70,54	73,28	63,97	60,97						
Leitos SUS/I.000 habitantes	1,42	1,14	1,56	1,51	1,26	1,17	2,26	2,23	1,3	1,33	1,68	1,61						
% cobertura da APS	77,54	71,98	85,47	110,31	82,26	116,08	92,21	112,3	84,18	103,08	86,26	109,26						
% cobertura de ACS	49,47	44,07	51,1	55,13	49,9	52,68	77,75	88,72	43,48	52,66	47,53	47,95						
% cobertura vacinal pentavalente em <1 ano	94,02	93,61	93,13	94,01	94,84	90,81	92,43	96,49	96,11	95,01	90,81	94,97						
Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas/habitante	9,02	6,11	13,12	8,42	22,11	8,88	13,59	9,9	9,12	7,76	8,74	7,99						
Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas/habitante	1,42	1,11	1,93	2,16	1,8	2,06	2,33	2,94	1,69	1,71	2,02	2,21						
Internações por AVC >40 anos/10 mil habitantes >40 anos	22,62	17,72	28,25	24,51	26,32	23,68	41,35	34,36	33,28	27,92	22,29	20,57						
Proporção de consultas de urgência por consulta básica	26,18	13,26	14,37	20,27	15,68	7,44	21,15	13,16	15,96	46,93	10,54	7,82						
% de internações por condições sensíveis à APS	15,79	14,11	18,18	17,15	19,33	17,21	20,64	18,84	18,27	18,74	16,55	15,87						
Centros de Atenção Psicossocial/100 mil habitantes	0,64	0,68	0,45	0,61	0,65	0,95	0,85	0,72	0,23	0,45	0,3	0,43						