



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ELLEN CHRISTIANE CORRÊA PINHO  
THAIS AMANDA NUNES DA CUNHA

**ANÁLISE DO ACESSO E ACESSIBILIDADE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL**  
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)

BELÉM  
2019

ELLEN CHRISTIANE CORRÊA PINHO  
THAIS AMANDA NUNES DA CUNHA

**ANÁLISE DO ACESSO E ACESSIBILIDADE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do grau de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof.º Dr.º Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

BELÉM  
2019

ELLEN CHRISTIANE CORRÊA PINHO  
THAIS AMANDA NUNES DA CUNHA

**ANÁLISE DO ACESSO E ACESSIBILIDADE DA ESTRUTURA DAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)

Trabalho de Conclusão de Curso orientado pelo Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, apresentado ao Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de bacharel e licenciada em Enfermagem.

**APROVADA EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
Orientador - UFPA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira  
Examinador interno – UFPA

---

Enf<sup>o</sup> Messias Lemos  
Examinador interno - UFPA

A Deus, aos pais e a nossa família por ser  
nosso maior incentivo.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Leonardo pela oportunidade, disponibilidade, dedicação e paciência em contribuir com o seu conhecimento.

Ao professor Dr. Helder por todas as contribuições e por disponibilizar seu tempo em compartilhar seus conhecimentos em pesquisa quantitativa.

Aos professores pela participação na banca e comentários enriquecedores.

À minha parceira Thais, por me amparar emocionalmente e intelectualmente. Apesar de todas as adversidades da faculdade, conseguimos vencer.

A todos os professores da graduação, que de alguma forma promoveram meu crescimento acadêmico.

À Faculdade de Enfermagem.

À Universidade Federal do Pará.

Aos meus familiares e meus amigos, em especial Elizama, Elianny, Elci, Thayza, Tainara, Antônio, Erlyson, Camila, Pedro e Denise que foram a principal rede de apoio, para que pudesse concluir essa pesquisa.

À minha querida mãe, por ser minha grande incentivadora, meu porto seguro, e pelo amor maior.

Ao meu filho, razão maior da minha dedicação, por me tornar mais forte e superar todas as barreiras que surgiram nesse período.

Ao meu estimado marido pelo incentivo, companheirismo e apoio emocional.

E por fim, à Deus por sempre me iluminar e guiar meus caminhos. **Ellen Christiane Corrêa Pinho.**

## AGRADECIMENTOS

Ao término desta etapa, é chegado o momento de reconhecer, ainda que de maneira singela, àqueles que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho. Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Professor Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, pois sua orientação competente foi fundamental para a construção deste trabalho.

Ao Professor Helder Henrique Costa Pinheiro, por compartilhar seus conhecimentos sobre análises quantitativas.

Aos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa de Atenção Primária à Saúde na Amazônia (GEP-APS), por todo compartilhamento e debates de ideias que enriqueceram minha formação, sem dúvida, excelentes contribuições.

A Ellen, pelo companheirismo ao longo da construção desta pesquisa.

Aos meus amigos, pessoas de suma importância em toda minha graduação, contribuíram grandiosamente para o meu desenvolvimento acadêmico e pessoal. Em especial, destaco meu grande carinho pelos meus amigos Rennan, Juliana e Marlon por todos os momentos compartilhados.

As minhas queridas amigas Mayane e Laise por sempre estarem presentes.

E por fim, minha gratidão aos meus familiares: Irene, Thiago, Rita, Regina, Aninha, Adnê e Ana, por todo o apoio e incentivo. **Thais Amanda Nunes da Cunha.**

“Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado...”.

(Sérgio Arouca, 1998)

## RESUMO

A Unidade Básica de Saúde se constitui como a porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção. Por isso, monitorar e avaliar seu desempenho e suas condições estruturais faz-se fundamental para mensuração de seu alcance e qualidade, de forma a contemplar o acesso e acessibilidade da população que necessita de atendimento diferenciado. Avaliou-se no estudo o acesso e a acessibilidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde por regiões do Brasil, analisando se estão de acordo como o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com base nos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB. Avaliaram-se ao todo 30.346 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil. No componente Infraestrutura, 21,7% apresentam estrutura de funcionamento padrão divergente ao estabelecido para uma UBS. Das unidades avaliadas, 8% não apresentaram nenhum tipo de sinalização. A região Norte apresentou o pior desempenho para informações disponíveis aos usuários e para os indicadores referentes à acessibilidade, com uma única exceção em piso tátil para acesso as dependências da unidade. Quanto ao componente organizacional, 84,4% possuem horário fixo de funcionamento. Destaca-se que em todas as regiões do Brasil contabilizou-se apenas 450 unidades funcionando aos sábados e 196 aos domingos. Apenas 46,3% das unidades mantêm todas as suas atividades no horário do almoço. Os resultados deste estudo permitiram identificar e analisar os componentes organizacionais e de infraestrutura das unidades básicas de saúde do Brasil. Houve disparidade nos achados encontrados em âmbito nacional, demonstrando as diferenças regionais quanto ao acesso e acessibilidade, o que ressalta a necessidade de avanços. Na avaliação geral, o componente organizacional da estrutura aponta conformidade com o preconizado. Já no componente infraestrutura, a acessibilidade indicou percentuais que demandam avanços, fator que interfere diretamente no acesso do usuário ao serviço público de saúde.

**Descritores:** Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Estruturas de acesso. Unidade Básica de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The Basic Health Unit is the preferred gateway for SUS, has a privileged space for managing care of people and plays a strategic role in the care network. Therefore, monitoring and evaluating its performance and its structural conditions is essential to measure its reach and quality, in order to contemplate the access and accessibility of the population that needs differentiated care. The study evaluated the access and accessibility of the structure of the Basic Health Units by regions of Brazil, analyzing whether they are in accordance with the recommendations of the National Policy for Primary Care. This is a descriptive and cross-sectional study based on data from the 3rd cycle of PMAQ-AB. A total of 30.346 Basic Health Units (BHU) in Brazil were evaluated. In the Infrastructure component, 21,7% have a standard operating structure that differs from that established for a UBS. Of the units evaluated, 8% did not present any type of signaling. The North region had the worst performance for information available to users and for accessibility indicators, with one exception on tactile floor for accessing unit facilities. Regarding the Organizational component, 84,4% have a fixed opening hours. It is noteworthy that in all regions of Brazil there were only 450 units operating on Saturdays and 196 on Sundays. And only 46,3% of the units maintain all their activities at lunch time. The results of this study allowed us to identify and analyze the organizational and infrastructure components of the basic health units in Brazil. There was a disparity in the findings found nationwide, demonstrating regional differences in access and accessibility, which underscores the need for progress. In the overall assessment, the organizational component of the structure points to compliance with the recommended. In the infrastructure component, accessibility indicated percentages that demand advances, a factor that directly interferes with user access to public health services.

**Keywords:** Health Services Accessibility. Access Structures. Health Centers. Primary Health Care.

## LISTA DE SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| AB      | Atenção Básica  |
| ABNT    | Associação Brasileira de Normas Técnicas                            |
| ACE     | Agente Comunitário de Endemia                                       |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde   |
| ANS     | Agência Nacional de Saúde   |
| APS     | Atenção Primária à Saúde  |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde  |
| CS      | Centros de Saúde  |
| CSAP    | Condições Sensíveis à Atenção Primária                              |
| DM      | Diabetes Mellitus   |
| EAS     | Estabelecimento de Assistência à Saúde                              |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família   |
| GEP-APS | Grupo de Estudos e Pesquisa de Atenção Primária à Saúde na Amazônia |
| HAS     | Hipertensão Arterial Sistêmica                                      |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                     |
| IDH     | Índice de Desenvolvimento Humano                                    |
| LBICS   | Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis              |
| MS      | Ministério da Saúde   |
| NBR     | Norma Técnica   |
| OAPS    | Observatório de Análise Política em Saúde                           |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde  |
| ONU     | Organização das Nações Unidas                                       |
| PA      | Pronto Atendimento  |
| PAB     | Piso de Atenção Básica  |
| PcD     | Pessoa com Deficiência  |
| PIB     | Produto Interno Bruto   |
| PMAQ    | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade                       |
| PMAQ-AB | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - Atenção Básica      |

|      |  |
|------|--|
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica      |
| RAS  | Redes de Atenção à Saúde                 |
| RDC  | Resolução da Diretoria Colegiada         |
| SADT | Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                   |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                  |
| UF   | Unidades da Federação                    |
| UFPA | Universidade Federal do Pará             |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - UBS com horário de funcionamento fixo. Brasil, 2019.....                                | 34 |
| Tabela 2 - UBS com atividades no horário do almoço. Brasil, 2019. ....                             | 35 |
| Tabela 3 - Informações disponíveis aos usuários nas UBS. Brasil, 2019 .....                        | 36 |
| Tabela 4 - Tipo de sinalização externa das UBS. Brasil, 2019. ....                                 | 37 |
| Tabela 5 - Componentes de acessibilidade nas dependências das UBS. Brasil, 2019. ....              | 38 |
| Tabela 6 - Disponibilidade de sanitário com acessibilidade nas dependências das UBS. Brasil, 2019. | 38 |
| Tabela 7 - Condições de funcionamento das UBS. Brasil, 2019.....                                   | 39 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 13 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 17 |
| 2.1 Geral.....  | 17 |
| 2.2 Específicos .....   | 17 |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 18 |
| 3.1 Histórico da Atenção Primária à Saúde .....   | 18 |
| 3.2 Política Nacional de Atenção Básica .....   | 23 |
| 3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB)..... | 25 |
| 3.4 Estruturas da Unidade Básica de Saúde.....  | 27 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....  | 30 |
| 4.1 Tipo e Período de Estudo.....   | 30 |
| 4.2 População do Estudo.....  | 30 |
| 4.3 Local do Estudo .....   | 30 |
| 4.4 Instrumento de Coleta de Dados do PMAQ .....  | 31 |
| 4.5 Extração dos Dados .....  | 32 |
| 4.6 Análise dos Dados .....   | 33 |
| 4.7 Aspectos Éticos.....  | 33 |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....   | 34 |
| 5.1 Componente Organizacional.....  | 34 |
| 5.1.1 Horário de Funcionamento.....   | 34 |
| 5.2 Componente Infraestrutura .....   | 35 |
| 5.2.1 Informações disponíveis para os usuários.....                                       | 35 |
| 5.2.2 Sinalização .....   | 36 |
| 5.2.3 Acessibilidade .....  | 37 |
| 5.2.4 Condições de Funcionamento da Unidade .....   | 38 |
| <b>6 DISCUSSÃO</b> .....  | 40 |
| <b>7 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO</b> .....                                       | 48 |
| <b>8 CONCLUSÃO</b> .....  | 49 |
| <b>9 RECOMENDAÇÕES</b> .....  | 51 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 52 |
| <b>ANEXO</b> .....  | 58 |

## 1 INTRODUÇÃO

Os avanços na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil são inegáveis, com mais de 43 mil Equipes de Saúde da Família (ESF) atuando em todo o país. No entanto, permanecem importantes desafios, como: precariedade da rede física das unidades; o financiamento insuficiente; a necessidade de recursos humanos qualificados; e as dificuldades de integração da APS à rede, garantindo a continuidade e coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BOUSQUAT et al., 2015).

A estrutura faz parte da Tríade Donabediana de avaliação dos serviços de saúde. De acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados podem ser extraídas de três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados". Para Donabedian (1988), a estrutura refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, dentre elas, os instrumentos, os recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde. Estruturas adequadas contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus resultados e são centrais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se nos fundamentos da Tríade Donabediana e destaca-se atualmente como a principal estratégia de avaliação da Atenção Básica (AB) no Brasil. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. Por meio da instituição de processos contínuos e progressivos, o PMAQ-AB almeja ampliar a capacidade das três esferas de governo de ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbitos nacional, regional e local (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB é um componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que visa permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS. Foi instituído pela Portaria nº 1.654, GM/MS de 19 de Julho de 2011. Atualmente é orientado pela Portaria nº 1.645, de 2 de Outubro de 2015. (BRASIL, 2015).

Assim, no contexto da avaliação do acesso e acessibilidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), entende-se a magnitude desta problemática, pelo fato de estudos de análise de programas e serviços de saúde demonstrarem que a estrutura das UBS pode interferir na organização dos serviços, na qualidade da assistência prestada, além de gerar insatisfação e limitações nos profissionais de saúde e usuários (MOREIRA et al., 2017; NEVES et al., 2018; MOURA et al., 2010;).

De acordo com dados da Organização Nações Unidas (ONU), 1 bilhão de pessoas vivem com algum tipo de deficiência no mundo, e no Brasil, 45.606.048 milhões de pessoas declaram ter pelo menos algum tipo de deficiência. Esses dados comprovam a relevância do estudo em relação às práticas em saúde e a inclusão social de pessoas com deficiência (ONU, 2017; IBGE, 2010). Portanto, isto implica em repensar as condições e estruturas das unidades de saúde, suscitando a acessibilidade e a oferta de ações que contemplem as necessidades de uma determinada população, direcionando o uso dos serviços.

Além de pesquisas sobre acessibilidade das pessoas com deficiência ao Sistema Único de Saúde elucidarem que a acessibilidade física e de comunicação são referenciais da qualidade dos serviços oferecidos, indicam o grau de satisfação dos usuários e expõem problemas no acesso por pessoas com limitações físicas (AMARAL et al., 2012; CASTRO et al., 2012; CUNHA; SILVA, 2010; SIQUEIRA et al., 2009; FRANÇA, PEGLIUCA, BAPTISTA, 2008). Sendo também destaque, os obstáculos para a marcação de consultas, horários de funcionamento das unidades e implantação não equânime das UBS, resultando em dificuldade no acesso da população (CUNHA; SILVA, 2010; JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016; PESSOA; GOUVEIA; CORREIA, 2017).

Nesta lógica, avaliar a estrutura faz-se necessário, pois, segundo Starfield (2002) a estrutura é a capacidade de propiciar a prestação dos serviços, sendo, portanto, compreendida como os recursos necessários para oferta dos serviços e sofrendo influência do contexto político, econômico e social. Donabedian de modo análogo, ao afirmar que a estrutura é um componente de avaliação de qualidade, revela que dada uma boa estrutura, melhor a possibilidade de um atendimento com qualidade (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Logo, reconhecendo a APS como porta de entrada referencial aos serviços públicos de saúde e seu papel de ordenadora do cuidado, monitorar e avaliar seu desempenho faz-se fundamental para mensuração de seu alcance e qualidade, de forma a proporcionar subsídios para a tomada de decisões através dos achados, além de possibilitar a melhor visualização das diferenças socioespaciais quanto ao acesso e qualidade nos serviços primários.

É importante ressaltar que no Brasil, o passado histórico desvelado sobre a utilização do território e da conformação econômica e política do país enfatizam a marcante desigualdade entre as diversas regiões brasileiras que impactam sobretudo nos dias atuais. O reconhecimento do desenvolvimento de atividades produtivas mais específicas em algumas macrorregiões no século XX em detrimento a outras foi um dos fatores para a conformação econômica diversa no país (ALBUQUERQUE et al., 2017).

O êxodo rural e a industrialização no litoral como no Nordeste e nos marcantes centros metropolitanos como Sul e Sudeste demonstram-se preponderantes para o aglomerado produtivo e de atividades urbanas. Vale ressaltar que na década de 70, frente ao mercado mundial, o Estado inicia um processo de mudanças significativas, o que acarretou (no território brasileiro) de modo não homogêneo na criação de políticas públicas que buscavam integração internacional, resultando em regiões com maior concentrado produtivo, mais competitivas, mantendo relações interdependentes com as bases mais avançadas no mercado mundial (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Segundo Albuquerque et al. (2017) essa modernização impacta diretamente nas desigualdades socioespaciais, que podem ser compreendidas como “*à concentração de poder nas mãos de determinados grupos e à de infraestruturas e de riqueza em determinados lugares e atividades*”. Neste contexto, desvela-se que o acesso aos serviços de saúde nas regiões brasileiras sofre influência do processo histórico visto a maior circulação do capital em determinadas áreas.

O Brasil, por ser um país continental com grandes diferenças políticas, econômicas e culturais entre suas regiões, não é possível implantar políticas públicas de saúde que não levem em consideração as singularidades regionais. Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas público de saúde do mundo, o SUS, é complexa (ROSA, 2015).

É notório que um sistema amoldado, autorregulado e centrado no usuário – proveniente das mais diversas culturas – não demanda de um modelo único e estrito; como infere Paim: “*Dessa perspectiva, não faz muito sentido pronunciar-se sobre um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões, cidades e territórios do país*”. O segredo está na capacidade de distinguir quais são os princípios gerais responsáveis por manter o modelo de atenção, buscando determinar os limites e a coerência dos diferentes modelos de provimento que o sistema pode desenvolver segundo as necessidades sociais em contextos regionais (VIANA et al., 2018).

Desta forma, diante da importância de uma estrutura adequada para a prestação dos serviços de saúde, das desigualdades entre as regiões brasileiras que demandam um padrão de qualidade comparável nos âmbitos nacional, estadual e local, da adequação das UBS para facilitar o acesso e acessibilidade dos usuários, da relevância de melhorar a qualidade da APS visto sua notabilidade nas RAS e da necessidade de se instituir uma cultura de avaliação, essa temática também se justifica pela nossa inserção no Grupo de Estudos e Pesquisa de Atenção

Primária à Saúde na Amazônia (GEP-APS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), desde julho de 2018 com assuntos que abordavam temáticas sobre a APS, mais especificamente sobre o PMAQ-AB. Assim, surgiu o interesse em aprofundar as pesquisas nessa linha de estudo.

Quanto aos benefícios da análise mais aprofundada dos dados gerados pelo PMAQ-AB podemos citar a produção de conhecimento e uma nova pesquisa na área da APS que irá fomentar na caracterização do acesso e acessibilidade da estrutura das Unidades Básicas, estratificadas de acordo com adesão ao PMAQ em âmbito nacional e por regiões brasileiras, essencial para se traçar o panorama da APS brasileira, identificando constrangimentos para sua execução e subsidiando as políticas de saúde, além de dar subsídios para tomada de decisões dos gestores de saúde. Quanto às diferenças regionais devem ser alicerçadas pela efetivação do direito à saúde, contribuindo para a diminuição das imensas desigualdades sociais de nosso país.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo analisar se as condições estruturais do acesso e acessibilidade das Unidades Básicas de Saúde do Brasil estão adequadas de acordo com as diretrizes preconizadas pelo PMAQ-AB, caracterizando a estrutura segundo os componentes organizacionais e de infraestrutura das UBS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o acesso e acessibilidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Brasil.

### **2.2 Específicos**

Caracterizar o acesso e acessibilidade da estrutura segundo os componentes organizacionais e de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde do Brasil;

Analisar se as condições estruturais das UBS do Brasil estão adequadas de acordo com as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Histórico da Atenção Primária à Saúde

Na grande maioria dos textos que discorrem acerca da APS é concepção recorrente de que se trata do cuidado ambulatorial não especializado oferecido através de unidades de saúde, caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto diversificado de práticas clínicas de baixa densidade tecnológica, o que integra, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É de senso comum também entender que essa unidade se dá, ou deveria se dar como a porta de acesso dos cidadãos com o sistema de saúde aos demais níveis de atenção, e é onde existe a capacidade para resolução da maior parte dos problemas de saúde de uma população (BOUSQUAT et al., 2015).

Segundo Rosen (1910, apud Bousquat et al., 2015), as primeiras iniciativas de arranjo da APS reportam à década de 1910, período em que se apontam os primeiros Centros de Saúde (CS) nos Estados Unidos. Posteriormente, no Reino Unido, foi formulado o Relatório Dawson em 1920, considerado um dos primeiros documentos a aplicar o conceito de APS com o olhar de organização sistêmica regionalizada, hierarquizada, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida dos sistemas de saúde. Os princípios desse documento motivaram a construção do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

No Brasil, somente a partir de 1960, o governo estabeleceu que os CS se ordenassem como serviços ambulatoriais, conduzidos para a execução de práticas de saúde pública de caráter preventivo voltado ao grupo materno infantil e ao controle de enfermidades transmissíveis dos programas verticais. Ao longo de décadas, ações individuais de caráter curativo foram incorporadas aos serviços ambulatoriais, principalmente relacionadas às ações programáticas para grupos e agravos prioritários (BOUSQUAT et al., 2015).

Já na década de 70, diante de um cenário conflituoso no Brasil de crise econômica e crítica ao estado keynesiano, ao neoliberalismo e redução do papel do Estado no financiamento e provisão de recursos à política social e de saúde, podemos destacar elementos relevantes à idealização ampliada de APS que emerge no final da década. Entre eles destaca-se a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde (1977), que evidenciou o nível de saúde essencial à manutenção das atividades diárias e capacidade de trabalho como uma responsabilidade dos governantes e, no mesmo evento, o lançamento do movimento Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000) (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Como consequência desse contexto, foi organizada a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, Cazaquistão (1978), cujo objetivo primordial fora discutir a promoção da saúde para todos os povos do mundo através da Atenção Primária como modelo de reforma nos sistemas de serviços de saúde. A proposta original da APS está também contida no Relatório Dawson, mas sua institucionalização nos sistemas de saúde foi feita após a reunião de Alma-Ata, marco histórico que influenciou a formulação de políticas de saúde em muitos países do mundo. De acordo com a Declaração (1978):

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

A Conferência de Alma-Ata (1978) determinou ainda mais, que os componentes fundamentais da APS eram educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde materno e infantil, incluindo imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional.

A APS ganha destaque nos estudos de Starfield (2002), que aponta quatro princípios ordenadores fundamentais: Atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Além de dois atributos indiretos: cuidado centrado na família e orientado para comunidade. A autora supracitada define a APS como um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada para resolução de necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à enfermidade) no decorrer do tempo e em todas as condições, exceto as muito raras, e coordena a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (CUNHA; SOUZA, 2017).

Segundo Starfield (2002), os sistemas dirigidos pelos princípios da APS operam melhores indicadores de saúde, têm menores custos e maior satisfação do usuário. Ressaltando que uma Atenção Primária resolutiva serve como filtro e ampara os usuários que não necessitam de especialistas para cuidados ocasionais, portanto, para APS atingir suas

premissas, precisa estar estruturada de acordo com os seus princípios (CUNHA; SOUZA, 2017).

Nesse sentido, como forma de associar a ambos os princípios e as diretrizes no âmbito do SUS, a Atenção Básica, que é um termo equivalente à Atenção Primária à Saúde no Brasil, caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Por ela ser o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários nas RAS orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. A AB considera o sujeito em sua singularidade e introdução sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam prejudicar sua autonomia. Destacam-se entre seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2017):

Dos princípios:

- i) **Universalidade:** caracteriza-se pelo direito à saúde de todo cidadão. Com a Constituição Federal promulgada em 1988, a saúde tornou-se o direito de todos e dever do Estado, o que a configura como um direito universal, abrangendo o acesso, a cobertura das populações e o atendimento sem diferenciações excludentes. Os serviços fornecidos pela APS, por representarem a principal porta de entrada no SUS, devem acolher, promover escuta ativa, identificar as necessidades em saúde, proporcionar ações de prevenção, proteção e recuperação à saúde, além de ordenar a distribuição dos usuários na rede de acordo com as suas demandas - a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, legitimando seu caráter universal (PONTES; OLIVEIRA; CESSO; GOMES, 2009; BRASIL, 2017)
- ii) **Equidade:** reconhecido como princípio da justiça social, este deve orientar a oferta do cuidado conforme as necessidades e condições de vida das pessoas, ou seja, promover atendimento desigual para as demandas desiguais, buscando diminuir as diferenças sociais e atender de forma justa à diversidade, evitando exclusão, estigmatização e discriminação de grupos sociais (PONTES; OLIVEIRA; CESSO; GOMES, 2009; BRASIL, 2017).

- iii) **Integralidade:** reconhecendo que saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser compreendida como bem-estar físico, social e mental, e não apenas como a ausência de doenças, o conceito de integralidade caracteriza-se como o atendimento de forma plena, nas mais diversas dimensões do ser humano, assentando que a integração da equipe multiprofissional é essencial para o exercício deste princípio. Para efetivação da integralidade é importante que os serviços de saúde forneçam ações baseadas na identificação das demandas coletivas e individuais das populações adscritas, promovendo ações preventivas e curativas, além de ofertar e direcionar de forma articulada nas RAS os usuários de acordo suas necessidades (PONTES; OLIVEIRA; CESSO; GOMES, 2009; BRASIL, 2017; SILVA, BEZERRA, TANAKA, 2011; FERRAZ, 1997).

Das Diretrizes:

- i) **Regionalização e Hierarquização:** segundo Brasil (2017) as regiões de saúde podem ser compreendidas como um “recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade” e a hierarquização caracteriza-se como “forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos”, no entanto, esta concepção hierárquica, gradualmente perde espaço para a concepção poliarquica que se constrói a partir de uma rede horizontal, tendo a APS papel central (principal porta de entrada) nas RAS (BRASIL, 2017; CUNHA; SOUZA, 2017.)
- ii) **Territorialização e Adscrição:** reconhecendo as especificidades das diversas populações que compõem o Brasil e suas singulares necessidades em saúde, os Territórios - unidades geográficas - permitem melhor tomada de decisões a partir do reconhecimento e identificação dos condicionantes e determinantes da saúde de uma população adscrita em um determinado espaço. A territorialização promove subsídios para realização do planejamento das ações em saúde, criação de ações setoriais e intersetoriais com foco no território e o desenvolvimento de ações descentralizadas. O SUS é uma macropolítica que atende uma grande diversidade populacional, o que lhe infere, pelos próprios princípios norteadores como equidade e integralidade, a relevância de realizar ações descentralizadas e de existir micropolíticas dentro do sistema, de forma a atender e suprir as demandas em saúde das pessoas, sendo a APS umas das principais formas de respeito e

legitimidade a diversidade pelo seu caráter inclusivo, longitudinal e formador de vínculo pela proximidade com a comunidade (BRASIL, 2017, CHAVES, 2014).

- iii) População Adscrita: compreendida como a população presente no território de uma UBS, tem como objetivo desenvolver a formação de vínculo, garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado e das ações em saúde (BRASIL, 2017).
- iv) Cuidado Centrado na Pessoa: Segundo Brasil (2017), este caracteriza-se pelo “desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde”. Os cidadãos tornam-se protagonistas do processo de saúde, pois o cuidado é construindo com os mesmos e a partir de suas necessidades, resultando em maior autonomia e independência da população para as tomadas de decisões em saúde com base na própria realidade. O meio em que a pessoa está inserida -família e comunidade- torna-se essencial no “fazer saúde”, uma vez podem ser compreendidos como condicionantes ou determinantes sociais.
- v) Resolutividade: a APS é extremamente relevante no que concerne a resolutividade nos serviços de saúde pública, esta é apontada como a principal porta de entrada e ponto de acesso aos serviços do SUS, responsável por ações de promoção e recuperação à saúde, prevenção de agravos, cuidados no domicílio, ordenamento dos usuários em rede, além de requerer profissionais capacitados para atender integralmente todas as faixas etárias em suas diversas demandas e serem cruciais postuladores das mudanças progressivas na base modelo de saúde biomédico para o modelo pautado na integralidade do ser. Assim, a APS é visualizada como passível de resolução de 80% dos problemas em saúde da população, por meio do cuidado centrado na pessoa que ressalta a longitudinalidade das ações, reconhecimento do meio em que a população está inserida e autonomia dos seres (BRASIL, 2017, OMS, 1979).
- vi) Longitudinalidade: caracteriza-se pela formação de vínculo construído pela continuidade do cuidado e das ações em saúde com a responsabilização e cooperação entre usuários e profissionais ao longo do tempo (BRASIL, 2017).
- vii) Coordenar o cuidado: responsável por “elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção” (BRASIL, 2017).

- viii) Ordenar as redes: o reconhecimento das necessidades em saúde dos usuários permite ordenar sua movimentação em rede, garantindo melhores prognósticos e resolutividade. As redes possibilitam organizar a população nos diversos pontos de atenção à saúde, corroborando para o planejamento e programação dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).
- ix) Participação da comunidade: apresenta como principal objetivo na saúde pública “estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde” (BRASIL, 2017).

### 3.2 Política Nacional de Atenção Básica

A PNAB é um documento que norteia as diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. De maneira geral, esse documento normativo que apoia as políticas de saúde em nível nacional denomina que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de AB serão denominados UBS e são considerados potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS (BRASIL, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica vigente, a infraestrutura, ambiência e funcionamento da AB referem-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território. É importante levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. A UBS poderá ter ponto de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras etc.), com reconhecimento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES.

As ações e serviços oferecidos pelas UBS deverão seguir padrões essenciais e ampliados que devem ser alcançados pelas equipes da AB: Padrões Essenciais são ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e os Padrões Ampliados que são procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionada às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde garantindo um acesso integral que impacte na situação de saúde, onde irá promover a autonomia das pessoas se incidir nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Para reorganizar a AB no país, o Programa Saúde da Família, hoje conhecido como ESF criado em 1994, tornou-se a principal estratégia de ampliação e consolidação da AB. Considerada um avanço em relação ao modelo tradicional de AB presente no Brasil até o início da década de 1990, a ESF alcançou uma cobertura de 64% da população brasileira (OAPS, 2017). O resultado foi impulsionado, em parte, por seu papel prioritário na PNAB.

Conforme a PNAB (2017), a principal mudança da nova portaria encontra-se na possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de AB (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esta decisão abre a possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da APS estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS.

Outro ponto a ser debatido é a desconsideração entre a relação de quantidade e qualidade, visto a PNAB anterior recomendar que: “quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas atendidas por equipe”. O mesmo não pode ser dito em relação à PNAB vigente, onde a cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB indica que: “O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente” (BRASIL, 2017).

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de forma ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram do teor o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, diversas opções seriam possíveis a partir do que está escrito (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Esta ambiguidade torna-se mais visível quando se analisa, em conjunto, certos elementos dessa política. Destacando-se a presença dos ACS que não é requerida na composição mínima das equipes de AB, diferentemente do que acontece na ESF. A presença desse trabalhador e a continuidade das ações por ele desempenhadas, nunca estiveram tão em risco. O prejuízo recai sobre as ações educativas e de promoção de saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação e fortalecimento do modelo de atenção à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em nome de uma suposta autonomia dos municípios, o Ministério da Saúde (MS) prescinde à sua responsabilidade de coordenação e indução de bases nacionais para a PNAB, fato bastante arriscado em um país com realidades locais tão distintas e com um processo de descentralização que necessita de aprimoramentos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As questões articuladas de descompromisso com a oferta universal dos serviços de AB, segmentação do acesso ao cuidado, desvinculação das equipes dos territórios e desqualificação do trabalho do ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE) agravam o risco de desassistência de parte significativa da população, e de perda na qualidade dos serviços da AB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

### 3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB)

Em 19 de julho de 2011, foi instituído no âmbito do SUS o PMAQ-AB através da Portaria nº 1.654, revogado pela Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, cujo programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Esse programa veio com a proposta de reconhecer e estimular a melhoria da qualidade e acesso a AB, garantindo que recursos financeiros sejam repassados por desempenho denominado componente qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável (BRASIL, 2015; BELLO; CARVALHO; FARIAS, 2014).

O PMAQ-AB é formado por três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que se complementam e formam um ciclo, onde cada um tem duração de vinte e quatro meses. São elas:

-Primeira fase denominada Adesão e Contratualização – consiste na etapa de adesão por meio da contratualização de compromissos e indicadores, onde todas as equipes de saúde da AB, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Ampliado à Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB; Nesta fase o município poderá incluir todas ou apenas parte das suas equipes de saúde da atenção básica na adesão ao PMAQ-AB.

-Segunda fase denominada Certificação – consiste na certificação por meio da avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e de verificação da realização de momento autoavaliativo. As equipes contratualizadas avaliadas receberão as seguintes classificações de desempenho que podem ser do tipo: Ótimo; Muito bom; Bom; Regular e Ruim.

-Terceira fase denominada Recontratualização – consiste na recontratualização com atribuição de novos padrões e indicadores de qualidade estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2.

-Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento – que consiste num desenvolvimento do conjunto de ações (autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal presencial e/ou virtual). Este eixo deve ser entendido como transversal a todas as fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB (BRASIL, 2015).

A cada ciclo, os municípios que aderirem ao PMAQ-AB terão merecimento ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, que será repassado ao Distrito Federal e aos municípios em dois momentos: no início de cada ciclo, após a homologação da adesão ao PMAQ-AB e após a Fase 2 de cada ciclo.

Esse programa é uma importante ferramenta que pode ser usada para fiscalizar as unidades que estão em funcionamento no país e sua infraestrutura e modo de trabalho, sendo o incentivo financeiro uma forma de motivar a adesão desse programa e conseqüentemente a qualidade da assistência. Segundo Pinto, Souza e Ferla (2014), esse programa tem como objetivo produzir uma cultura de avaliação para promover mudanças reais nas práticas dos serviços.

Um dos objetivos do PMAQ é institucionalizar a cultura da avaliação, mesmo que os resultados não levem propriamente a decisões imediatas, espera-se que contribuam para um

juízo que instigue de fato as futuras decisões. É um processo demorado e árduo, mas devem ser destacados a pertinência, o mérito e a credibilidade da avaliação.

### 3.4 Estruturas da Unidade Básica de Saúde

Todos os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS são denominados Unidade Básica de Saúde – UBS. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista, podendo ou não oferecer Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e Pronto Atendimento (PA) 24 horas (BRASIL, 2017; PAREDES et al., 2017).

A UBS se constitui como a porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção. Instaladas próximo de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, devem atender até 85% dos problemas de saúde da população, objetivando descentralizar o atendimento, dar proximidade à população ao acesso aos serviços de saúde, sem que haja necessidade de encaminhamento para hospitais (PAREDES et al., 2017). Dessa forma, dotar todas as unidades básicas da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando.

Segundo Donabedian (1988), a estrutura é relacionada aos insumos, recursos materiais e humanos, e o espaço físico e organizacional onde se pratica as ações. Unidades adequadas ao que se sugere como ideal é de grande valia para o aumento da qualidade do serviço.

Para que se tenha um bom atendimento na AB é necessário, uma infraestrutura adequada, com a oferta de equipamentos, insumos suficientes e recursos humanos capacitados. Sendo que os parâmetros para um bom funcionamento da UBS devem levar em consideração vários aspectos locais, como a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população e os serviços a serem realizados (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011; BRASIL, 2017).

De acordo com Brasil (2017), a ambiência está relacionada com o espaço físico, onde o mesmo tem que proporcionar um ambiente saudável para todos, usuários e trabalhadores, além de ser um espaço acolhedor.

Assim, as UBS não são apenas espaços onde a população irá receber atendimento, ela deve ser estruturada de forma que os usuários não se sintam intimidados e que conheçam o modo de funcionamento do local. Dessa forma, recomenda-se que as UBS contemplem:

[...] recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes (BRASIL, 2017).

A partir dessa visão de que recursos estruturais melhoram o atendimento e como consequência a qualidade da assistência, o Ministério da Saúde lançou o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família, onde consta que a estrutura física da UBS seja uma facilitadora da mudança das práticas em saúde. O Manual é guiado pelos princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2002, que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008).

Segundo Brasil (2008), a estrutura física mínima deve conter: sala de recepção/arquivos de prontuários; sala de espera, administração, gerência e para ACS; sala de reuniões e educação em saúde; almoxarifado; consultório com sanitário; consultório; sala de vacina, curativo/procedimento, e de nebulização; farmácia (sala de armazenamento de medicamentos); equipamento odontológico; área de compressor; sanitário para usuário, deficientes físicos e funcionários; copa/cozinha; depósito de materiais de limpeza; sala de recepção de lavagem e descontaminação; sala de esterilização; abrigo de resíduos sólidos; e depósito de lixo.

A estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde do usuário. Devem dispor de um ambiente que atenda a alguns princípios norteadores de uma boa assistência, dentre eles está a acessibilidade, equidade, integralidade, universalidade além de segurança, conforto e ambiência adequada. Para tanto é necessária ampliação dos investimentos em saúde para a construção de estruturas que sejam adaptadas às necessidades reais da comunidade além da formação profissional e modernização do sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2008; PAREDES et al., 2017).

Outrossim, a estrutura das UBS deve contemplar o acesso e a acessibilidade da população que necessita de atendimento diferenciado. Frente à ampliação e à qualidade do acesso na assistência em saúde, uma das preocupações do PMAQ incide na inserção das pessoas com deficiência (PcD). No caso das UBS, muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas as PcD, muitas vezes em decorrência da utilização de edificações impróprias adaptadas.

A maior parte dos ambientes, construídos ou não, apontam barreiras visíveis e invisíveis. Quando visíveis, os impedimentos materiais, são entendidos como a ausência de acessibilidade dos espaços. Quando invisíveis constitui a forma como as pessoas são vistas pela sociedade, na maior parte das vezes interpretado pelas suas deficiências e não pelas suas potencialidades. Para suprimir esses desajustes, foi elaborada a Normas Técnica (NBR) 9050 que visa permitir à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de forma autônoma e segura do ambiente, imóveis, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos (NASCIMENTO, 2012; ABNT, 2004).

Dessa maneira, promover a locomoção do portador de deficiência física da categoria de excluído para incluso socialmente é intuito do PMAQ, reafirmando a cidadania perdida daqueles que não vivenciam o significado integral de acessibilidade.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo e Período de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico. Esta pesquisa utilizou-se dos dados fornecidos pelo PMAQ-AB do MS, que tem como destaque seu amplo alcance, em caráter nacional, de avaliação do desempenho dos serviços da APS. Especificamente, fez-se um recorte dos dados recolhidos para o 3º Ciclo da Avaliação Externa que ocorreu durante os anos de 2017 e 2018, com publicação dos dados em junho de 2019.

### 4.2 População do Estudo

Aderiram ao PMAQ-AB um total de 5.324 municípios, valor equivalente a 95,6% dos municípios, aumento correspondente a 24,4% e 4,5% em relação à adesão ao primeiro e segundo ciclo, respectivamente. Para este estudo foi considerado o total de 30.346 UBS que aderiram ao PMAQ e que foram analisadas.

### 4.3 Local do Estudo

O Brasil é a referência para este estudo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país possui uma extensão territorial de 8.510.820,623 km<sup>2</sup>, com 5.570 municípios, população estimada (2019) em 210.147.125 pessoas, densidade demográfica (2010) de 22,43 hab/km<sup>2</sup> e Produto Interno Bruto (PIB) per capita (2016) de 30.548,40 reais. A divisão político-administrativa atual é decorrente da década de 70 e agrupa as Unidades da Federação (UF) em macrorregiões, sendo estas: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e Região Centro-Oeste. Esta divisão de caráter científico e forma sintética visa contemplar a diversidade cultural, econômica, natural, social e política de cada território nacional.

A região Norte (em verde, Figura 1) é composta pelo: Acre, Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia, Tocantins e Amapá, possuindo a maior extensão territorial dentre todas as regiões do Brasil, com área de 3.851.281,39 km<sup>2</sup> (IBGE, 2018). O Nordeste (em amarelo, Figura 1), região constituído pelo: Maranhão, Ceará, Piauí, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, apresenta média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,659, mais baixo dentre todas as regiões brasileiras (IBGE, 2010). O Sudeste (em rosa, Figura 1) é a região mais populosa, com 88.371.433 pessoas, segundo estimativa de 2019, sendo composto por: Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito

Santo (IBGE). A região Sul é constituída pelos estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (em lilás, Figura 1), e possui a maior média do IDH com 0,756, seguido do Sudeste com 0,753, de acordo com senso de 2010. O Centro-Oeste (em marrom, Figura 1) é a região menos populosa, com 13.281.806 pessoas, conforme estimativa de 2019 (IBGE), tendo como integrantes os seguintes estados: Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, onde se localiza a capital do Brasil, Brasília-DF.

Na imagem a seguir (Figura 1) visualiza-se o mapa do Brasil com a demonstração em cores diferentes da divisão político-administrativa do país.

**Figura 1-** Divisão Político-Administrativa do Brasil



**Fonte:** IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Cartografia.

#### 4.4 Instrumento de Coleta de Dados do PMAQ

Os dados utilizados correspondem da Avaliação Externa que compõe a segunda fase do 3º Ciclo do PMAQ-AB. Esta segunda etapa compreendida como certificação, considera padrões gerais, essenciais e estratégicos como parâmetros de acesso e qualidade (BRASIL, 2017a).

A coleta de dados do PMAQ decorreu entre a parceria do MS e Instituições de Ensino e/ou Pesquisa, coordenado de forma tripartite (MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), tendo adesão de 5.324 (95,6%) municípios, através da verificação de evidências por um entrevistador “in loco” de um conjunto de padrões previamente selecionados. Após o processo de avaliação externa, as equipes foram classificadas, conforme o art. 6º, § 1º, da Portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, da seguinte forma: desempenho ótimo; desempenho muito bom; desempenho bom; desempenho regular; desempenho ruim (BRASIL, 2017b e c).

Os dados foram retirados da página online: Portal da Secretária de Atenção Primária à Saúde do MS, no escopo “Ações, Programas e Estratégia” – PMAQ, 3º Ciclo, pasta “Microdados da Avaliação Externa”. As variáveis correspondem ao Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, no qual o entrevistador no momento da aplicação do instrumento deve ser acompanhado por um profissional da unidade (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem ou gerente da Unidade Básica de Saúde) que conheça a estrutura, materiais, equipamentos, insumos, a fim de verificá-los na UBS.

#### 4.5 Extração dos Dados

As variáveis foram extraídas do PMAQ - 3º ciclo (Anexo 1) no período de outubro de 2019, e condizem com o espaço organizacional e estrutura física, estando incluso aspectos referentes ao acesso e acessibilidade (BRASIL, 2017a).

Após a obtenção dos arquivos com os microdados, fornecidos e estruturados em matrizes de dados (planilhas) no software Microsoft Excel, realizou-se a depuração do banco e foram selecionadas as variáveis que seriam utilizadas neste estudo, tendo um total de 13 variáveis que foram reorganizadas para possibilitar análises mais apuradas. Posterior, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão para análise dos dados (Anexo 1 Variáveis).

##### Critérios de Inclusão:

- a) Foram incluídas todas as UBS do Brasil que aderiram ao PMAQ e que continham algumas seleções de categorias dos componentes: Organizacional e de Infraestrutura.

##### Critérios de Exclusão:

- a) Unidades Básicas de Saúde do Brasil que não aderiram ao PMAQ;
- b) UBS com horário de funcionamento inferior a 4 horas por dia;

- c) Unidades com resultados “não responderam ao questionário”, mas que aderiram a avaliação;
- d) Perguntas que não se aplicavam ao contexto da unidade;
- e) Unidades com ausência (em branco) de resultados nas variáveis;
- f) Unidades com 3 ou mais consultórios com sanitário anexo, visto sua incompatibilidade com o modelo proposto pelo MS para uma UBS.

#### 4.6 Análise dos Dados

Consequente, as análises dos dados das UBS foram categorizadas por regiões brasileiras e realizou-se por meio de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, através do software IBM SPSS Statistics, versão 20, para serem apresentados em forma de tabelas.

#### 4.7 Aspectos Éticos

Por se tratar de dados secundários, é dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomenda o parágrafo único do artigo 1º da Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Componente Organizacional

#### 5.1.1 Horário de Funcionamento

No que concerne à organização dos serviços, das 28.939 unidades de saúde que foram analisadas segundo adesão ao PMAQ e critérios adotados, 24.416 possuem horário fixo de funcionamento, correspondendo a 84,4%. As UBS do Nordeste foram as que mais indicaram horário fixo de funcionamento com 87,2%. De forma contrária, as unidades do Norte revelaram os horários mais mutáveis com 28% das UBS sem horário fixo.

**Tabela 1 - UBS com horário de funcionamento fixo. Brasil, 2019.**

| HORÁRIO FIXO                               |       | Norte |       | Nordeste |       | Centro-Oeste |       | Sudeste |       | Sul  |       | Brasil |       |
|--|-------|-------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
|  |       | Nº    | %     | Nº       | %     | Nº           | %     | Nº      | %     | Nº   | %     | Nº     | %     |
| Possui horário<br>fixo de<br>funcionamento | SIM   | 1624  | 72,0  | 10511    | 87,2  | 1766         | 82,3  | 6943    | 83,3  | 3572 | 85,9  | 24416  | 84,4  |
|  | NÃO   | 631   | 28,0  | 1537     | 12,8  | 379          | 17,7  | 1388    | 16,7  | 588  | 14,1  | 4523   | 15,6  |
|  | Total | 2255  | 100,0 | 12048    | 100,0 | 2145         | 100,0 | 8331    | 100,0 | 4160 | 100,0 | 28939  | 100,0 |

Fonte: PMAQ-AB, 2019.

Dentre as unidades analisadas em âmbito nacional, houve o predomínio de funcionamento de segunda a sexta, em dois turnos e pouca oferta de serviços em horários alternativos, incluindo os finais de semana.

Foram analisados os horários conforme os dias da semana, de segunda a sexta, em que as UBS iniciam a oferta de serviços e encerram os mesmos, estando incluso nesta análise as unidades que funcionam por mais de quatro horas diária e conforme outros critérios adotados indicados na metodologia desta pesquisa. Desta forma, no Brasil, 59,6% das unidades iniciam suas atividades nos horários entre 6 horas (h) à 7h da manhã. Este mesmo horário foi verificado como predominante nas UBS da região Norte (média dos 5 dias (m) de 67,9%), Centro-Oeste (m 86,64%) e Sudeste (m 81,4%) de segunda a sexta. A região Nordeste apresentou horário de início dos serviços equivalente as regiões citadas apenas nos dias quinta e sexta-feira, porém, com maior frequência no intervalo entre 7h30 minutos (min) à 8h30min em três dias da semana (segunda, terça e quarta-feira). As unidades do Sul tiveram seus maiores percentuais para horários entre 7h30min à 8h30min nos 5 dias da semana.

No que tange o horário de fechamento das UBS de segunda a sexta, constatou-se que houve prevalência de UBS de todas as regiões com horário de encerramento das atividades entre 16h à 17h. Na análise das médias dos 5 dias da semana, a maior média percentual para UBS que ofertavam serviços no horário entre 22h a 23h mostrou-se na região Sul com 1,3%,

seguido da região Norte com 1,08%, tendo média absoluta em caráter nacional de 181 unidades funcionando neste horário.

Destaca-se que em todas as regiões do Brasil, dos 30.346 estabelecimentos de Atenção Básica avaliados, contabilizou-se apenas 450 unidades funcionando aos sábados e 196 aos domingos. A análise do horário de funcionamento aos domingos possibilitou identificar que 47,4%, ou seja, quase a metade das unidades que disponibilizam ações e serviços neste dia da semana encerra sua atividade no horário entre 22h à 23h, no entanto, esse percentual corresponde a 93 UBS atuantes.

**Tabela 2 - UBS com atividades no horário do almoço. Brasil, 2019.**

| HORÁRIO DE ALMOÇO                                 |       | Norte |       | Nordeste |       | Centro-Oeste |       | Sudeste |       | Sul  |       | Brasil |       |
|---|-------|-------|-------|----------|-------|--------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|-------|
|   |       | Nº    | %     | Nº       | %     | Nº           | %     | Nº      | %     | Nº   | %     | Nº     | %     |
| Mantém suas<br>atividades no horário<br>do almoço | SIM   | 975   | 43,2  | 4614     | 38,3  | 519          | 24,2  | 6057    | 72,7  | 1227 | 29,5  | 13392  | 46,3  |
|   | NÃO   | 1280  | 56,8  | 7434     | 61,7  | 1626         | 75,8  | 2274    | 27,3  | 2933 | 70,5  | 15547  | 53,7  |
|   | Total | 2255  | 100,0 | 12048    | 100,0 | 2145         | 100,0 | 8331    | 100,0 | 4160 | 100,0 | 28939  | 100,0 |

**Fonte:** PMAQ-AB, 2019.

Dos 28.939 estabelecimentos de saúde, apenas 13.392 (46,3%) mantêm todas as suas atividades no horário do almoço. Os serviços de atenção primária da região Sudeste indicou o maior número de unidades funcionantes nesse horário (72,7%), seguida da região Norte (43,2%). As unidades que menos mantiveram suas atividades nesse horário encontram-se nas regiões Centro-Oeste, Sul e Nordeste, com apenas 24,2%, 29,5% e 38,3% atuantes, respectivamente.

## 5.2 Componente Infraestrutura

### 5.2.1 Informações disponíveis para os usuários

No que se refere as informações disponíveis para os usuários sobre os escopos das ações dos serviços de saúde em nível nacional, os resultados mostraram-se favoráveis. Constata-se que 86,9% das Unidades Básicas de Saúde apresentam as ações e serviços da equipe(s), 81,4% disponibilizam nome e horário (escala) de trabalho dos profissionais, 80,2% ofertam o telefone das ouvidorias (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde), assim como 76,5% identificam os profissionais por meio de jaleco, crachá ou uniformes.

**Tabela 3 - Informações disponíveis aos usuários nas UBS. Brasil, 2019**

| Informações aos Usuários             |     | Norte |      | Nordeste |      | Centro-Oeste |      | Sudeste |      | Sul  |      | Brasil |      |
|--------------------------------------|-----|-------|------|----------|------|--------------|------|---------|------|------|------|--------|------|
|                                      |     | Nº    | %    | Nº       | %    | Nº           | %    | Nº      | %    | Nº   | %    | Nº     | %    |
| Listagem de ações/oferta de serviços | SIM | 1808  | 80,2 | 11032    | 91,6 | 1765         | 82,3 | 7161    | 86,0 | 3386 | 81,4 | 25152  | 86,9 |
|                                      | NÃO | 447   | 19,8 | 1016     | 8,4  | 380          | 17,7 | 1170    | 14,0 | 774  | 18,6 | 3787   | 13,1 |
| Escala dos profissionais             | SIM | 1431  | 63,5 | 9804     | 81,4 | 1668         | 77,8 | 7183    | 86,2 | 3460 | 83,2 | 23546  | 81,4 |
|                                      | NÃO | 824   | 36,5 | 2244     | 18,6 | 477          | 22,2 | 1148    | 13,8 | 700  | 16,8 | 5393   | 18,6 |
| Telefone da ouvidoria                | SIM | 1258  | 55,8 | 10121    | 84,0 | 1579         | 73,6 | 6970    | 83,7 | 3283 | 78,9 | 23211  | 80,2 |
|                                      | NÃO | 997   | 44,2 | 1927     | 16,0 | 566          | 26,4 | 1361    | 16,3 | 877  | 21,1 | 5728   | 19,8 |
| Identificação dos profissionais      | SIM | 1225  | 54,3 | 9330     | 77,4 | 1477         | 68,9 | 6638    | 79,7 | 3470 | 83,4 | 22140  | 76,5 |
|                                      | NÃO | 1030  | 45,7 | 2718     | 22,6 | 668          | 31,1 | 1693    | 20,3 | 690  | 16,6 | 6799   | 23,5 |
| Nenhuma das anteriores               | SIM | 149   | 6,6  | 165      | 1,4  | 82           | 3,8  | 99      | 1,2  | 73   | 1,8  | 568    | 2,0  |
|                                      | NÃO | 2106  | 93,4 | 11883    | 98,6 | 2063         | 96,2 | 8232    | 98,8 | 4087 | 98,2 | 28371  | 98,0 |

Fonte: PMAQ-AB, 2019.

Os ambientes de serviços da Atenção Primária na região Norte apresentaram o pior desempenho para informações disponíveis aos usuários em comparação as outras regiões, com os valores mais baixos em todas as variáveis analisadas, tendo menor percentual para identificação de todos os profissionais com 54,3%. A região Nordeste apresentou as unidades de saúde com melhores desempenhos para listagem de ações/ofertas de serviços da equipe (91,6%) e telefone da ouvidoria (84%). As escalas dos profissionais foram mais disponibilizadas nas unidades da região Sudeste e a identificação dos profissionais nas UBS do Sul.

### 5.2.2 Sinalização

Os resultados referentes à sinalização demonstram que o tipo, ao qual, houve maior adesão pelos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária do Brasil, foi à placa na faixa da que se encontra adequada com as especificações do guia de sinalização, presente em 73,4% das unidades. Já o tipo de sinalização menos encontrado em âmbito nacional foi a faixa na parede da entrada da unidade de saúde (19,1%). Não apresentaram nenhum tipo de sinalização 2.315 (8%) unidades.

Com relação ao tipo de sinalização por regiões, a pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde foi predominante na região Norte (36,5%), a faixa na parede da entrada das unidades esteve mais frequente na região Centro-Oeste (30,6%) e a sinalização por placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização e totem externo conforme recomendações do MS nas UBS da região Nordeste com 78,8% e 47,1%,

respectivamente. As regiões Sul e Sudeste apresentaram maior frequência para sinalização com placa na fachada adequada com as especificações do Guia de sinalização (71,9% e 71,2%).

**Tabela 4 - Tipo de sinalização externa das UBS. Brasil, 2019.**

| Sinalização  |     | Norte |      | Nordeste |      | Centro-Oeste |      | Sudeste |      | Sul  |      | Brasil |      |
|--|-----|-------|------|----------|------|--------------|------|---------|------|------|------|--------|------|
|  |     | Nº    | %    | Nº       | %    | Nº           | %    | Nº      | %    | Nº   | %    | Nº     | %    |
| Totem externo conforme recomendação do MS                              | SIM | 330   | 14,6 | 5675     | 47,1 | 759          | 35,4 | 3027    | 36,3 | 1655 | 39,8 | 11446  | 39,6 |
|  | NÃO | 1925  | 85,4 | 6373     | 52,9 | 1386         | 64,6 | 5304    | 63,7 | 2505 | 60,2 | 17493  | 60,4 |
| Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização | SIM | 1268  | 56,2 | 9489     | 78,8 | 1549         | 72,2 | 5934    | 71,2 | 2993 | 71,9 | 21233  | 73,4 |
|  | NÃO | 987   | 43,8 | 2559     | 21,2 | 596          | 27,8 | 2397    | 28,8 | 1167 | 28,1 | 7706   | 26,6 |
| Faixa na parede da entrada da unidade de saúde                         | SIM | 450   | 20,0 | 2224     | 18,5 | 656          | 30,6 | 1307    | 15,7 | 888  | 21,3 | 5525   | 19,1 |
|  | NÃO | 1805  | 80,0 | 9824     | 81,5 | 1489         | 69,4 | 7024    | 84,3 | 3272 | 78,7 | 23414  | 80,9 |
| Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde     | SIM | 822   | 36,5 | 3079     | 25,6 | 778          | 36,3 | 1185    | 14,2 | 857  | 20,6 | 6721   | 23,2 |
|  | NÃO | 1433  | 63,5 | 8969     | 74,4 | 1367         | 63,7 | 7146    | 85,8 | 3303 | 79,4 | 22218  | 76,8 |
| Nenhuma das anteriores   | SIM | 263   | 11,7 | 535      | 4,4  | 170          | 7,9  | 935     | 11,2 | 412  | 9,9  | 2315   | 8,0  |
|  | NÃO | 1992  | 88,3 | 11513    | 95,6 | 1975         | 92,1 | 7396    | 88,8 | 3748 | 90,1 | 26624  | 92,0 |

Fonte: PMAQ-AB, 2019.

### 5.2.3 Acessibilidade

A avaliação de acessibilidade nas dependências da unidade em âmbito nacional proporcionou resultados diversos, com percentuais relativamente bons para todos os ambientes com sinalização facilitando o acesso (87,1%), entrada externa adaptada para cadeira de rodas (77,3%) e cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento dos usuários (76,2%). Os percentuais mais baixos foram para corrimão nos locais não nivelados (19,6%) e piso tátil para acesso as dependências da unidade (24,1%), tendo valores parciais - todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas (63,1%) e todos os corredores adaptados para cadeira de rodas (64,5%). No total, 611 (2,1%) UBS não apresentaram nenhum das opções para acessibilidade.

Dentre todas, as UBS da Região Norte do Brasil demonstraram os piores indicadores referentes à acessibilidade, com uma única exceção - piso tátil para acesso as dependências da unidade, com menores percentuais de presença nas unidades nas regiões Sudeste e Sul (20,4% e 21,4%), respectivamente. Nas UBS do Norte, estiveram pouco presentes: corrimão nos locais não nivelados (8,6%), todos os corredores adaptados para cadeira de rodas (50,3%) e todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas (51,4%).

Tabela 5 - Componentes de acessibilidade nas dependências das UBS. Brasil, 2019.

| Acessibilidade  |     | Norte |      | Nordeste |      | Centro-Oeste |      | Sudeste |      | Sul  |      | Brasil |      |
|---|-----|-------|------|----------|------|--------------|------|---------|------|------|------|--------|------|
|   |     | Nº    | %    | Nº       | %    | Nº           | %    | Nº      | %    | Nº   | %    | Nº     | %    |
| Entrada externa adaptada para cadeira de rodas                  | SIM | 1545  | 68,5 | 9239     | 76,7 | 1711         | 79,8 | 6491    | 77,9 | 3383 | 81,3 | 22369  | 77,3 |
|   | NÃO | 710   | 31,5 | 2809     | 23,3 | 434          | 20,2 | 1840    | 22,1 | 777  | 18,7 | 6570   | 22,7 |
| Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas)                | SIM | 193   | 8,6  | 1991     | 16,5 | 312          | 14,5 | 1945    | 23,3 | 1241 | 29,8 | 5682   | 19,6 |
|   | NÃO | 2062  | 91,4 | 10057    | 83,5 | 1833         | 85,5 | 6386    | 76,7 | 2919 | 70,2 | 23257  | 80,4 |
| Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas        | SIM | 1160  | 51,4 | 7051     | 58,5 | 1480         | 69,0 | 5398    | 64,8 | 3163 | 76,0 | 18252  | 63,1 |
|   | NÃO | 1095  | 48,6 | 4997     | 41,5 | 665          | 31,0 | 2933    | 35,2 | 997  | 24,0 | 10687  | 36,9 |
| Piso tátil para acesso as dependências da unidade               | SIM | 547   | 24,3 | 3240     | 26,9 | 599          | 27,9 | 1700    | 20,4 | 891  | 21,4 | 6977   | 24,1 |
|   | NÃO | 1708  | 75,7 | 8808     | 73,1 | 1546         | 72,1 | 6631    | 79,6 | 3269 | 78,6 | 21962  | 75,9 |
| Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas             | SIM | 1134  | 50,3 | 7185     | 59,6 | 1550         | 72,3 | 5569    | 66,8 | 3233 | 77,7 | 18671  | 64,5 |
|   | NÃO | 1121  | 49,7 | 4863     | 40,4 | 595          | 27,7 | 2762    | 33,2 | 927  | 22,3 | 10268  | 35,5 |
| Cadeira de rodas disponível e em condição de uso                | SIM | 1313  | 58,2 | 8645     | 71,8 | 1609         | 75,0 | 6840    | 82,1 | 3656 | 87,9 | 22063  | 76,2 |
|   | NÃO | 942   | 41,8 | 3403     | 28,2 | 536          | 25,0 | 1491    | 17,9 | 504  | 12,1 | 6876   | 23,8 |
| Todos os ambientes com sinalização (placa) facilitando o acesso | SIM | 1825  | 80,9 | 10567    | 87,7 | 1787         | 83,3 | 7288    | 87,5 | 3728 | 89,6 | 25195  | 87,1 |
|   | NÃO | 430   | 19,1 | 1481     | 12,3 | 358          | 16,7 | 1043    | 12,5 | 432  | 10,4 | 3744   | 12,9 |
| Nenhuma das anteriores  | SIM | 115   | 5,1  | 262      | 2,2  | 49           | 2,3  | 138     | 1,7  | 47   | 1,1  | 611    | 2,1  |
|   | NÃO | 2140  | 94,9 | 11786    | 97,8 | 2096         | 97,7 | 8193    | 98,3 | 4113 | 98,9 | 28328  | 97,9 |

Fonte: PMAQ-AB, 2019.

Na Tabela 6 – Disponibilidade de sanitário com acessibilidade nas dependências das UBS verificou-se que a região Sul possui maior índice de sanitário para PcD foi de 68,2%, em comparação às demais regiões. O rol com a pior cotação entre os territórios ficou com a região Norte apresentando 42,7% sanitário com acessibilidade.

Tabela 6 - Disponibilidade de sanitário com acessibilidade nas dependências das UBS. Brasil, 2019.

| Acessibilidade      |     | Norte |      | Nordeste |      | Centro-Oeste |      | Sudeste |      | Sul  |      | Brasil |      |
|---------------------|-----|-------|------|----------|------|--------------|------|---------|------|------|------|--------|------|
|                     |     | Nº    | %    | Nº       | %    | Nº           | %    | Nº      | %    | Nº   | %    | Nº     | %    |
| Sanitário para PcD* | SIM | 963   | 42,7 | 5248     | 43,6 | 1252         | 58,4 | 4570    | 54,9 | 2838 | 68,2 | 14871  | 51,4 |
|                     | NÃO | 1292  | 57,3 | 6800     | 56,4 | 893          | 41,6 | 3761    | 45,1 | 1322 | 31,8 | 14068  | 48,6 |

Fonte: PMAQ-AB, 2019. PcD\* Pessoa com Deficiência.

#### 5.2.4 Condições de Funcionamento da Unidade

Quanto ao funcionamento das unidades avaliaram-se ao todo 30.346 UBS do Brasil, destas, 3.071 (10,6%) disponibilizam serviços em local provisório, 1.888 (6,5%) estão em reforma e 1.322 (4,6%) estão em ampliação, ou seja, 6.281 (21,7%) apresentam estrutura com padrão divergente ao estabelecido para uma UBS, conforme orientação do Ministério da Saúde.

**Tabela 7 - Condições de funcionamento das UBS. Brasil, 2019.**

| Condições de Funcionamento |     | Norte |      | Nordeste |      | Centro-Oeste |      | Sudeste |      | Sul  |      | Brasil |      |
|----------------------------|-----|-------|------|----------|------|--------------|------|---------|------|------|------|--------|------|
|                            |     | Nº    | %    | Nº       | %    | Nº           | %    | Nº      | %    | Nº   | %    | Nº     | %    |
| Em local provisório?       | SIM | 264   | 11,7 | 1426     | 11,8 | 230          | 10,7 | 855     | 10,3 | 296  | 7,1  | 3071   | 10,6 |
|                            | NÃO | 1991  | 88,3 | 10622    | 88,2 | 1915         | 89,3 | 7476    | 89,7 | 3864 | 92,9 | 25868  | 89,4 |
| Está em reforma?           | SIM | 212   | 9,4  | 769      | 6,4  | 142          | 6,6  | 523     | 6,3  | 242  | 5,8  | 1888   | 6,5  |
|                            | NÃO | 2043  | 90,6 | 11279    | 93,6 | 2003         | 93,4 | 7808    | 93,7 | 3918 | 94,2 | 27051  | 93,5 |
| Está em ampliação?         | SIM | 159   | 7,1  | 582      | 4,8  | 88           | 4,1  | 306     | 3,7  | 187  | 4,5  | 1322   | 4,6  |
|                            | NÃO | 2096  | 92,9 | 11466    | 95,2 | 2057         | 95,9 | 8025    | 96,3 | 3973 | 95,5 | 27617  | 95,4 |

**Fonte:** PMAQ-AB, 2019.

As unidades da região Nordeste apresentaram maior percentual em local provisório com 11,8%, seguida da região Norte com 11,7%. Em contrapartida, na região Sul mostraram-se os menores percentuais para atuação em local provisório (7,1%) e unidades em reforma (5,8%). Já as UBS da região Norte expuseram os maiores valores para reforma (9,4%) e ampliação (7,1%), tendo as regiões Sudeste e Centro-Oeste os menores percentuais de estabelecimentos de saúde em ampliação com 3,7% e 4,1%, respectivamente.

## 6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa que decorre dos dados fornecidos pelo PMAQ-AB, um dos maiores programas de avaliação do desempenho da APS do Brasil, estimou e discutiu o acesso e acessibilidade da população aos serviços primários. Oliveira e Pereira (2013) consideram acesso e acessibilidade conceitos distintos. O acesso consiste em permitir que as pessoas usem ou procurem a ESF ou unidade, enquanto que a acessibilidade considera os aspectos sócio organizacionais do funcionamento dos serviços como fator interferente na relação com o usuário como: tempo de espera, forma de comunicação, dificuldade em conseguir atendimento, entre outros.

A maioria das UBS a nível nacional ofertam serviços em dois turnos, com funcionamento predominante nos intervalos de início das atividades entre 6h à 08h30min e de encerramento entre 16h à 17h, ressaltando que há o baixo quantitativo de unidades que atuam em horários alternativos, como nos finais de semana e no horário do almoço. Através dos resultados foi possível reconhecer que o acesso da população relacionado ao horário de funcionamento, aponta para problemáticas de acordo com o público abrangido pelos serviços.

Neste contexto, compreendendo o papel central da APS como principal porta de entrada do SUS e ordenadora do cuidado, destaca-se a importância do acesso da população a este nível de atenção. Entretanto, pesquisas indicam (POÇAS, FREITAS, DUARTE, 2017; PESSOA, GOUVEIA, CORREIA, 2017) que o acesso às unidades de saúde não ocorre de maneira tão fácil e que o público mais prejudicado com a predominante forma organizacional (horário de funcionamento) adotada pelas UBS do Brasil, são os trabalhadores que atuam em horário convencional, por coincidirem com os horários de ações e serviços disponibilizados pelas unidades de saúde.

Isto posto, dados do IBGE estimaram as horas trabalhadas por semana em 2015 dos trabalhadores brasileiros, indicando que 46,3% atuam entre 40h à 44h, 21,2% entre 15h à 39h, 12,8% entre 45h à 48h, 13,6% entre 49h ou mais e apenas 6,2% em menos de 14h. Estes dados comparados aos resultados das análises desta pesquisa sobre o horário de funcionamento das UBS do Brasil possibilitam afirmar que os trabalhadores se encontram em situação desfavorável para o acesso aos serviços da AB.

Outros estudos trouxeram como resultados que as características estruturais da UBS impactam no número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), e suas taxas representam indicadores de acesso e qualidade da APS. O indicador CSAP faz referência aos problemas de saúde atendidos por ações típicas da APS cuja evolução, na falta

de atenção oportuna e efetiva pode agravar-se e exigir a hospitalização, como pneumonias bacterianas, complicações da diabete e da hipertensão, asma, entre outros (NEDEL; FACCHINI; MARTIN et al., 2010).

Dentre as doenças encontradas na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis (LBICS) destaca-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabete Mellitus (DM), doenças que representam um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. A HAS é um importante fator de risco para o desencadeamento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, também é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e 50% dos casos de insuficiência renal terminal quando em combinação com o Diabetes (SESPR, 2018).

No contexto geral, nas situações em que a AB não é resolutive, à demanda por internações hospitalares aumenta, sobrecarregando o sistema e criando despesas evitáveis devido às internações por CSAP. Com isso, a pesquisa trouxe como resultado baixas coberturas em horários alternativos, que é considerada fator obstante para a população trabalhadora ter acesso aos serviços de saúde, sendo almejado, que os horários de atendimentos das UBS sejam expandidos (ARAUJO et al., 2017).

É importante ressaltar, segundo Pessoa, Gouveia e Correia (2017), além das horas de trabalho outra dificuldade de acesso para os trabalhadores é o tempo de deslocamento tendo em vista os problemas de mobilidade nas cidades. Este estudo que inicialmente realizou uma revisão da literatura sobre as diversas estratégias existentes para ampliação do acesso, indicou como solução a extensão das atividades para um horário noturno ou aos finais de semana. Tal modelo trata-se não apenas da expansão do horário de funcionamento, como por exemplo até às 19h, mas sim, do acréscimo da atuação da equipe multiprofissional em um terceiro turno, que, assim como nos horários diurnos possam manter vínculos com a população e efetivar o princípio da longitudinalidade, contrapondo-se ao criticado modelo que transfere à APS serviços cabíveis a outros níveis de atenção e efetivando o caráter preventivo do SUS.

A atuação em horário noturno, ou seja, entre 18h à 23h, conforme apontado pelo estudo de O'Donnell et al. (2015), como o intervalo com maior busca pelos serviços no horário estendido, demonstra a necessidade das atividades da APS se adequarem a população trabalhadora buscando reduzir as iniquidades em saúde e garantir o princípio da universalidade do acesso, visto o reconhecimento de suas condições desfavoráveis.

Outro fator relevante é o modelo de saúde biomédico que se encontra enraizado em nossa sociedade. Apesar do SUS pautar-se em princípios sanitários, caracterizado pela integralidade, com foco nas especificidades das pessoas, famílias e comunidades, ainda é um

grande desafio a construção social de um modelo de saúde de caráter preventivo, onde a pessoa não busca o serviço na condição de doente, mas sim para prevenir a doença (MATTA, MOROSINI, 2009; MORAES, 2012).

Tratando-se da questão do trabalhador, é comum a busca dos serviços apenas na presença da doença, em decorrência de sinais e sintomas. Neste cenário, a situação perpassa tanto da construção social advinda do modelo de saúde com foco na doença que esteve presente na história da saúde no Brasil, quanto da precarização do trabalho, em que o fato de procurar os serviços de saúde sem a doença, ou até mesmo na sua presença, pode indicar um trabalhador pouco produtivo, construção arraigada do capitalismo (MORAES, 2012; SILVA, CAVIGNAC, 2018; MAGRO, COUTINHO, MORÉ. 2016).

É importante destacar que a violência também se apresenta como um fator influente para o tempo de oferta de ações e serviços diários nas UBS, assim como para atuação fora do ambiente das unidades (visitas domiciliares), visto que a periculosidade gera insegurança popular e principalmente aos profissionais de saúde, causando o afastamento dos mesmos antes do horário previsto diário devido determinadas horas serem consideradas mais perigosas, e restringindo a atuação apenas para usuários que frequentam a unidade de saúde, reconhecendo essa adequação aos serviços uma forma de resguardo à própria vida (SANTOS, SILVA, BRANCO, 2017; POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013).

Desta forma, a preponderância da violência que afeta o tempo e forma de atuação dos profissionais de saúde, acaba por reduzir o acesso da população aos serviços, sendo principalmente encontradas em regiões periféricas, áreas consideradas vulneráveis à violência, onde há pouca atuação do poder público e de suas políticas, os piores indicadores de saneamento, de condições de moradia, baixa renda, infraestrutura precária, reduzidos níveis de escolaridade, dentre outros direitos básicos ausentes que tornam a população periférica vulnerável em suas diversas particularidades e evidenciam a necessidade de visualização e atuação do poder público para essa população (SANTOS, SILVA, BRANCO, 2017; POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013).

Pesquisas realizadas com os dados do 1º ciclo do PMAQ coletado em 2012 apontaram que 87,1% das UBS funcionavam em, pelo menos, dois turnos nos cinco dias da semana. Os dados do 3º ciclo analisados nesta pesquisa, demonstram que a média da soma das porcentagens de UBS que abrem entre 6h à 08h30minh representa 99,26%, esta mesma análise, mas para o horário de encerramento, indicou que 89,36% funcionam até o horário entre 16h à 18h30min. Estes dados revelam que ao longo dos ciclos do PMAQ-AB houve um

singelo incremento positivo quanto ao horário de funcionamento, o que infere maior possibilidade de acesso aos serviços da APS pela população (ARAÚJO et al., 2017).

Com relação ao horário de funcionamento das unidades durante o almoço, fazendo uma análise comparativa com um estudo do PMAQ que ocorreu durante seu primeiro ciclo, pode-se constatar um diagnóstico razoavelmente positivo, pois no ano de 2012 a cobertura era de 38,2%, e no terceiro ciclo, o número dessas unidades cresceu para 46,3%. Isso demonstra que embora houvesse pouca diferença na evolução, o PMAQ instigou o aumento do acesso aos serviços de saúde, levando os Estabelecimentos de Saúde a aumentar a disponibilidade de horários de funcionamento das unidades (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Observaram-se no estudo, indicadores relevantes apresentando baixas coberturas potenciais no país com poucas unidades funcionantes aos finais de semana, pois, de um total 30.346 UBS analisadas e os posteriores critérios de exclusão, somente 450 atuam aos sábados e 196 aos domingos. De acordo com a pesquisa de O'Malley (2012), a oferta de serviços aos finais de semana demonstrou-se preferível para os usuários ao invés dos horários noturnos, uma vez que a ampliação do acesso aos usuários impedidos de comparecer ao serviço em horário comercial, poderia ter esse horário alternativo e beneficiar, em especial, o atendimento à população masculina que com frequência se refere à incompatibilidade de horários como o fator determinante para a não procura por serviços de saúde nessas unidades.

No que concerne ao horário de funcionamento, a PNAB orienta que as unidades atuem por pelo menos 40 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano. Os horários alternativos dependem das pactuações das instâncias de participação social, dando-se ênfase ao trecho *“desde que atendam expressamente a necessidade da população”*, ressaltando que os serviços devem ser direcionados conforme demanda popular, além da organização dos mesmos ter como base as diretrizes do SUS *“os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado”* (BRASIL, 2017).

Neste contexto, as maiorias das UBS do Brasil atuam de acordo com o horário mínimo estabelecido pela política, no entanto, não atendem expressamente as demandas populares, como no caso da situação dos trabalhadores que atuam em horário convencional. Reconhecendo que qualquer modalidade adotada para solucionar esta problemática deve considerar os princípios e diretrizes do SUS no âmbito da APS, de modo que se preserve o caráter preventivo, intransigível a esse nível de atenção.

Quanto às informações disponíveis aos usuários, estas apresentaram resultados positivos em âmbito nacional, indicando apenas 2% das unidades sem disponibilizar nenhuma informação. Entretanto, as UBS da região Norte demonstram os piores indicadores, dentre os quais, destaca-se: pouca disponibilidade do telefone das ouvidorias, não identificação dos profissionais e escala dos profissionais com nome e horário indisponível.

Ressalta-se que o direito à informação é protegido pela Lei nº 12.527 de 18 de Novembro de 2011, que no Artigo 3º, em suas diretrizes, discorre sobre a “*divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações*” e do “*desenvolvimento do controle social da administração pública*”, o que torna evidente aos estabelecimentos em saúde do SUS, o dever de disponibilizar os números de telefone das ouvidorias municipais, estaduais e/ou federais, além das escala dos profissionais, permitindo que os usuários possam atuar de forma ativa, buscando a garantia e defesa dos seus direitos, sendo também assegurada pela Lei 13.460 de 26 de Junho de 2017 que dispõem sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços público (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Quanto às informações disponíveis aos usuários, segundo a PNAB (2017), deve estar em local visível e próximo à entrada da unidade a identificação e horário de atendimento, a relação de serviços disponíveis, o detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe, dentre outras informações que foram positivas, conforme aponta os resultados desta pesquisa.

A ausência de informações aos usuários os torna passíveis às diversas situações e intercorrências negativas vivenciadas nos serviços de saúde, bem como os priva de opinarem sobre aspectos positivos visando sua perpetuação nos serviços. Já os aspectos relacionados às escalas dos profissionais, possibilitam aos usuários terem conhecimento sobre quais destes deveriam estar atuando, favorecendo o controle social sobre os serviços disponibilizados. Ademais, a identificação dos profissionais nos serviços, facilita e orienta os usuários a quem recorrer para solicitar ajuda ou tirar dúvidas, o que proporciona maior capacidade de resolutividade dentro da própria unidade, uma das diretrizes do SUS.

Mais um resultado de infraestrutura relevante é a presença de sinalização externa. Com base em pesquisas anteriores, esse foi o quesito que melhor obteve resultados satisfatórios, pois estudos realizados durante o primeiro ciclo do PMAQ no ano de 2012, onde a sinalização externa adequada em âmbito nacional era presente em apenas 16.410 equipes (25,4%) (POÇAS, FREITAS, DUARTE, 2017). E conforme apresentado nos resultados atuais, a placa na faixa adequada com as especificações do guia de sinalização foi a mais frequente em todas as regiões do Brasil com 21.233 unidades (73,4%).

Esse tipo de sinalização (placa) preconizada pelo MS, apresenta 4 módulos que a compõem, sendo este: i) Marca do SUS e marca da Rede; ii) Nome da unidade; iii) Atendimento 24h (opcional); iv) Bloco de assinatura oficiais. Tais módulos permitem identificar o nome da unidade e a secretaria (estadual ou municipal) administradora; se a mesma foi construída e equipada com recursos Municipais, Estaduais e/ou do Governo Federal; se fornecem serviços 24h; além da logomarca das Redes que orientam quais serviços estão disponíveis (BRASIL, 2013).

O acesso é uma condição que intercede na relação entre a procura e a entrada no serviço, sendo as características da oferta capazes de facilitar ou obstruir a utilização de serviços de saúde por potenciais usuários. Segundo Brasil (2012, p.2), as Marcas (logomarcas) do SUS devem ser aplicadas “*em todas as peças, ações, sinalizações e todas as demais aplicações referentes às redes do SUS*”. No entanto, apesar dos avanços, a análise apontou que 8% das unidades não apresentam nenhum tipo de sinalização, representando um desafio a ser superado.

No que tange a acessibilidade, os resultados demonstram-se insatisfatórios, visto que ainda é grande a necessidade de avanços para o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e PcD. Dentre os piores indicadores, destaca-se que o sanitário para PcD esteve pouco presente nas UBS do Brasil, tendo percentual mais baixo nos serviços de saúde da região Norte com apenas 42,7%, e o melhor percentual identificado nas unidades do Sul com 68,2%. Outras variáveis que chamam atenção pela sua baixa prevalência é a ausência de corrimão em local não nivelado (19,6%) e o piso tátil para acesso às dependências da unidade (24,1%), representando um risco para a população que depende dessa estrutura e o cerceamento de sua autonomia e acesso, visto a incapacidade de deslocar-se sozinho sem risco.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004), para que um espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento, seja considerado acessível, este deve ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, o que inclui pessoas com mobilidade reduzida. Destaca-se também que as condições de acesso pela PcD, está diretamente relacionada à acessibilidade, que pode ser compreendida como a possibilidade e condição de uso com segurança e autonomia, permitindo alcance, percepção e entendimento para utilização.

É importante enfatizar que apenas 64,5% das UBS do Brasil apresentam todos os corredores adaptados para cadeiras de rodas, o que implica dizer que pouco mais da metade das unidades de saúde brasileiras analisadas permitem que uma pessoa que usa cadeira de rodas possa se deslocar livremente dentro deste ambiente. Esta realidade é considerada grave,

pois fere o direito de ir e vir expresso na Constituição Federal que dispõem sobre o “*direito de se locomover livremente nas ruas, nas praças, nos lugares públicos, sem temor de serem privados de locomoção*”, além de ser contrário ao estabelecido pela Lei nº 10.048, de 8 novembro de 2000, que em seu artigo 4º ressalta: “*sanitários públicos, [...] edifícios de uso público, terão normas de construção, para efeito de licenciamento [...] baixadas pela autoridade competente, destinada a facilitar o acesso e uso desses locais pelas pessoas portadoras de deficiência*”(BRASIL, [2016]; BRASIL, 2000).

Dessa maneira, no que se refere à acessibilidade nas unidades de saúde para deficientes físicos, idosos e demais usuários, a entrada externa, portas internas e corredores devem ser adaptada para cadeira de rodas, bem como existirem corrimão nos locais não nivelados, piso tátil, cadeira de rodas disponível e em condição de uso, e todos os ambientes com sinalização (placa) facilitando o acesso. As UBS, por estarem localizadas dentro das comunidades e prestarem serviços para os usuários com diversas necessidades, desde recém-nascidos, PcD e idosos, devem estar comprometidas com as peculiaridades de cada público, sendo ressaltado que o cenário apresentado pela pesquisa atual contraria as leis e normas afetando diretamente a acessibilidade da população aos serviços de saúde.

No panorama geral de pesquisa, 10,6% das UBS funcionam em local provisório, tendo as regiões Nordeste e Norte os maiores percentuais para esse tipo de atuação. A utilização de imóveis com características domiciliares para os serviços de saúde demonstram a pouca valorização que se tem para os aspectos estruturais dos estabelecimentos de saúde da APS. É importante que a concepção arquitetônica das UBS se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local e que o acesso seja facilitado, para isso sua estrutura deve ser implantada segundo preconiza o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2008) em conformidade com a PNAB (2017).

Outro fator que interfere na acessibilidade diz respeito ao uso de imóveis adaptados para os serviços de saúde que podem não ter o número suficiente de compartimentos para a divisão adequada da distribuição dos atendimentos, tornando alguns serviços indisponíveis. Para que exista uma prática assistencial com a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas abrangendo áreas físicas e instalações, materiais, equipamentos, número adequado de profissionais com preparo específico e, que interajam com o cliente e sua família, na perspectiva da criação de vínculo construído pela afetividade e respeito à autonomia dos usuários (MODES; GAÍVA, 2013).

Um estudo sobre acessibilidade com dados do primeiro ciclo do PMAQ, apontou que em 97% das UBS de Pernambuco não existia banheiros adaptados, 98% não apresentava

corrimão e apenas 69% tinham condições de acomodar uma cadeira de rodas em sala de espera (ALBUQUERQUE et al., 2014). Outra pesquisa realizada em 7 estados brasileiros abrangendo regiões do Nordeste e Sul no ano de 2005, indicaram que 59,8% das UBS não eram adequadas para o acesso de idosos e PcD, 72,8% não dispunham de corrimão nas rampas e 77,4% dos banheiros existiam portas que não garantiam o acesso de pessoa em cadeira de rodas (SIQUEIRA et al., 2009). Estudos que em comparação aos resultados dessa pesquisa, possibilitam concluir que à acessibilidade, ao longo dos anos, não apresentou avanços significativos nos serviços primários.

Nas unidades de saúde da AB do país, a conquista pela acessibilidade deve ser alvo de desejo dos gestores e da comunidade, pois segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, os estados e os municípios devem garantir o princípio da integralidade. E a inacessibilidade das pessoas impacta diretamente na proposição de integralidade do SUS como componente fundamental de cuidado em saúde, ferindo esse princípio e dificultando a assistência (RIBEIRO et al., 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa representam um alerta quanto à situação da estrutura das UBS, principalmente tratando-se de regiões com baixos indicadores de acesso e acessibilidade. Dados do Departamento de Saúde da Família apontam que em Setembro de 2019, a cobertura pela Atenção Básica foi de 74,63% no Brasil, e dentre todas as regiões o Sudeste (68,16%) teve menor cobertura seguido da região Centro-Oeste (70,99%), Norte (71,1%), Sul (79,23%) e Nordeste (84,37%) com a melhor cobertura (MS, SAPS, DESF, 2019).

Com relação à saúde suplementar, compreendida como as atividades que envolvem planos e seguros de saúde, a região Norte apresentou menor cobertura nessa área (1.729.041 beneficiários). Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), em comparação com as demais regiões, os valores são de 3.173.138 habitantes para o Centro Oeste, 6.579.932 para o Nordeste, 6.928.219 para o Sul, e 28.658.032 de habitantes no Sudeste (SIB/ANS/MS, 2019).

Tais dados tornam-se relevante, pois, de todas as regiões do Brasil analisadas, as UBS do Norte foram as que mais apresentaram fragilidades nos critérios analisados nesta pesquisa, tendo a terceira menor cobertura da APS do país e também a menor cobertura nacional na modalidade saúde suplementar, o que infere na dificuldade de alcance da população residente nessa região aos serviços de saúde e menor qualidade nos critérios referentes ao de acesso e acessibilidade.

## 7 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

No que tange aos limites do estudo, foi considerado apenas o componente estrutura da Tríade Donabediana, não sendo avaliados as outras fases - processo de trabalho e os resultados - que compõem este modelo. No entanto, foi possível relacionar este componente as outras fases, por meio da explanação dos impactos de uma estrutura incipiente para os serviços de APS.

Destaca-se que outro desafio foi referente à busca por estudos quantitativos de acessibilidade em âmbito nacional para efeito de comparação com os resultados dessa pesquisa, sendo apenas possível comparações a nível estadual, tendo apenas um estudo envolvendo duas regiões, porém, nem todos os estados componentes destas regiões participaram deste estudo.

No âmbito dos horários de funcionamento, a análise não permitiu com exatidão estabelecer o horário de funcionamento diário, sendo somente possível identificar em que turnos as UBS funcionavam. Isto decorreu da dificuldade em mesclar essa análise com a das UBS que atuam ou não em horário do almoço, tornando-se inviável dimensionar ao certo as horas diárias de ações e serviços.

Quanto ao benefício, podemos citar a produção de conhecimento e uma nova pesquisa na área da APS que irá fomentar na caracterização do acesso e acessibilidade da estrutura das Unidades Básicas, estratificadas de acordo com adesão ao PMAQ por regiões do Brasil, para tomada de decisões dos gestores de saúde.

Esta pesquisa também contribui com a identificação de quais públicos poderiam ser beneficiados com mudanças referentes aos horários de funcionamento, além de apontar possíveis soluções para tais problemáticas, com exceção da questão da população periférica que exige um estudo mais abrangente e específico para uma possível solução de um problema de causas multifatoriais.

Ademais, foi ressaltado que acessibilidade carece de melhoras implicando em uma enfática necessidade de mudança do quadro apresentado nas UBS do país, visto que, mesmo com leis e normas que amparam as PcD e mobilidade reduzida, ainda se faz presente a violação de seus direitos, as condicionando a inacessibilidade, aos riscos cotidianos e principalmente ao quadro de invisibilidade frente as suas demandas.

## 8 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram identificar e analisar os componentes organizacionais e de infraestrutura das unidades básicas de saúde do Brasil. Houve disparidade nos achados encontrados em âmbito nacional, demonstrando as diferenças regionais quanto ao acesso e acessibilidade, o que ressalta a necessidade de avanços. Na avaliação geral, o componente organizacional da estrutura aponta conformidade com o preconizado. Já no componente infraestrutura, a acessibilidade indicou percentuais que demandam avanços, fator que interfere diretamente no acesso do usuário ao serviço público de saúde.

Demonstra-se favorável os resultados para horário de funcionamento, visto que a maioria das UBS do Brasil está em consonância ao estabelecido pela política, funcionando em dois turnos e durante os cinco dias da semana. Todavia, esta pesquisa apontou a pouca oferta em horários alternativos e sinalizou sobre a necessidade de adequar o horário de funcionamento. A região Centro-Oeste apresentou a menor atuação aos finais de semana e horário de almoço. Já as unidades do Sudeste e Nordeste indicaram os melhores desempenhos para essas mesmas categorias, revelando a importância de avaliar as demandas das diversas populações abrangidas pelos serviços públicos para facilitar o acesso.

De forma positiva nacionalmente destacou-se as informações disponíveis aos usuários, sendo insuficientes os percentuais revelados nas UBS da região Norte. Referente à sinalização externa, os achados apontaram maior adesão pelas unidades ao tipo de sinalização preconizada pelo MS – placa na faixa adequada com as especificações do guia de sinalização, todavia, é pouco satisfatória a presença do totem externo que também é orientado pela mesma instância.

Quanto à acessibilidade em caráter nacional, os achados apontaram resultados positivos no terceiro ciclo do PMAQ com apenas 2,1% das Unidades Básicas de Saúde não apresentando nenhuma opção para acessibilidade, entretanto, ainda existe a necessidade de superar desafios, como para corrimão em locais não nivelados e piso tátil para acesso as dependências da unidade.

No contexto regional, os estabelecimentos de saúde da região Norte demonstraram fragilidades para a acessibilidade em praticamente todos os quesitos analisados, contudo, são os que mais se encontram em reforma e ampliação. Relacionado ao funcionamento das UBS em estabelecimentos provisórios, indicou-se um quantitativo relativamente baixo de unidades

mantendo essa modalidade de atuação que tem relação estreita com a privação de alguns serviços devido à infraestrutura inadequada.

Frente ao exposto, é relevante rever novos métodos de monitoramento local, de forma a aprimorar e direcionar os serviços para a melhoria do acesso e a acessibilidade da população, ressaltando a importância da estrutura, pois a inadequação desta pode influenciar o processo de trabalho e a qualidade na atenção básica. Para a prática gerencial, a realização de avaliação da estrutura é um instrumento importante devendo ser estimulada, aplicada e discutida. Logo, estes aspectos poderão fomentar o desempenho e o impacto nas ações da atenção básica na saúde da população. Portanto, almeja-se que esta pesquisa possa contribuir de forma significativa para o empoderamento de decisões nos diferentes níveis da gestão.

## 9 RECOMENDAÇÕES

O estudo possibilitou identificar com profundidade as realidades em um determinado período, expondo suas características e seus padrões de distribuição. Assim, foi possível identificar nesta análise muitos avanços referentes a estrutura das UBS, mas também a perpetuação de problemáticas antigas, apontadas como desafios para o acesso e acessibilidade da população. Portanto, podem-se sugerir algumas estratégias a partir da análise de nossos resultados, como:

- a) Promover a permanência de programas que fomentam a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de AB;
- b) Fortalecer a proximidade entre gestores municipais, estaduais e federais com as organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência, visando a aceleração do processo de mudança do quadro no País referente a acessibilidade nos serviços de saúde primários;
- c) Incentivar atuação dos profissionais de saúde direcionadas ao empoderamento dos usuários, para que os mesmos possam ser atuantes no controle social, através do contato com as ouvidorias de saúde e da participação em mecanismos institucionais como os conselhos e conferências de saúde;
- d) Sensibilizar os gestores sobre a importância da estrutura adequada das UBS para garantia do acesso e da qualidade da assistência;
- e) Incentivar a realização de estudos que fomentem a importância da estrutura adequada para o processo de trabalho e para o funcionamento dos serviços de saúde;
- f) Sensibilizar os conselhos profissionais sobre a importância da fiscalização das condições de trabalho dos profissionais nas UBSs.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.S.V; LYRA, T.M.; FARIAS, S.F. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, nº. Especial, p.182-194, 2014.
- ALBUQUERQUE, M.V; VIANA, A.L.A.; LIMA, D.L. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4): 1055-1064, 2017.
- AMARAL, F.L.J.S.; MOTTA, M.H.A.; SILVA, L.P.G.; ALVES, S.B. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2991-3001, 2012.
- ARAÚJO, W. R. M., QUEIROZ, R. C. S., ROCHA, T. A. H., SILVA, N. C., THUMÉ, E., TOMASI, E., et al. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Rev. Saúde Pública**; p. 51-75, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007033.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007033.pdf)> Acesso em: 20 de out. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004.
- BELLO, F. M. A.; CARVALHO, E. F.; FARIAS, S. F. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 706-719, Out-Dez, 2014.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; FUSARO, E. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GAGNO, J.; et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, vol.33, n.8, e 00037316, 2015.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm)>. Acessado em 02 out. 2019.
- BRASIL. Lei Nº 10.048, de 8 de Novembro de 2000. **Lex**: Legislação Informatizada. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, nov. 2000. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10048-8-novembro-2000-376937-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 02 out de 2019.
- BRASIL. Portaria 1.645, de 02 de outubro de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 2015. p.668.
- BRASIL. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2016. p. 36.
- BRASIL. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. **Lex**: Legislação Informatizada. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: <

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12527-18-novembro-2011-611802-norma-pl.html>>. Acesso em: 02 out de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 / GM, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 22 de set. 2017 a. Seção 1, p.68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. **Lex: Legislação Informatizada**. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 26 jun. 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13460-26-junho-2017-785098-publicacaooriginal-153203-pl.html>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Sinalização das unidades e serviços do Sistema Único De Saúde – SUS**. 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/guiasinalizacao.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Identidade Visual**. 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_rede\\_basica.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_rede_basica.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família**. 2º ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Saúde da Família (DESF). Cobertura da Atenção Básica. Set. 2019. Mensal. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Cobertura planos de saúde por regiões. Setembro, 2019. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet\\_br.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def)> Acesso em: 02 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada. **RDC Nº 50**. 21 fev. 2002.

BRASIL. Ministério Da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Brasília, 2017 (a).

BRASIL. Ministério Da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília, 2017 (b).

BRASIL. Ministério Da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Cronograma do 3º Ciclo**. Brasília, 2017 (c). Disponível em: <<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/03/4.%20c%20-%20App%20PMAQ%203%C2%BA%20Ciclo%20-%20CIT%20abril%202017.pdf>>

CASTRO, H. C. O et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9), p. 1772-1784, 2012.

CHAVES, S. E. Macropolitical and micropolitical movements in the undergraduate teaching on nursing. **Interface**, São Paulo (Botucatu), 18(49):325-36, 2014.

CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. **A Atenção Primária Primária à Saúde**. In: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. (org.). Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária. Curitiba: CRV, 2017.

CUNHA, A.B.O.; SILVA, L.M.V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4), p.725-737, 2010.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, 1988; 260:1743-8.

FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F.; BAPTISTA, R.S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Acta Paul Enfermagem**, 21(1):112-6, 2008.

FERRAZ, M.S.F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Divisão político-administrativa. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio/divisao-politica.html>>. Acessado em: 16 de out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Trabalho. 2012. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho>>. Acessado em: 16 de out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Características gerais da população, religião, e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2010.

JANSSEN, M.; FONSECA, S.C.; ALEXANDRE, G.C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, 2016.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MAGRO, M.L.P.; COUTINHO, M.C.; MORÉ, C.L.O.O. Relações de poder na atenção à saúde do trabalhador formal: o caso da indústria de abate e processamento de carnes. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, 41: e4, 2016.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.G.V. **Atenção à Saúde**. In: Pereira, I.B., LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro, 2.ed. revista e ampliada, 2008. Disponível em: <[www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html#topo](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html#topo)>.

MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M. Structure of children's basic health units: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 12 (2): 471-81, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3624>>. Acessado em: 02 de out. 2019.

MORAES, G.V.O. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva). Fundação Oswaldo Cruz. p. 15 -23, 2012.

MOREIRA, K.S.; LIMA, C.A.; VIEIRA, M.A.; COSTA, S.M. Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, (22)2: e51283, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, N 116, p. 11-24, 2018.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R. C.; FONSECA, A. C. F.; AQUINO, A.; MEDINA, M. G.; VILASBOAS, A. L. Q.; et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, 10 (Supl. 1): S69-S81, 2010.

NASCIMENTO, V. F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, ISSN:1982-4785, 2012.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia Serv. Saúde**. 2010, vol.19, n.1, pp.61-75. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>>. Acesso em: 27 de out. 2019.

NEVES, G. R.; DURO, S. M. S.; MUÑIZ, J.; CASTRO, T. R. P.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, vol.34 n°.4, Rio de Janeiro, 2018.

OAPS- Observatório de Análise Política em Saúde. A quem interessa a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)? **Boletim-Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil**. Ano 03, Edição n° 13. 2017.

O'DONNELL, C.A.; FOSTER H.; MACDONALD S. et al. **Out-of-Hours Primary Medical Care: What Can Research Tell Us? Findings From a Rapid Systematic Review and Qualitative Study Address for correspondence**. 2015. Disponível em: <<https://www.rairarubiabooks.com/related-pdf-1-gp-out-of-hours-palliative-care-handover-form.html>>.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enfermagem**. Brasília, 2013. v. 66, n. spe, p. 158-164. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>> Acesso em: 22 out. de 2019.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas de administração**. Universidade Federal de Goiás. Catalão, 2011.

O'MALLEY A.S.; SAMUEL D.; BOND A.M.; CARRIER E. After-hours care and its coordination with primary care in the U.S. **J Gen Intern Med**, 27(11):1406-15, 2012.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão, 1978.

ONU - Organização das Nações Unidas. **A ONU e as pessoas com deficiência**. 2017.

PAREDES, A. de O.; LIMA, L. M.; COSTA, G. R. C.; SOARES, T. E. C.; TEIXEIRA, I. N. **Estruturação da Unidade Básica de Saúde (UBS)**. In: CUNHA, C. L. F; SOUZA, I. L (org.). Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária. Curitiba: CRV, 2017.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, Á. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saúde**, 10(1):058-065, Jan/Mar 2011.

PESSOA, B.H.S.; GOUVEIA, E.A.H.; CORREIA, I.B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. **Rev. Brasileira de Medicina Família e Comunidade**. Rio de Janeiro; 12(39):1-9, 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, 2014. V. 38, N. Especial, P. 358-372.

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

POLARO, S.H.I; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 935-42.

PONTES, A.P.M.; OLIVEIRA, D.C.; CESSO, R.G.D.; GOMES, A.M.T. 2009; O Princípio de Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 13 (3): 500-07, 2009.

RIBEIRO, J. P.; MAMED, S. N.; SOUZA, M. R.; SOUZA, M. M.; ROSSO, C. F. W. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf**, 17(3), jul./set., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>>. Acesso em: 22 de out. 2019.

SANTOS, M.S.; SILVA, J.G.; BRANCO, J.G.O. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. **Rev. Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, 30(2): 229-238, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PARANÁ (SESPR). Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Hipertensão Arterial / SAS**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018.

SILVA, K.B.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.40, p.249-59, 2012.

SILVA, K.C.O.; CAVAINAC, M.D. Desemprego, informalidade e precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. In: VI Seminário Centros, Crises e Mundo do Trabalho no Brasil: desafios para a classe trabalhadora, nº 6, 2018, Ceará. **Anais Eletrônico...Ceará: UFCE**, 2018. Disponível em: <[http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos\\_completos/425-51347-14072018-185256.pdf](http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51347-14072018-185256.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2019.

SIQUEIRA, F.C.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA D.S. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):39-44, 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde, 2002. p.726.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management and Primary Health Care**, 2014. 5(2):202-212.

ROSA, T.. Desafios do Sus: O que esperar para os próximos anos de gestão? Revista Consensus. Edição 14. Ano V, número 14. Janeiro, fevereiro e março de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus> Acesso em: 15 dez de 2019.

VIANA, A. L. D.A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; De NEGRI, A. D F.; MEDINA, M. G.. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1791-1798, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018.

## ANEXO

## 1. Anexo Variáveis

## ESTRUTURA – Módulo I (UBS)

| Código da Variável                                 | Perguntas  | Descrição   |
|--|--|---|
| <b>VARIÁVEIS QUE CORRESPONDEM AO ESPAÇO FÍSICO</b> |  |   |
| I.4.1  | A unidade possui que tipo de sinalização externa?        | Totem externo conforme recomendação do MS<br>Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização (Geral)<br>Faixa na parede da entrada da unidade de saúde<br>Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde<br>Nenhuma das anteriores   |
| I.4.2 - Geral                                      | Nas dependências da unidade, existe:                     | Entrada externa adaptada para cadeira de rodas<br>Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc)<br>Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas<br>Piso tátil para acesso as dependências da unidade<br>Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas<br>Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário<br>Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro) |
| I.4.3  | A(s) equipe(s) disponibiliza(m) na estrutura da unidade: | O horário de funcionamento da unidade de saúde (Geral)<br>A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (Estratégico)<br>A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho (Geral)<br>O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde (Geral)<br>Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco) (Geral)<br>Nenhuma das anteriores   |
| I.4.4  | Há horário fixo de funcionamento da unidade?             | Sim<br>Não  |

| <b>I.5 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde</b>                     |   |   |
|--|---|---|
| I.5.1  | Esta unidade está funcionando em local provisório?                            | Sim   |
|  | Esta unidade está funcionando em local provisório?                            | Não   |
| I.5.2  | A UBS está em reforma?  | Sim   |
|  |   | Não   |
| I.5.3  | A UBS está em ampliação?  | Sim   |
|  |   | Não   |
| <b>I.6 - Características Estruturais e Ambiência da Unidade de Saúde</b> |   |   |
| I.6.1  | Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?                                    | Sanitário para pessoa com deficiência (Geral) |
| <b>VARIÁVEIS QUE CORRESPONDEM AO ESPAÇO ORGANIZACIONAL</b>               |   |   |
| I.4.5  | Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?* | Segunda (Essencial)                           |
|  |   | Em que horário abre (___)                     |
|  |   | Em que horário fecha (___)                    |
|  |   | Terça (Essencial)                             |
|  |   | Em que horário abre (___)                     |
|  |   | Em que horário fecha (___)                    |
|  |   | Quarta (Essencial)                            |
|  |   | Em que horário abre (___)                     |
|  |   | Em que horário fecha (___)                    |
|  |   | Quinta (Essencial)                            |
|  |   | Em que horário abre (___)                     |
|  |   | Em que horário fecha (___)                    |
|  |   | Sexta (Essencial)                             |
|  |   | Em que horário abre (___)                     |
|  |   | Em que horário fecha (___)                    |
|  |   | Sábado  |
|  |   | Em que horário abre (___)                     |
|  |   | Em que horário fecha (___)                    |
| I.4.6 - Estratégico  | Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?   | Sim   |
|  |   | Não   |