

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DO PARÁ

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Eric Campos Alvarenga
Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira
Károl Veiga Cabral
Naiza Nayla Bandeira de Sá
(Organizadores)

Série Saúde & Amazônia

**ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO ESTADO DO PARÁ**

ORGANIZADORES

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Eric Campos Alvarenga

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Károl Veiga Cabral

Naíza Nayla Bandeira de Sá

editora



redeunida

Porto Alegre
2022

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial**Editor-Chefe:** Alcindo Antônio Ferla**Editores Associados:** Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.**Conselho Editorial:****Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Alexandre Ramos de Souza Florêncio** – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua;**Ángel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;**Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália;**Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália;**Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha;**Celia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América;**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;**Erica Rosalba Mallmann Duarte** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;**Hêider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;**Juleimar Soares Coelho de Amorim** - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil;**Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil;**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra;**Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;**Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil;**Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil;**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;**Mariana Bertol Leal** – Ministério da Saúde, Brasil;**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil;**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;**Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;**Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil;**Sueli Terezinha Goi Barrios** – Ministério da Saúde, Brasil;**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil;**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;**Vera Lucia Kodjaoglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil;**Vera Maria Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.**Comissão Executiva Editorial**

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Editora Rede UNIDA

Arte da Capa

Márcio Mariath Belloc

Copyright © 2022

Todos os direitos desta edição estão reservados para a Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (051) 3391-1252

www.redeunida.org.br

FICHA CATALOGRÁFICA



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

C972a Cunha, Carlos Leonardo Figueiredo (org.) et al.

Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará / Organizadores: Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Eric Campos Alvarenga, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, Károl Veiga Cabral e Naíza Nayla Bandeira de Sá; Prefácio de Lígia Giovannella. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. 277p. (Série Saúde & Amazônia, v. 20).
E-Book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-54329-76-1

DOI 10.18310/9788554329761

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pará. 3. Política de Saúde. 4. Serviços Básicos de Saúde.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

CDD 614:918.115

22-30180130

CDU 614 (811.5)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Estado do Pará.
 2. Medicina: Saúde pública (Pará).
-

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo (org.) et al. **Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 20). E-Book (PDF). ISBN 978-85-54329-76-1.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
PREFÁCIO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	12
1. Avaliação da Atenção Básica.....	12
2. Avaliação Externa do Pmaq-AB no Estado do Pará: Notas de Campo	18
3. Regionalização no Estado do Pará	30
2 Objetivos	40
2.1 Objetivo Geral	40
2.2 Objetivos Específicos	40
3 NOTAS METODOLÓGICAS	41
4 RESULTADOS	46
4.1 Capítulo I – Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do estado do Pará	46
4.2 Capítulo II – Perfil dos vínculos empregatícios dos profissionais da Atenção Básica no estado do Pará	52
4.3 Capítulo III – Processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica no estado do Pará	60
4.4 Capítulo IV – Processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica no estado do Pará	73
4.5 Capítulo V – Perfil de atenção à pessoa com hipertensão, diabetes e obesidade no estado do Pará	83
4.6 Capítulo VI – Atenção à pessoa com tuberculose e hanseníase no âmbito da Atenção Básica no estado do Pará	89
4.7 Capítulo VII – Atenção à população rural e indígena e a comunidades tradicionais nas equipes de Atenção Básica no estado do Pará ...	93
4.8 Capítulo VIII – Prevenção e promoção da saúde mental na Atenção Básica no estado do Pará.....	100
4.9 Capítulo IX – Atenção à pessoa com deficiência na Atenção Básica no estado do Pará	110
4.10 Capítulo X – Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica no estado do Pará	117
4.11 Capítulo XI – Ações de promoção da saúde e Programa de Saúde na Escola no estado do Pará	126
4.12 Capítulo XII – Relação da Atenção Básica com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde no Pará	134
4.13 Capítulo XII – Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica no estado do Pará	140
4.14 Capítulo XIV – Participação, Controle Social, satisfação e canal de comunicação com o usuário da Atenção Básica no estado do Pará	157

4.15 Capítulo XV – Satisfação dos usuários com os serviços com os serviços de Atenção Básica do estado do Pará	166
5 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	175
POSFÁCIO	183
TABELAS	189
Capítulo I	190
Capítulo II	194
Capítulo III	198
Capítulo IV	211
Capítulo V	223
Capítulo VI	226
Capítulo VII	228
Capítulo VIII	230
Capítulo IX	232
Capítulo X	233
Capítulo XI	236
Capítulo XII	239
Capítulo XIII	247
Capítulo XIV	257
Capítulo XV	258
SOBRE OS ORGANIZADORES	271
SOBRE OS AUTORES	272

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária é sabidamente o pilar de todo sistema de atenção à saúde que aspira à eficiência e à cobertura universal. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), embora operando com um padrão de financiamento ainda restritivo, garante esse horizonte de trabalho com uma capilaridade, cobertura multidisciplinar e resultados que o tornam referência para muitas outras nações. Seu desenvolvimento depende, dentre tantos fatores, de um trabalho contínuo de diagnóstico da realidade do país, ou mais precisamente *das realidades diversas* do país, e da avaliação da execução de seus programas e ações. Neste ponto, entre outros, o SUS e as Universidades atuam de modo convergente e integrado. A experiência acumulada do trabalho executado no sistema público de saúde gera uma agenda de investigações para pesquisadores e a pesquisa científica realizada no âmbito das instituições acadêmicas torna-se insumo para o aperfeiçoamento das políticas públicas em diferentes contextos.

Este livro consolida contribuições de estudos da Atenção Básica à Saúde no estado do Pará, conduzidos no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por docentes, discentes e técnicos (as) da Universidade Federal do Pará (UFPA), participantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (GEPESCA/UFPA). A realidade investigada é complexa e diversa, como o território e o perfil populacional amazônicos e suas correspondentes demandas por serviços de saúde. O retrato produzido informa sobre as exigências peculiares a que estão expostos os profissionais da saúde, assim como alguns dos obstáculos frequentes ao atendimento de qualidade na região.

A realização da pesquisa está alinhada com as políticas da UFPA de incremento da produção acadêmica e científica e de atenção a problemas que afetam diretamente a vida cotidiana da população amazônica. Interessa-nos centralmente, na UFPA, avançar com a produção de conhecimento em um padrão internacional de excelência, observando a relevância do que produzimos para o desenvolvimento das sociedades locais. Em nome dos organizadores desta obra, Professores (as) Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Eric Campos Alvarenga, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, Karol Veiga Cabral, Helder Henrique Costa Pinheiro e Naíza Nayla Bandeira de Sá, registro, portanto, o agradecimento da instituição a toda a equipe do projeto, deixando uma mensagem de estímulo para que sigam gerando para o SUS um conhecimento que pode alimentar o seu desenvolvimento no estado do Pará e em toda a Amazônia.

Em um país como o Brasil, em que a desigualdade e a pobreza são as marcas mais fortes, trazendo desafios enormes para a promoção da saúde pública, e em um momento como o atual, de escalada de uma cultura negacionista, com impacto direto nas políticas públicas para a área de saúde e consequências dramáticas para a vida de milhões de pessoas, temos mesmo que celebrar o esforço de todas as pessoas, na Academia e no SUS, que se dedicam à construção de um sistema público de atenção à saúde à altura das necessidades da população brasileira. A UFPA se orgulha de participar desse projeto.

Belém, janeiro de 2022.

Emmanuel Zagury Tourinho
Reitor da UFPA

PREFÁCIO

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com seu primeiro ciclo implementado a partir de 2012, constituiu-se em um complexo programa para a melhoria do acesso e da qualidade. Suas diferentes etapas de contratualização, autoavaliação, avaliação externa e desenvolvimento estavam articuladas por um eixo estratégico transversal contínuo com autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional a equipes e gestão, em parceria tripartite para a melhoria da qualidade. Adotou uma complexa metodologia para certificação das equipes que orientou os repasses aos municípios de novos recursos financeiros alocados pelo Ministério da Saúde para a atenção básica, a partir de 2012, contemplando um novo componente do PAB variável denominado de desempenho.

No entanto, é um equívoco identificar o PMAQ-AB como uma modalidade de pagamento por desempenho. Diferente do Previne, com componente desempenho centrado em alguns poucos indicadores, o PMAQ-AB consistiu em um amplo programa de avaliação, monitoramento e intervenção para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica no SUS.

Estudos internacionais mostram que a melhoria da qualidade resulta de um conjunto de intervenções múltiplas, diversificadas e sustentadas ao longo do tempo nas estruturas e processos de atenção, incluindo desde melhorias na infraestrutura, diretrizes clínicas e auditorias até educação permanente, valorização profissional e fortalecimento da ética profissional, sendo pagamentos por desempenho apenas um dos possíveis componentes. Ademais, não se trata aqui de remuneração de profissionais, mas de mecanismos de transferência intergovernamentais para a concretização local do SUS nos municípios.

O caráter estratégico da avaliação proporcionada pelo PMAQ-AB, superava os objetivos restritos de avaliar o desempenho das equipes para estabelecer repasses financeiros. Ao fornecer informações para a tomada de decisão para melhoria da atenção e fomentar o debate acerca da condução da Política de Atenção Básica no país, apresentava potencialidades para gerar mudanças nos processos locais e nacionais.

Neste sentido, o PMAQ-AB integrou um conjunto de políticas com efeitos sinérgicos para melhoria da qualidade, como o Requalifica UBS para incrementar a infraestrutura e o Programa Mais Médicos para provimento de profissionais em áreas remotas e desfavorecidas.

A consecução de um dos componentes do PMAQ-AB, a avaliação externa, promoveu uma forte interação entre as instituições acadêmicas e a gestão do SUS, o que conferiu legitimidade e aumentou a credibilidade dos resultados da avaliação. Mais de 40 universidades realizaram a avaliação externa, visitando e aplicando os instrumentos avaliativos em milhares de UBS em todo o país. A construção de consensos entre gestão e academia, ainda que não isenta de tensões, contribuiu para o fortalecimento da avaliação no SUS, processo infelizmente interrompido desde o golpe de 2016.

Para as instituições de Ensino Superior (IES), esta interação fomentou o debate sobre delineamento e condução de inquéritos nacionais, constitui-se em um campo de pesquisa abrangente, proporcionou experiência na aplicação de inquéritos, uso de dispositivos eletrônicos de coleta e rotinas de validação de dados. E sem dúvida promoveu a ampliação dos grupos de pesquisa vinculados à avaliação da atenção primária à saúde nas universidades em todo o país. A disponibilização pública dos dados coletados, uma recomendação das IES participantes da avaliação externa, vem permitindo análises por grupos de pesquisa com diferentes focos regionais e recortes temáticos como é o caso deste livro. Estas análises contribuem para uma melhor apropriação dos resultados pela gestão e profissionais.

A abrangência da avaliação da atenção básica realizada pelo PMAQ-AB permitiu reconhecer e examinar diversas características da oferta, infraestrutura, prestação e organização das ações nos serviços de atenção básica, principalmente das equipes da Estratégia Saúde da Família, e aspectos da articulação desse nível assistencial com serviços especializados.

O presente livro analisa os resultados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB no estado do Pará, agregando resultados por regiões de saúde e apresentando um amplo panorama da atenção básica no estado com suas potencialidades e desafios.

O livro finaliza com recomendações a gestores e profissionais da atenção básica iluminadas pelos resultados das análises em suas diversas dimensões. As recomendações abarcam as necessárias melhorias em infraestrutura e mudanças nos processos de trabalho das equipes da atenção básica para fortalecer o enfoque territorial, a abordagem coletiva, o vínculo entre equipes e população e a mediação de ações intersetoriais no território. Os autores e autoras destacam com recomendações específicas, a qualificação do cuidado para agravos prioritários avaliados no PMAQ-AB. Apontam a importância da atuação multiprofissional do NASF (tão ameaçado) para o cuidado integral e sugerem ações para o seu fortalecimento e inter-relação com equipe e usuários; salientam o necessário acompanhamento longitudinal das populações rurais, indígenas e comunidades tradicionais. Sinalizam a precariedade

dos vínculos empregatícios que afetam a qualidade da atenção primária em os seus atributos, recomendando a retomada de uma política nacional de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde e sua implementação em nível estadual e municipal e o desenvolvimento de plano de carreira no SUS. Realçam, ainda, uma série de ações para maior responsividade das equipes às diversas necessidades dos usuários com UBS, de portas abertas, mais resolutivas e melhor equipadas e integradas na rede SUS.

Estas recomendações expressam resiliência às graves ameaças e desmantelamento atual das políticas de atenção primária à saúde do governo federal com mercantilização, seletividade e focalização, ênfase no cuidado individual de pronto atendimento, abolição da prioridade para ESF, extinção dos NASF e perda da perspectiva territorial e abordagem comunitária das Estratégia de Saúde da Família. Atributos que se mostraram tão importante para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Nestes tempos de crise sanitária, humanitária, econômica, social sem precedentes, com mais de 620 mil mortes por Covid-19 no Brasil, em grande parte decorrentes da ação de um governo negacionista e neoliberal que promoveu a disseminação do vírus e da discórdia, debruçar-se sobre estes resultados de um trabalho dedicado ao fortalecimento do SUS é um alento.

Este livro “Análise da atenção primária no estado do Pará” organizado por Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Eric Campos Alvarenga, Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, Károl Veiga Cabral, Helder Henrique Costa Pinheiro e Naíza Nayla Bandeira de Sá, integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca) da Universidade Federal do Pará e participação de docentes e discentes desta Universidade é um minucioso trabalho de análise das inúmeras variáveis do PMAQ-AB, cuja leitura, certamente pode informar gestores, gerentes e profissionais de saúde para a melhoria da qualidade e do acesso da atenção básica e a conformação de redes integrais no Sistema Único de Saúde, contribuindo para a concretização do SUS público universal de qualidade e a garantia da Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado.

Rio de Janeiro, fevereiro de 2022

Ligia Giovanella

Pesquisadora sênior do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz
Integrante do comitê coordenador da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco

1 INTRODUÇÃO

1.1 Avaliação da Atenção Básica

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Károl Veiga Cabral

Naíza Nayla Bandeira de Sá

Historicamente, a indução de políticas e programas pelo governo federal para a reorientação do modelo de organização da atenção à saúde é marcada por pressões e esforços no sentido de fortalecer as estratégias de desempenho e qualidade da administração pública (SCATENA *et al.*, 2017). Em que pese que desde a década de 70 é possível observar iniciativas de avaliação em saúde, ainda que neste período muito voltadas para a alocação de repasses financeiros, o tema da avaliação em saúde, embora sejam muitos os esforços adotados para destacar ações de qualidade, ainda carece de institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde aponta a avaliação como um componente essencial para atualização e reorientação dos serviços de saúde, definindo os rumos das políticas públicas, da rede a ser implementada e da oferta de cuidado a ser disponibilizada as populações (BRASIL, 2015a). Ressaltamos, baseados na concepção Donabedian (1988) que é preciso avaliar a eficiência, eficácia, efetividade das estruturas, dos processos e resultados, sem descuidar dos possíveis riscos, das vulnerabilidades, do acesso e da satisfação da população atendida. Assim as ferramentas de avaliação devem incorporar o planejamento e aperfeiçoamento de ações e serviços de saúde.

Desde a década de 90, a Organização Pan-Americana de Saúde (1997) concebe a avaliação como uma estratégia, uma ferramenta e uma oportunidade de discussão, apontando inclusive que a mesma deve ser encarada como uma postura concreta assumida pelas equipes e organizações, pois tem o potencial de auxiliar na implementação de ações adequadas no campo da saúde. Em países emergentes percebe-se um esforço sistemático de melhorar a qualidade da gestão pública, com critérios de qualidade, adotando boas práticas e técnicas atualizadas, com maior eficiência alocativa e menor custo-efetividade (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

O tema do monitoramento e avaliação passou a ser incorporado no âmbito da gestão federal apenas em 1996, com a instituição de mecanismos regulares de transferência para os municípios; à priori, como função principalmente administrativa

de controle dos repasses para a implantação da atenção básica no país (SOUSA, 2018).

A partir da instituição da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, se desenvolveu um conjunto de projetos e ações que culminaram na publicação de uma Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em 2005 (BRASIL, 2005).

Destacaram-se entre as principais ações relacionadas com a agenda de institucionalização da avaliação, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), o investimento em estudos e pesquisas avaliativas, a construção e implantação de ferramentas para a autoavaliação das equipes e o investimento na capacidade técnica das Secretarias de Estado da Saúde em monitoramento e avaliação da atenção básica (SOUSA, 2018).

No campo da avaliação em saúde, Donabedian (1988) propôs um modelo de avaliação da qualidade nos serviços de saúde que compreende três dimensões: estrutura, processo e resultado, podendo ser compreendido como um fundamento teórico de avaliação dos serviços de saúde. Este modelo de avaliação, é mundialmente aceito e divulgado por sua compatibilidade e utilidade, pois engloba a lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

A estrutura pode ser compreendida como características estáveis, incluindo recursos materiais, humanos, estrutura física e organizacional. O processo, diz respeito ao “fazer”, ou seja, a condução e a realização dos cuidados de saúde pelos profissionais. Por sua vez, o resultado são os efeitos e consequências das medidas ou intervenções adotadas, que podem ser identificados utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Nesse sentido, pautando-se no modelo avaliativo proposto por Donabedian e partindo-se da necessidade de aprimoramento do SUS por meio da ampliação do acesso e da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), o governo federal criou, em 19 de julho de 2011, dentro da estratégia “Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade” o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), com o ideal de assemelhar o nível de qualidade em todo o território nacional, o programa foi realizado em três ciclos (FLÔRES *et al.*, 2018). O programa objetivou induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, 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 AB (BRASIL, 2015b).

O Pmaq-AB além de possuir o intuito de influenciar nas formas de gestão e implementar políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB,

também inaugurou um modelo de financiamento diferente do proposto unicamente pela modelagem da equipe como previa da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab). Contribuindo com recursos financeiros para municípios que aderem ao programa e que atingiam melhorias nos padrões de qualidade das diversas modalidades de equipe da AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Cabe destacar que a adoção da agenda do Pmaq em todo o território nacional a partir de 2011, além de avaliar e remunerar, por meio de uma estratégia de valorização financeira o desempenho da Atenção Básica, com coleta de dados realizada em campo, desencadeou de forma inédita uma agenda de pesquisa avaliativa da AB em todo país.

O Ministério da Saúde afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a Pnab, o Pmaq-AB era a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2011, não paginado).

Destaca-se que o programa buscou induzir tais mudanças, provocando importante mobilização dos diversos atores implicados com AB, sendo uma estratégia que pressupôs o fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que possuíssem potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O terceiro ciclo do programa se organizou em três fases (Adesão/Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB que compõem um ciclo (BRASIL, 2015b).

A primeira fase do terceiro ciclo consistiu na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as eABs com os gestores municipais e destes com o Ministério da Saúde, em um processo envolvendo pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Esta etapa também era o momento de sensibilização dos gestores para a importância de realizar ações de avaliação em saúde nos territórios e de orientar para adoção do planejamento como ferramenta de uso contínuo pelas equipes. Além de incentivar a participação da comunidade pela via do controle social, através de suas instâncias formais dos conselhos distritais e municipais de saúde, com o objetivo de envolver a todos no processo de produção do cuidado. A adesão ao terceiro ciclo, foi feita pelo gestor municipal, por meio do preenchimento de um formulário eletrônico, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, também pelo envio do termo de compromisso assinado pelo gestor e por um trabalhador de cada uma das equipes que aderiram ao programa (BRASIL, 2015b).

A segunda fase consistiu na certificação, que foi composta por: a) avaliação externa; b) avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e, c) verificação da realização de momento autoavaliativo. Foram propostos 24 indicadores com objetivo de auxiliar as equipes no planejamento das ações de cuidado em território e acompanhar os principais indicadores de saúde adotados no país (BRASIL, 2017). É importante destacar ainda que a avaliação externa foi realizada com o apoio de instituições de ensino e pesquisa renomadas no país, e que, assim como a certificação foi coordenada de forma tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A terceira fase, recontractualização, foi constituída por um processo de repactuação das eAB e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

O Pmaq previa ainda, um eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, transversal e sistemático a todas as fases de implementação do programa, buscando assegurar ações de promoção da melhoria da qualidade a serem desenvolvidas em todas as etapas do ciclo, em parceria por todos os atores envolvidos, composta por: Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal (BRASIL, 2017).

Durante a avaliação externa, foram avaliadas as condições de acesso e a qualidade dos serviços de saúde nos municípios e nas equipes cadastradas do Programa por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de padrões de qualidade das equipes. Durante a avaliação, foram levantadas questões sobre a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde oferecidos na atenção primária à saúde quanto ao acesso e à utilização (BRASIL, 2017).

Bousquat *et al.* (2017) enfatizam que análises mais aprofundadas dos dados do Pmaq-AB tem a capacidade de difundir seus resultados potencializando seus méritos e credibilidade, bem como identificar pontos que necessitem de aprimoramento nos instrumentos utilizados para a avaliação de serviços de APS no Brasil, mostrando-se um fator indutor para a institucionalização da avaliação nos serviços de saúde.

Neste sentido, o Pmaq-AB exerceu papel fundamental na melhoria da qualidade da atenção básica, no nível local, permitindo maior transparência e consequentemente efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (BRASIL, 2015b).

Estudos realizados em diferentes regiões apontam que após a adesão das equipes ao Pmaq foram encontrados alguns resultados positivos nas práticas na AB

que podem melhorar a qualidade dos serviços, como: melhor organização e registro das informações; planejamento a partir da autoavaliação e a avaliação externa como estratégia de mobilização da gestão e das equipes (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018; SILVA *et al.*, 2021). Assim, torna-se imprescindível conhecer os resultados do Pmaq nas equipes de AB no estado do Pará.

Pesquisas dessa natureza podem contribuir para fomentar a identificação de novos elementos de análise sobre o processo de trabalho das equipes e da gestão, no intuito da melhoria do acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Referências

BERTUSSO, Francielle Regina; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018.

BOUSQUAT, A Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Nasf**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 10 set. 2020.

CAMPELO, Luiz Marques; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 34-49, mar. 2017. Número especial.

DONABEDIAN, Avedis. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, Chicago, v. 25, n. 1, p. 173-192, 1988.

FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **El desafío educativo de las reformas sectoriales**: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Buenos Aires: OPS-OMS, 1997.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, 358-372, 2014. Número especial.

SCATENA, João Henrique Gurtler *et al.* Regionalização da saúde em Mato Grosso: uma experiência de avaliação. *In*: TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de (org.). **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SILVA, Gladston Thalles da *et al.* Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1749-1755, 2021.

SOUSA, Allan Nuno. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 289-301, 2018. Número especial.

1.2 Avaliação Externa do Pmaq-AB no estado do Pará: notas de campo

Eric Campos Alvarenga
Mayara Sabrina Luz Miranda
Adalberto Lírio de Nazaré Lopes
Rosana Nazaré Leão Souza
Liliane Silva do Nascimento

A avaliação externa é a terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB). Ela foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica, em parceria com instituições de ensino de todo o Brasil. À medida que cada município realizava a sua contratualização com o Pmaq, comprometia-se em participar da avaliação externa, não sendo necessária, para isso, uma solicitação formal (BRASIL, 2015).

Nessa fase, as instituições de ensino selecionavam e capacitavam profissionais que atuariam enquanto coletadores¹ de dados junto às equipes de atenção básica contratualizadas. Esses dados foram produzidos por meio de instrumentos que verificavam padrões de acesso e de qualidade dos serviços oferecidos pelas equipes. Um profissional da equipe era escolhido para ser entrevistado pelo grupo de coletadores e, em seguida, eram observados as condições e o processo de trabalho de profissionais da atenção básica alocados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As informações eram então inseridas em módulos eletrônicos por meio de tablets. Juntamente ao profissional da equipe, eram feitas entrevistas com usuários atendidos no serviço avaliado e a verificação de documentos que comprovavam o trabalho da equipe.

O estado do Pará realizou os três ciclos do Pmaq em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA). Os dois primeiros ficaram sob a coordenação da professora Dra. Regina Feio e o terceiro foi coordenado pela professora Dra. Liliane Nascimento. Neste capítulo, serão descritas as experiências de operacionalização por autoras e autores que fizeram parte da equipe responsável pela organização da avaliação externa nos três ciclos no estado.

¹ No terceiro ciclo houve uma grande discussão para o uso do termo “coletadores” em substituição a “avaliadores”, por conta de todo o contexto que o uso deste último produzia tanto nos profissionais que foram a campo visitar as equipes, quanto nos trabalhadores das equipes. Verificou-se que nomeá-los como “avaliadores” criava nestes uma sensação de autoridade que acabava influenciando negativamente em sua relação com as equipes. A fim de amenizar isso, a partir do terceiro ciclo optou-se por coletadores/entrevistadores. Nas descrições do primeiro e segundo ciclos, iremos manter a terminologia “avaliadores”, alterando-a somente para a descrição do terceiro.

1º Ciclo

O primeiro ciclo no estado do Pará começou a ser planejado em fevereiro de 2012, tendo o trabalho de campo iniciado em julho deste ano. Por ser a primeira experiência de avaliação nessa magnitude, o Ministério da Saúde precisava ter um diagnóstico da situação das unidades existentes, por isso, preconizou a realização do censo nas unidades cadastradas no estado, o que totalizou 1.495 unidades em 143² municípios. Destas, apenas 341 unidades de saúde e 367 equipes de atenção básica aderiram de fato ao Pmaq.

Ao realizar o censo, foram encontradas situações em que os avaliadores chegavam à unidade e esta já havia sido desativada, havia mudado de endereço ou estava em reforma. Um exemplo foi o que ocorreu no município de Gurupá: naquela ocasião, 23 unidades possuíam Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e apenas seis estavam funcionando.

A pesquisa avaliativa foi realizada por instituições de ensino superior. No Pará, a avaliação ficou sob responsabilidade da Universidade Federal do Pará (UFPA). A proposta foi a realização em rede científica, por isso havia algumas universidades à frente que gerenciavam outras universidades. A UFPA ficou inserida no consórcio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), juntamente aos estados da Paraíba, São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e parte do Rio Grande do Sul.

A equipe que organizava o trabalho de campo era composta por duas coordenadoras estaduais, uma apoiadora administrativa e cinco bolsistas de iniciação científica dos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina e Psicologia.

A primeira etapa do planejamento ocorreu em fevereiro de 2012, com o processo de seleção dos avaliadores através de um edital de seleção pública. Foram formadas 13 equipes com três avaliadores em cada uma, com a seguinte composição:

- a) 13 supervisores: profissionais da área da saúde com pós-graduação e experiência com pesquisa;
- b) 13 avaliadores nível I: profissionais da área da saúde com diploma de graduação;
- c) 13 avaliadores nível II: profissionais de nível médio ligados à área da saúde ou afins.

Após a seleção dos avaliadores, foi realizada uma oficina no período de junho de 2012 em Belém, com a presença da equipe de trabalho local, equipe de trabalho da UFRGS e os avaliadores. Nesse encontro, foram detalhados os objetivos e a metodologia do Pmaq. Além disso, foram apresentados os instrumentos de avaliação,

² Faltando apenas o município de Mojuí dos Campos, que, na época, recém-constituído como município, não havia sequer realizado a sua primeira eleição municipal.

a abordagem durante as avaliações, a divisão das equipes e a organização do trabalho de campo.

Um ponto importante em relação à seleção dos avaliadores foi a exigência de disponibilidade para viajar por no mínimo quatro meses. Em muitas situações, as equipes precisavam se ausentar da capital por pelo menos duas semanas, devido à distância, aos altos custos das passagens, à disponibilidade de viagens e à necessidade de cumprimento do cronograma proposto.

Nessas situações de afastamento por duas ou mais semanas, sempre havia a preocupação de verificar a disponibilidade dos avaliadores em ficarem ausentes por tanto tempo de Belém. Um fato importante é que não havia distinção no momento de distribuição dos roteiros, assim, os avaliadores já estavam cientes de que poderiam viajar para qualquer região.

Surgiram situações em que algumas pessoas queriam avaliar a região metropolitana para ficar mais perto de casa e isso não foi permitido, pois seria injusto com os demais que estavam viajando para localidades mais distantes.

Antes do início do trabalho de campo, houve a fase de planejamento e confecção dos roteiros para as viagens. Para essa fase, a equipe de trabalho contou com a colaboração do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Pará (Cosems-PA). Os roteiros foram confeccionados por regiões, utilizando como auxílio mapas, Google Maps e, principalmente, informações dos gestores locais para traçar os melhores trajetos.

Após contato com os gestores locais, ficou definido que em alguns municípios as avaliações só seriam realizadas após o período chuvoso, principalmente nos municípios próximos à rodovia Transamazônica, onde a circulação de carros fica comprometida por conta da situação da estrada. Um exemplo foi o que ocorreu nos municípios de Altamira e Brasil Novo.

No primeiro ciclo, ficou acordada, com os municípios que aderiram ao programa, a contrapartida de fornecer o transporte e a hospedagem dentro do município, algo que permaneceu somente até o II ciclo. Então, após a confecção do cronograma, era realizado pela equipe de trabalho um contato inicial para a confirmação do período de avaliação, o envio dos documentos que deveriam ser apresentados e a confirmação da oferta de hospedagem e transporte.

Caso o município não confirmasse o transporte interno e a hospedagem, a coordenação os solicitava à equipe da UFRGS. No início do trabalho de campo, essas situações geraram alguns desconfortos, mas com o avançar do processo esses problemas foram sendo superados.

A contrapartida do transporte e hospedagem não era obrigatória e em cada município a dinâmica ocorria de forma diferente. Em alguns deles, as equipes eram

acomodadas em locais com o mínimo de conforto e em outros com condições bem complicadas.

Quanto aos locais em que as condições eram precárias, os avaliadores reclamavam bastante, e a coordenação tentava realocá-los para um hotel com melhores condições, de acordo com a disponibilidade. As primeiras semanas foram mais complicadas em relação a esse fator, nas demais, quando percebíamos algum entrave, automaticamente já solicitávamos transporte e hospedagem.

Durante o período de campo houve desistências e desligamentos, principalmente porque o perfil dos avaliadores era composto por estudantes e pessoas que estavam sem trabalho fixo e, no decorrer do trabalho, alguns conseguiram emprego. Devido às desistências e por motivos de conflitos entre os avaliadores, houve a necessidade de redistribuí-los em novas equipes.

Os avaliadores de campo recebiam diárias e uma bolsa mensal durante o período de trabalho campo, que inicialmente foi de três meses. As diárias eram solicitadas antes das viagens e precisavam da assinatura do avaliador, bem como o contrato da bolsa. A estadia no município era comprovada com a obtenção de um cupom fiscal do local por dia, sendo preferencialmente de comida ou produtos de higiene pessoal, não podendo ser de bebidas alcóolicas ou cigarro.

Em municípios menores havia a dificuldade na obtenção desses cupons fiscais com Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Isso também ocorria para comprovar a colocação de combustível em embarcações fluviais, o pagamento de condutores de embarcações e balsas e outras situações peculiares no estado.

É importante ressaltar que o principal instrumento de coleta era operacionalizado por meio de um aplicativo instalado em tablets. Esse aplicativo por vezes apresentava problemas técnicos ou o próprio tablet não funcionava, gerando problemas no momento da avaliação. Tivemos casos de perdas de avaliações, sendo preciso retornar ao município para refazer o trabalho. Alguns desses problemas chegaram a ocorrer por falhas nos tablets antes do envio para o sistema do Diretório de Atenção Básica (DAB).

O processo de validação foi realizado pelos cinco bolsistas de iniciação científica. Cada um era acompanhado por uma apoiadora técnica da equipe da UFRGS, e as dificuldades que ocorriam eram repassadas a elas e, se fosse o caso, ao DAB. A fim de facilitar a dinâmica de trabalho, foi realizada a divisão de equipes de trabalho de campo por bolsista. Assim, cada um ficou responsável por validar os dados de aproximadamente duas equipes, já que no meio do trabalho de campo houve desistências e a quantidade de equipes foi reduzida.

O sistema de validação era novo e desconhecido, e a equipe não recebeu treinamento para manuseá-lo. Dessa forma, o aprendizado ocorreu à medida que as

validações eram feitas. Além disso, ocorriam instabilidades no banco de dados no qual os questionários ficavam armazenados e por diversas vezes o trabalho de validação precisou ser interrompido.

O primeiro ciclo foi um grande aprendizado para todos os envolvidos. O Pmaq exigiu um grande aparato financeiro, humano, logístico, técnico e, acima de tudo, responsabilidade da equipe. Tudo era novo para os gestores, para as universidades, principalmente no aspecto de gerenciamento dos recursos nas fundações.

Uma das maiores dificuldades foi relativa ao pagamento das bolsas e diárias de campo. Quem tinha vínculo com a universidade (matrícula) recebia seu pagamento de maneira mais ágil. Quem não possuía esse vínculo acabava recebendo seu pagamento por outro processo, mais oneroso e demorado. Essa experiência nos fez pensar em alternativas para o segundo ciclo, como a criação de um curso de especialização a distância para que os avaliadores tivessem matrícula na universidade e pudessem receber seu pagamento de maneira mais célere.

Sem dúvida nenhuma, o atraso nos pagamentos de bolsas e diárias era a maior queixa da equipe de trabalho. A burocracia para liberação dos pagamentos de diárias e bolsas era enorme. Além da quantidade de pessoas trabalhando simultaneamente nos outros estados pertencentes ao consórcio da UFRGS.

Em síntese, a experiência adquirida na fase de planejamento e execução do primeiro ciclo trouxe aprendizados e melhoria para a execução do trabalho de campo do segundo ciclo do Pmaq. Muitos erros que ocorreram por inexperiência da equipe da coordenação local e da UFRGS serviram para modificar o planejamento e a execução do segundo ciclo.

Planejar e executar um programa como o Pmaq não foi uma tarefa fácil. Trabalhar com algo inédito requer um período de adaptação, principalmente quando se trabalha com equipe com as características geográficas do estado do Pará. O trabalho foi árduo, mas a missão foi cumprida com êxito!

2º Ciclo

A chegada do segundo ciclo do Pmaq, entre os anos de 2013 e 2014, trouxe um aumento nas dimensões do trabalho de campo. Nesse ciclo, o programa conseguiu chegar a 89% dos municípios do estado do Pará, o que corresponde a 128 cidades. Ressalta-se que 795 equipes de atenção básica foram avaliadas, configurando um acréscimo de 46% em relação ao primeiro ciclo.

Nesse ciclo, também houve uma ampliação da avaliação externa incluindo as equipes de saúde da família com saúde bucal. Do número de equipes que participaram do programa (795), 508 eram formadas por equipes com saúde bucal, o

que equivale a 64% do total avaliado. Da mesma forma, esse ciclo incluiu pela primeira vez os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)³, alcançando 39 deles nessa avaliação.

A quantidade de módulos a serem avaliados pelo instrumento do Pmaq também aumentou. Se antes havia somente três: a) Observação na Unidade de Saúde; b) Entrevista com Profissional; c) Entrevista com Usuário, nesse momento temos a adição de mais três. Contabilizando, então, seis no total: Módulo I – Observação na Unidade de Saúde; Módulo II – Entrevista com Profissional; Módulo III – Entrevista com Usuário; Módulo IV – Nasf; Módulo V – Saúde Bucal – Observação da estrutura; Módulo VI – Saúde Bucal – Entrevista com Profissional. Isso fez com que a avaliação ficasse mais demorada.

Assim como no primeiro ciclo, a organização da etapa de campo se iniciou a partir de reuniões com o consórcio da Rede Governo em Porto Alegre no ano de 2013. Nesse momento, definimos que seriam necessários 8 supervisores e 45 avaliadores em nosso estado, a fim de que formássemos 15 equipes de campo.

Para selecionar os profissionais que atuaram como avaliadores e supervisores, abriu-se uma seleção pública por meio de um edital divulgado pelas redes sociais e sites parceiros. Tivemos uma alta procura pelas vagas. Dessa forma, além das 8 vagas para supervisores e 45 para avaliadores, também selecionamos um cadastro de reserva com 4 vagas para supervisor e 26 para avaliador. Esse cadastro foi fundamental para que pudéssemos concluir toda a etapa de avaliação externa, sem que houvesse a necessidade de abrir outra seleção. O processo seletivo foi feito por meio da análise de currículos, algo que posteriormente reconhecemos ter sido insuficiente como única maneira de obter informações que nos auxiliassem na escolha dos participantes.

Realizada a seleção de avaliadores e supervisores, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde (Sespa) e o Cosems-PA, elaboramos um seminário para os selecionados. A programação deste abordava a apresentação da equipe da Sespa e do Cosems-PA, temas básicos sobre o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica e sua configuração no Pará, o Pmaq e seus instrumentos de avaliação. Foi um momento importante para que se estabelecesse um vínculo maior entre a equipe de avaliadores e supervisores e os órgãos de gestão da saúde do estado, além de um primeiro momento de formação.

Nosso plano inicial objetivava que a etapa de avaliações tivesse início no mês de fevereiro de 2014. Contudo, devido a atrasos no repasse das ajudas de custo dos

³ Desde a nova política lançada em 2017, estes estão sendo nomeados como Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

avaliadores, o que se tornou comum no trabalho com o Pmaq, postergamos o começo para a última quinzena de fevereiro.

Para suprir a demanda de avaliar 795 equipes em 128 cidades, nos planejamos para quatro meses de atividades de campo. No dia 30 de maio, conseguimos fechar todo o cronograma que havíamos traçado, cumprindo então 100% dos municípios que aderiram ao Pmaq.

Após a finalização do trabalho de campo, foi o momento de avaliar as pendências. A equipe da coordenação estadual do Pmaq, junto à Sespa e ao Cosems-PA, tratou dessas questões. As maiores pendências de campo ficaram com os módulos que abordavam as equipes de saúde bucal (Módulos V e VI). No mês de julho de 2014, enviamos mais equipes a campo para a solução dessas pendências.

Concomitantemente à etapa de campo, foi realizada uma especialização em Avaliação de Serviços de Saúde, em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Esta serviu como forma de qualificar avaliadores e supervisores ao longo do processo de coleta, além de formar especialistas em avaliação de serviços de saúde. O curso foi constituído por módulos temáticos com metodologias de aprendizado à distância, abarcando textos, vídeos, podcasts e outras atividades com conteúdos ricos em informações, elaborados pela equipe da UNA-SUS. Essa especialização foi dividida em duas ênfases: uma geral em Avaliação de Serviços (com carga horária de 390 horas) e outra em Educação Permanente (com 430 horas de carga horária). Ao final, conseguimos formar 25 especialistas.

Podemos concluir que um diferencial desse ciclo em relação ao primeiro foi a parceria firmada entre a coordenação estadual do Pmaq, a Sespa e o Cosems-PA. Com o suporte destas instituições, foi possível elaborar cronogramas mais factíveis com as realidades de cada região do Pará, além de facilitar a comunicação com as secretarias municipais de saúde e eliminar diversos conflitos e mal-entendidos que foram produzidos no ciclo anterior.

Das 13 regiões de saúde estabelecidas pela Sespa, apenas 6 contaram com todos os seus municípios presentes no programa. Como um todo, ficou perceptível durante esse ciclo que a implantação dos Nasf está incipiente. As regiões de maior destaque na implantação foram a do Araguaia e a Metropolitana I, esta última com os núcleos mais presentes nos municípios de Benevides, Marituba e Ananindeua. Durante o segundo ciclo, não havia ainda Nasf implantado na capital Belém.

Outros aspectos merecem destaque como aprendizados obtidos nesse ciclo. Destacamos que o processo seletivo não pode ser realizado unicamente por análise de currículo e documentos. Outras técnicas precisam fazer parte desta etapa, todas com caráter eliminatório, como dinâmica de grupo, entrevista individual e avaliação psicológica. É preciso evitar que se comece o processo de avaliação externa sem uma

data exata do início da ida às unidades. O edital do processo seletivo deve ser amplamente divulgado, não devendo se restringir somente a sites e redes sociais. E, por último, é necessário encontrar formas de reduzir a quantidade de desistências ao longo do processo, o que possivelmente seria atenuado com um processo seletivo mais bem desenhado e rigoroso.

3º Ciclo

Iniciado o ano de 2016, o terceiro ciclo do Pmaq havia sido pactuado em 2015, mas por diversos motivos ainda não se tinha previsão para a “avaliação externa” nos municípios. A ansiedade e a expectativa eram generalizadas, as informações estavam desencontradas entre gestores locais e municipais. Manuais e documentos instrutivos do Ministério da Saúde norteavam o fluxo e as metodologias a serem seguidas. Especulações em mídias sociais eram continuamente alvos de e-mails enviados à equipe local envolvida.

O atraso de repasse financeiro por parte do MS dificultou etapas e suscitou novas formas de gerenciamento e manutenção da equipe em outros projetos em desenvolvimento na UFPA.

Em maio de 2017, a equipe do Pará se planejava para os novos desafios, preparava e reestruturava, sob a liderança da UFRGS, por período de dois meses, pensando e calculando hipóteses de custeio para a avaliação externa baseada apenas nas experiências verbais dos participantes do primeiro e segundo ciclos do Pmaq.

Ocorreram várias videoconferências com a equipe da UFRGS e duas reuniões presenciais em sede da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília para organizar todo o processo de trabalho da avaliação externa, editais para seleção de coletadores e supervisores de campo. Editais prontos, seguimos na expectativa da liberação dos recursos para a materialização das ideias traçadas.

As coordenações centrais da UFRGS oscilaram de nomes, até que em junho de 2017, em comunicação do reitor às Instituições de Ensino Superior participantes do consórcio, a universidade se retirou da coordenação e execução do campo. O fato deixou as instituições de ensino surpresas com a decisão e numa situação grave e de extrema tensão administrativa para a gestão e execução do 3º ciclo, pois a previsão de início do campo deveria ser agosto de 2017.

Essa fragmentação fez com que o grupo construído no primeiro e segundo ciclos, com as instituições de ensino do consórcio, tomassem decisões de se unir a outras instituições executantes no território nacional ou liderar no estado todo o campo. Após a reunião de urgência com o reitor da UFPA, tendo apresentado a proposta de execução e prazos por parte da equipe local de execução, tivemos total

apoio institucional para integrar a UFPA como instituição de ensino executora, como previsto nos manuais instrutivos do Pmaq-AB.

A equipe da Instituições de Ensino Superior (IES) /UFPA foi composta por um núcleo organizativo de quatro servidores federais em decorrência de redimensionamento de governança e adequação orçamentária: um coordenador geral, dois coordenadores de campo e um apoio administrativo. Como equipe de apoio administrativo local, contamos com a colaboração de residentes em saúde da família e bolsistas de graduação de outros projetos colaboradores.

Assim, em julho de 2017 a UFPA se tornou a instituição executora do Pmaq 3º ciclo, pois já acumulava experiências anteriores que lhe outorgavam a execução, além da equipe idealista que se consolidou desde 2016. Todos os trâmites administrativos e executórios passaram então de única responsabilidade e funcionamento pela UFPA. Além dos prazos, os formatos e as possibilidades institucionais foram traçados dentro das metas propostas e pactuadas com o Ministério da Saúde em prazo extremamente curto, destacando que a UFRGS teve de 2014 a 2017 para finalização do 2º ciclo e preparo para o 3º ciclo.

Na reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), realizada em 2017, ocorreu a pactuação entre UFPA, Sesp e Cosems. Foram pactuados com os municípios o deslocamento das equipes de campo, bem como a formação e o treinamento conjunto dessas equipes.

Para o planejamento conjunto com os municípios na execução do 3º ciclo foram realizadas reuniões presenciais, na sede do Pmaq, localizado no Instituto de Ciências de Saúde da UFPA, e por *Skype* com os gestores municipais, tendo como objetivo valorizar, dialogar, dirimir dúvidas, medos e possíveis angústias do processo de avaliação em saúde, bem como articular e conhecer as peculiaridades de cada local, a localização, o horário de funcionamento, as influências da violência e os tipos de transportes e seus horários. Demonstrando a governança local através da gestão compartilhada, apresentando assim uma forma flexível e comprometida com o diálogo entre coordenação e gestor.

Algo que operacionalmente foi determinante para a avaliação externa no 3º ciclo foi a construção, em parceria com o Cosems, Sesp e municípios, da atualização dos endereços previamente, através do estreitamento de diálogo e do processo de trabalho, desde a elaboração do edital à confirmação do Cnes, Identificador Nacional de Equipes (Ines), contato telefônico, nome e contato do coordenador de atenção básica e secretário de Saúde, e-mail para contatos futuros, uma vez que a contratualização foi feita em 2015 e o campo seria somente em 2018. A base no sistema do DAB estava desatualizada em vários Cnes e Ines.

Nos municípios que não puderam estar presentes, em razão da distância ou de dificuldades com sinal via internet, os contatos foram realizados por telefones sistematicamente, a fim de atualizar o catálogo de endereço dos 130 municípios com as 1.265 unidades de saúde do estado do Pará. Esse incremento no número total de equipes representou um percentil de 78,56% a mais de equipes em comparação ao segundo ciclo do Pmaq.

A atualização dos contatos dos municípios foi um dos trabalhos árduos dos coordenadores de campo, que trabalharam baseados na gestão compartilhada definida pela coordenação geral do Pmaq/UFPA, para a execução das trajetórias vivas construídas para a avaliação externa. Isso foi essencial para o trabalho de campo ser concluído com sucesso em 75 dias. As atividades de coleta de dados da avaliação externa do Pmaq, no estado do Pará, iniciaram no dia 1º de junho de 2018 e finalizaram no dia 8 de agosto de 2018.

A partir do mapeamento situacional, a equipe passou a planejar as trajetórias da pesquisa considerando as informações prestadas pelos gestores. A coordenação denominou as rotas planejadas e os caminhos traçados como trajetórias vivas, por reconhecer o dinamismo e a interação entre os coordenadores do programa, gestão, entrevistadores, supervisores e usuários. Para sua construção foram necessários, além das informações dos gestores, a utilização de mapas, *Google Maps*, georreferenciamento, os contatos com moradores nativos donos de pequenas embarcações, que por vezes eram os únicos responsáveis pelo transporte no município, os sites de empresas privadas responsáveis por transportes fluviais, as informações oficiais da Agência de Regulação e Controle dos Serviços Públicos do Estado do Pará (Arcon), o site do DAB e principalmente o contato com cada município.

Os contatos eram realizados via telefone, via e-mail e via aplicativo de WhatsApp, concomitantemente, a fim de confirmar o recebimento eletrônico e orientar o preenchimento e a solicitação da devolução pelos coordenadores de campo que ficaram na sede de Belém, garantindo assim o respeito pelas especificidades de cada equipe, suas peculiaridades culturais e a segurança dos coletadores e supervisores.

Paralelamente ao planejamento estratégico baseado na gestão compartilhada, realizou-se o processo seletivo para supervisores e coletadores de dados conforme instruções normativas do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Ofertando 32 vagas para coletadores e 6 vagas para supervisores. As inscrições foram realizadas no período de 31 de julho a 21 de agosto de 2017, e se inscreveram 193 candidatos. O processo seletivo foi construído em três etapas: a) homologação da inscrição; b) análise de currículo; e, c) desempenho no treinamento (40 horas

presencial). Todas as etapas eram de caráter eliminatório. O número de vagas foi considerado baseado em cálculo após estudo piloto de aplicação dos módulos por equipe-teste. Considerando que os coletadores estiveram no campo em todos os momentos com seus supervisores, assim, os dados eram validados através do tablet pela senha do supervisor, bem como as dúvidas do trabalho de coletador dirimidas imediatamente no campo.

Ao aceitar o desafio de trazer a coordenação do Pmaq para responsabilidade da UFPA, optou-se em identificar as equipes com traços regionais, dando nomes indígenas às seis equipes formadas: Aruanas, Anambé, Iarumami, Asurini, Apoena e Tembé.

Alguns desafios foram evidenciados, entre eles, os relacionados ao curto tempo de execução e planejamento atendendo às normas institucionais da UFPA, à tramitação fundacional, à dinâmica das relações de trabalho entre supervisores, coletadores e coordenadores de campo frente as dificuldades de conexão de internet e telefone em algumas regiões do estado, às influências climáticas e das marés nos horários de transportes hidroviário e terrestres e à coleta durante o mês de julho, considerado verão amazônico com férias e aumento de custo de deslocamento e alimentação. Além da realização concomitantemente com a Copa do Mundo.

As intercorrências com equipamentos eram prontamente resolvidas com *tablets* de reserva pela coordenação de campo e os módulos já completos, impressos para qualquer eventualidade. As inconsistências, acompanhadas e resolvidas sistematicamente na “página pública” específica de acompanhamento do Pmaq-AB (<https://pmaq3.lais.ufrn.br/ab/>), pela coordenação, foram resolvidas durante a coleta de campo, evitando assim o retorno ao município e potencializando os recursos públicos.

Considerações finais

Realizar a fase externa do Pmaq no Pará foi encarar o segundo maior estado do Brasil em extensão territorial, perdendo apenas para o Amazonas. Foi desbravar literalmente diversas águas ainda desconhecidas para nós, à medida que possuímos uma ampla bacia hidrográfica que faz com que o acesso a vários municípios seja exclusivamente por via fluvial.

Avaliar serviços de saúde é um grande desafio, principalmente quando se fala de um programa que objetiva avaliar a Atenção Básica (AB). O Pmaq sem dúvidas é um programa desafiador para todos os envolvidos, principalmente para gestores e profissionais da saúde.

A implantação do Pmaq gerou inquietação nos gestores, pois estes não estavam acostumados com o processo avaliativo de seus processos de trabalho e com a estrutura de suas unidades. A avaliação foi muitas vezes associada à auditoria e fiscalização. A derrubada desse estigma foi lenta e gradual e acreditamos que só foi amenizada a partir do 2º ciclo de avaliação externa.

É fato que a experiência de avaliar serviço de saúde é feito marcante na vida de qualquer profissional, e as especificidades encontradas nos percursos só contribuem para conhecer os cenários da região e entender a dinâmica da atenção primária em saúde.

Importante dizer que a fase da avaliação externa, em toda sua complexidade, poderia não ter acontecido não fosse pela insistência de manter um diálogo sistemático e antecipado entre gestores municipais e o Pmaq/UFPA.

Para realizar a construção dos caminhos traçados, muitos obstáculos foram superados, principalmente diante de financiamento restrito (no terceiro ciclo), dificuldades de acesso e comunicação, além da diversidade cultural e ambiental encontrada no estado do Pará. A finalização exitosa da fase de campo em todos os ciclos demonstra um importante trabalho em equipe que envolveu centenas de pessoas, entre profissionais de saúde, docentes, discentes e técnicos. Todas essas vivências nos mostraram que cada ciclo é um momento extremamente complexo e ímpar. E apesar de esses ciclos guardarem semelhanças entre si, devem ser compreendidos à luz de seus contextos políticos, históricos e sociais.

Referência

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

1.3 Regionalização no estado do Pará

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira
Viviane Albuquerque Farias
Juliana Sousa de Abreu
Débora Talita Neri

A Regionalização da Saúde consta nos dispositivos legais da saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei 8.080/90, orientando a descentralização das ações e dos serviços de saúde e a organização da rede de serviços (BRASIL, 1990, 2016). A região de saúde é a base do planejamento regional integrado, exercendo um importante papel na gestão compartilhada e solidária do SUS e integrando os municípios em torno de objetivos comuns que garantam o acesso universal e a integralidade das ações e dos serviços do SUS (BRASIL, 2013).

A delimitação de uma região de saúde ultrapassa o conceito de espaço geográfico, mas deve refletir as peculiaridades locais, em toda a complexidade social, cultural e econômica das populações que habitam o território delimitado para a região. O Decreto 7.508/2011 estabelece que é responsabilidade dos entes federativos definir os limites geográficos, a população usuária, o rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011a). O Decreto nº 7.508/11 define a região de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a, não paginado).

A Região de Saúde (RS) é a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e para ser instituída deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Dessa forma, para que o gestor estadual estabeleça uma região de saúde, esta deverá possuir todos os níveis de atenção, serviços de urgência e psicossocial, além da vigilância em saúde. Esse rol mínimo de ações e serviços é importante, uma vez que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) estarão em uma ou mais de uma RS (BRASIL, 2011a).

Mais recente, a resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2018 estabelece a macrorregião de saúde como espaço ampliado para garantir a resolutividade

da RAS. A macrorregião é composta por uma ou mais regiões e seus respectivos municípios, sendo dimensionada a partir de uma rede regionalizada que comporte a capacidade de resolução mais ampla possível na atenção secundária e terciária, em que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada. Na região Norte, para a instituição de uma macrorregião de saúde o contingente mínimo populacional é de 500 mil habitantes, sendo esse contingente abaixo das demais regiões geográficas do Brasil (700 mil) (BRASIL, 2018).

No Pará, em 2012, o desenho da regionalização do estado passou por nova configuração, sendo reduzido para 12 regiões de saúde, por meio da Resolução nº 83 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 16 de abril de 2012 (PARÁ, 2012a). Ainda nesse mesmo ano, o município de Placas foi incorporado à região de saúde do Baixo Amazonas (PARÁ, 2012b). Em 2013, ponderaram-se as especificidades geográficas da região e o estado passou a ter 13 regiões de saúde (PARÁ, 2013). Em agosto de 2018 foi aprovada pela Resolução nº 140/2018 do CIB/Pará a instituição de quatro macrorregiões de saúde Pará (figura 1), sendo um espaço regional ampliado para garantir a resolutividade das RAS. A macrorregião I é composta por 30 municípios das RS Metropolitana I, Tocantins, Marajó I e Marajó II. A macrorregião II é composta por 47 municípios das RS Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés. A macrorregião III possui 29 municípios das RS Baixo Amazonas, Tapajós e Xingú. A macrorregião IV é composta por 38 municípios das RS Lago Tucuruí, Carajás e Araguaia (PARÁ, 2018).

Figura 1 – Regiões de Saúde do Pará



Legenda: Macrorregião I Macrorregião II Macrorregião III Macrorregião IV
Fonte: Elaborado pelos autores no Tabwin.

Características demográficas e sociais das regiões de saúde

A tabela 1 apresenta as características demográficas e sociais das regiões de saúde do Pará. A população é de 7.581,051 habitantes, com densidade populacional de 6,07 habitantes por km² e 57, 59% da população com renda inferior a meio salário mínimo (BRASIL, 2011b).

Tabela 1 - Características sociais e demográficas do estado do Pará por Macrorregião e Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Densidade demográfica	Domicílios com acesso à abastecimento de água (%)	Domicílios com acesso à esgotamento sanitário (%)	Domicílios com coleta de lixo (%)	Domicílios com energia elétrica (%)	Renda inferior a meio salário mínimo (%)
Macrorregião I						
Metropolitana I	1.122,68	64,89	60,57	95,89	99,78	38,27
Tocantins	22,43	34,97	14,57	51,36	87,26	69,97
Marajó I	5,42	43,21	15,60	38,71	78,31	75,56
Marajó II	4,24	24,70	5,93	39,07	71,32	81,28
Macrorregião II						
Metropolitana II	22,77	50,67	7,03	53,48	90,62	66,66
Metropolitana III	16,64	51,72	18,54	62,28	92,18	65,83
Rio Caetés	28,06	39,41	25,16	50,36	93,03	72,31
Macrorregião III						
Baixo Amazonas	2,17	53,06	24,61	56,33	84,54	66,33
Tapajós	1,11	20,11	11,47	58,13	85,29	58,14
Xingu	1,26	19,95	12,42	49,01	82,80	62,06
Macrorregião IV						
Araguaia	2,72	22,61	15,78	60,001	89,33	53,35
Carajás	10,83	48,57	24,52	71,03	94,95	53,87
Lago de Tucuruí	10,68	36,59	11,02	74,92	96,09	62,55

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do IBGE (2019).

O quadro 1 apresenta as 13 regiões de saúde e os respectivos municípios que as compõem. A Metropolitana I é composta por cinco (5) municípios; a Metropolitana II é composta por nove (9) municípios; a Metropolitana III por 22 municípios; Rio Caetés por 16 municípios; Tocantins por nove (9) municípios; Marajó I e Marajó II por nove (9) e sete (7) municípios, respectivamente.

No Oeste do Pará, a RS do Baixo Amazonas é composta por 14 municípios. No Sudoeste, a Tapajós por seis (6) municípios e a Xingu por nove (9) municípios. Já no Sudeste do Pará, a RS de Carajás possui 17 municípios; Lago Tucuruí tem seis (6) municípios e a RS do Araguaia possui 15 municípios.

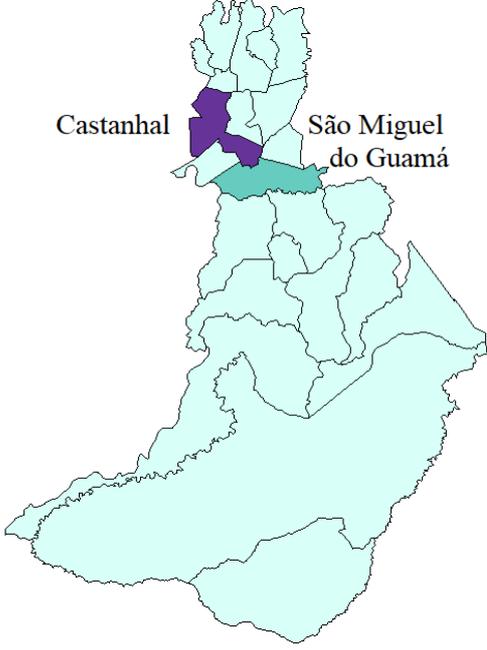
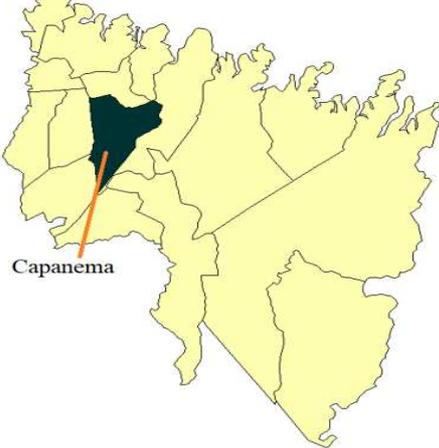
Quadro 1 - Regiões de Saúde do Pará e municípios

(continua)

MAPA	REGIÃO DE SAÚDE
	<p>Metropolitana I – 5 municípios</p> <p>Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará.</p>
	<p>Metropolitana II – 9 municípios</p> <p>Acará, Bujaru, Colares, Concórdia do Pará, Santa Izabel do Pará, Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, Tomé-Açu, Vigia.</p>

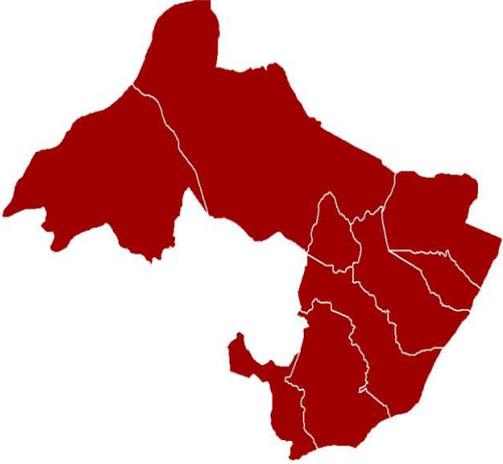
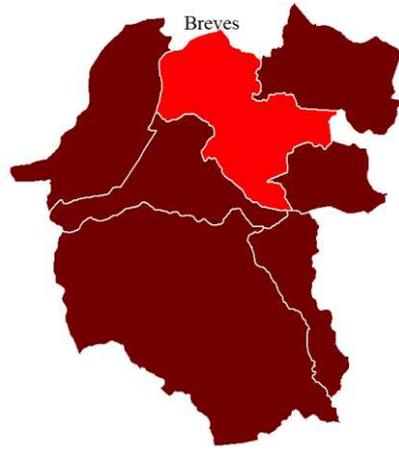
Quadro 1 - Regiões de Saúde do Pará e municípios

(continuação)

MAPA	REGIÃO DE SAÚDE
 <p>Castanhal</p> <p>São Miguel do Guamá</p>	<p>Metropolitana III – 22 municípios</p> <p>Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açu, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, Terra Alta, São Miguel do Guamá, Aurora do Pará, Capitão Poço, Ulianópolis, Nova Esperança do Piriá, Paragominas, Santa Maria do Pará, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio.</p>
 <p>Capanema</p>	<p>Rio Caetés - 16 municípios</p> <p>Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Ourém, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua, Viseu.</p>
 <p>Barcarena</p> <p>Cametá</p>	<p>Tocantins – 9 municípios</p> <p>Abaetetuba, Baião, Barcarena, Cametá, Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Moju, Oeiras do Pará.</p>

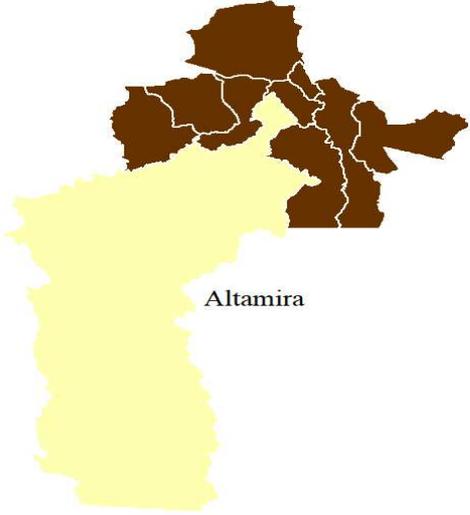
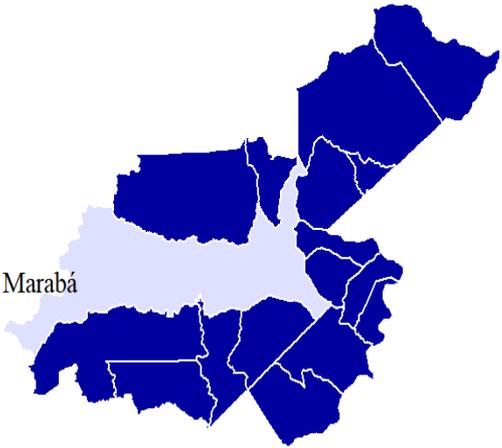
Quadro 1 - Regiões de Saúde do Pará e municípios

(continuação)

MAPA	REGIÃO DE SAÚDE
 <p>Mapa do estado do Pará com a região do Marajó I destacada em vermelho escuro. A região abrange nove municípios: Afuá, Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista e Soure.</p>	<p>Marajó I – 9 municípios</p> <p>Afuá, Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista, Soure.</p>
 <p>Mapa do estado do Pará com a região do Marajó II destacada em vermelho escuro. A região abrange sete municípios: Anajás, Bagre, Breves, Curralinho, Gurupá, Melgaço e Portel. O município de Breves é rotulado no mapa.</p>	<p>Marajó II – 7 municípios</p> <p>Anajás, Bagre, Breves, Curralinho, Gurupá, Melgaço, Portel.</p>
 <p>Mapa do estado do Pará com a região do Baixo Amazonas destacada em amarelo. A região abrange quatorze municípios: Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Placas, Prainha, Santarém e Terra Santa. O município de Santarém é rotulado no mapa.</p>	<p>Baixo Amazonas – 14 municípios</p> <p>Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Placas, Prainha, Santarém, Terra Santa.</p>

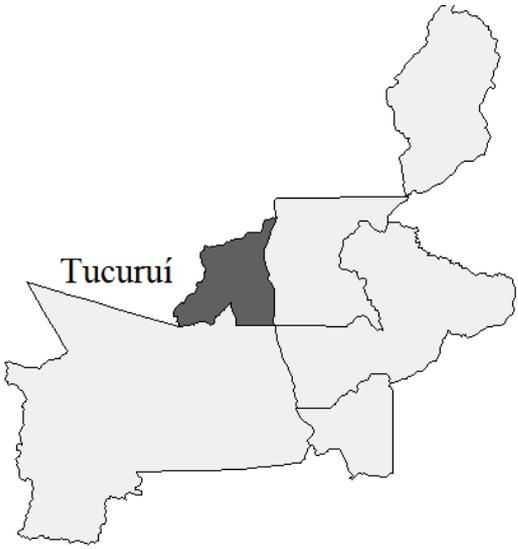
Quadro 1 - Regiões de Saúde do Pará e municípios

(continuação)

MAPA	REGIÃO DE SAÚDE
	<p>Tapajós – 6 municípios</p> <p>Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis, Trairão.</p>
 <p>Altamira</p>	<p>Xingu – 9 municípios</p> <p>Altamira, Anapú, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruará, Vitória do Xingu.</p>
 <p>Marabá</p>	<p>Carajás – 17 municípios</p> <p>Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Dom Eliseu, Eldorado dos Carajás, Itupiranga, Marabá, Nova Ipixuna, Palestina do Pará, Parauapebas, Piçarra, Rondon do Pará, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, São João do Araguaia.</p>

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Pará e municípios

(conclusão)

MAPA	REGIÃO DE SAÚDE
	<p>Lago Tucuruí – 6 municípios</p> <p>Breu Branco, Goianésia do Pará, Jacundá, Novo Repartimento, Tailândia, Tucuruí.</p>
	<p>Araguaia – 15 municípios</p> <p>Água Azul do Norte, Bannach, Conceição do Araguaia, Cumaru do Norte, Floresta do Araguaia, Ourilândia do Norte, Pau D'Arco, Redenção, Rio Maria, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Sapucaia, Tucumã, Xinguara.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores no Tabwin a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2011b) e Pará (2013, 2018).

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal/Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sociais e demográficos**: tabela 1301 - Área e Densidade demográfica da unidade territorial. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1301>. Acesso em: 1 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20processo%20de,o%20inciso%20I%20do%20art. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html Acesso em: 15 maio 2019.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 83, de 16 de abril de 2012. Repactua o desenho de Regionalização do Estado do Pará, que passa a ser conformado por 12 (doze) Regiões de Saúde/Comissões Intergestores Regionais, nos termos do anexo desta resolução. **Diário Oficial do Estado**, Belém, p. 6, 20 abr. 2012a. Caderno 5. Disponível em: http://www.ioepa.com.br/pages/2012/04/20/2012.04.20.DOE_70.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 237, de 9 de agosto de 2012. Repactua o desenho de Regionalização do

Estado do Pará, que passa a ser conformado por 12 (doze) Regiões de Saúde/Comissões Intergestores Regionais, nos termos do anexo desta resolução. **Diário Oficial do Estado do Pará**, Belém, p. 3, 28 ago. 2012b. Caderno 7.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 90 de 12 de junho de 2013**. Repactua o desenho de Regionalização do Estado do Pará, que passa a ser conformado por 12 (doze) Regiões de Saúde/Comissões Intergestores Regionais, nos termos do anexo desta resolução. Belém: Comissão Intergestores Bipartite, 12 jun. 2013.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 140, de 9 de agosto de 2018**. Aprova, a instituição das Macrorregiões de Saúde do Estado do Pará. Belém, 9 de agosto de 2018. Página 20. **Diário Oficial do Estado**, Belém, nº 33682, 20 ago. 2018.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o desenvolvimento da Atenção Básica no estado do Pará.

2.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- b) Caracterizar o perfil dos vínculos de trabalho dos profissionais da Atenção Básica;
- c) Analisar o processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica;
- d) Analisar o processo de gestão da Atenção Básica;
- e) Verificar a frequência e as características das ações de Educação Permanente em Saúde no cotidiano da Atenção Básica e na articulação com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB);
- f) Analisar as ações em saúde mental realizadas pelas Equipes de Atenção Básica.

3 NOTAS METODOLÓGICAS

Helder Henrique Costa Pinheiro
Messias Lemos

Fonte de dados

Os resultados descritos nos capítulos temáticos foram provenientes de dados coletados na Avaliação Externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), realizada no estado do Pará.

A Avaliação Externa foi o momento no qual se realizou um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso pelos usuários e de qualidade dos serviços prestados tanto da gestão da atenção básica dos municípios, quanto das respectivas equipes de atenção básica participantes do Pmaq-AB.

O levantamento dos dados foi realizado por uma equipe de campo composta por um supervisor e três a quatro entrevistadores de profissões diversas. Para avaliar as equipes cadastradas no programa, foi feita a aplicação de questionários eletrônicos compostos de questões objetivas, através de um instrumento estruturado, padronizado, previamente validado para utilização durante a avaliação externa e organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações:

- a) Módulo I: Observação na Unidade Básica de Saúde, que objetivou avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- b) Módulo II: Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, que objetivou avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- c) Módulo III: Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), visando verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e à utilização.
- d) Módulo IV: Entrevista com o profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetivando avaliar o processo de trabalho das equipes e a organização do cuidado aos usuários.

- e) Módulo V: Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal, com o objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais e insumos de atenção odontológica.
- f) Módulo VI: Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetivando avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Organização dos dados

Os dados foram publicados no ano de 2019 no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.⁴ Então, foram obtidos os arquivos dos microdados disponibilizados para acesso ao público dos módulos de interesse aos pesquisadores desta coletânea. Como passo seguinte, foi realizada a organização do banco de dados no software *Microsoft® Excel®* e selecionadas informações de interesse pertinentes ao estado do Pará. Os municípios participantes do programa foram agrupados por Macrorregião e Região de Saúde, que foram codificadas conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Codificação das macrorregiões e regiões de saúde do estado do Pará

Macrorregião	Região de Saúde	Código
Macrorregião I (M1)	Metropolitana I	(R1)
	Tocantins	(R2)
	Marajó I	(R3)
	Marajó II	(R4)
Macrorregião II (M2)	Metropolitana II	(R5)
	Metropolitana III	(R6)
	Rio Caetés	(R7)
Macrorregião III (M3)	Baixo Amazonas	(R8)
	Tapajós	(R9)
	Xingu	(R10)
Macrorregião IV (M4)	Lago Tucuruí	(R11)
	Carajás	(R12)
	Araguaia	(R13)

⁴ Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**: 3º ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

A partir da organização dos microdados, foi realizada a estatística descritiva dos dados, por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas, considerando a perspectiva das macrorregiões e regiões de saúde paraenses. Todas as análises foram feitas no software *SPSS Statistics*, versão 20.0 (IBM SPSS, Chicago IL).

Apresentação dos dados

Os resultados provenientes das análises dos dados foram organizados em forma de tabelas, compostas por itens de avaliação segundo os objetivos dos capítulos temáticos. As frequências apresentadas foram preferencialmente das respostas de ocorrência (“sim”) dos itens questionados aos participantes da avaliação externa.

A construção das tabelas levou em conta o consolidado das respostas das equipes em cada Região de Saúde, conseqüentemente, o consolidado de cada Macrorregião e o consolidado das respostas de todos os itens, configurando a totalização para o estado do Pará.

Em relação aos dados do Nasf, a região Metropolitana III (R3) não foi incluída na análise, pois não houve contratualização de equipes no terceiro ciclo.

Panorama da avaliação externa no estado do Pará

Foram homologadas 1.182 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e ESF/Saúde Bucal (SB) em todo o estado do Pará para participar do 3º ciclo do Pmaq-AB (BRASIL, 2016). No período de publicação da portaria, o Pará possuía 1.323 equipes registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dessa forma, 89,34% das equipes de Atenção Básica paraenses aderiram ao 3º ciclo do programa.

Entre as 1.182 equipes homologadas, foram avaliadas 1.147, correspondendo a 86,69% das equipes registradas no CNES e a 97,03% das equipes homologadas. Em todas as regiões de saúde do estado foram visitadas, no total, 938 Unidades Básicas de Saúde (UBS), correspondendo a 78,33% do total previsto, e entrevistados 3.594 usuários.

O balanço quantitativo da distribuição das UBS, equipes e usuários entrevistados por região de saúde pode ser verificado na tabela 1.

Tabela 1 - Número de equipes de atenção básica que aderiram ao 3º ciclo do Pmaq-AB, equipes que participaram da avaliação externa, usuários entrevistados e UBS visitadas no estado do Pará

Macro	Região de Saúde	Nº de equipes homologadas	Nº de equipes avaliadas	Nº de usuários entrevistados	Nº de usuários previstos	Nº de UBS visitadas
M I	(R1)	24	22	60	88	21
	(R2)	29	26	80	104	20
	(R3)	267	263	869	1052	139
	(R4)	66	64	215	256	59
Subtotal		386	375	1224	1500	239
M II	(R5)	67	67	175	268	67
	(R6)	152	149	504	596	135
	(R7)	111	111	355	444	105
Subtotal		330	327	1034	1308	307
M III	(R8)	92	92	304	368	75
	(R9)	33	33	122	132	28
	(R10)	59	55	161	220	55
Subtotal		184	180	587	720	158
M IV	(R11)	105	102	274	408	94
	(R12)	121	107	289	428	95
	(R13)	56	56	186	224	45
Subtotal		282	265	749	1060	234
Total Geral		1182	1147	3594	4588	938

Fonte: Segundo a Portaria nº 1.658, de 12 setembro de 2016, do Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde, que homologou a contratualização e recontratualização dos municípios ao 3º ciclo do PMAQ-AB (BRASIL, 2016).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.658**, de 12 de setembro de 2016. Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1658_12_09_2016.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: 3º ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

4 RESULTADOS

4.1 Capítulo I – Estrutura das unidades básicas de saúde do estado do Pará

Ellen Christiane Corrêa Pinho
Francisco Jadson Silva Bandeira
José Jorge da Silva Galvão
Messias Lemos
Thais Amanda Nunes Cunha
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Introdução

No Brasil, o termo Atenção Básica (AB) equivale à Atenção Primária à Saúde (APS) e refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde que articula ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A AB é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Por isso, monitorar e avaliar o seu desempenho é primordial para constatar sua qualidade (BRASIL, 2017).

No intuito de avaliar a AB no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), que tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, norteando-se pela tríade donabediana (BRASIL, 2015). Essa tríade que avalia a qualidade desses serviços envolve a estrutura, os processos e os resultados.

Para Donabedian (1988), a estrutura corresponde aos instrumentos, aos recursos materiais e humanos e ao contexto físico e organizacional dos serviços de saúde; já as estruturas adequadas viabilizam as condições básicas para a oferta de serviços oportunos e o bom desempenho no processo e nos resultados da assistência prestada aos usuários.

Nesse contexto, foi emitida a Portaria 2.226/2009 pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de instituir, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009).

A portaria estabelece que a estrutura física mínima para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deve conter: sala de espera, podendo ser conjunta à recepção; consultório; consultório odontológico; sala de procedimentos; sala exclusiva de vacinas; sala de curativos; sala de reuniões; copa/cozinha; área de depósito de

materiais de limpeza; sanitário para o público, adaptado para pessoas com deficiência; banheiro para funcionários; sala de utilidades/apoio à esterilização; depósito de lixo; e abrigo de resíduos sólidos (expurgo). Pode conter ainda: almoxarifado; administração/gerência; e sanitário exclusivo para pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

Pesquisa sobre o acesso e a acessibilidade das UBS no Brasil aponta que a estrutura é referencial da qualidade prestada e impacta diretamente nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (PINHO *et al.*, 2020). Ademais, estudos de análise de programas e serviços de saúde demonstraram que a estrutura das UBS pode interferir na organização dos serviços e na assistência prestada e gerar insatisfação e limitações nos profissionais de saúde e usuários (MOURA *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2018).

Ressalta-se que a estrutura mantém relações estreitas com a qualidade da assistência prestada e com o processo de trabalho. Problemáticas como temperatura inadequada na sala de imunobiológicos termolábeis (BRASIL, 2013), ausência de insumos, materiais e espaço físico adequado para realização de testes rápidos (LOPES *et al.*, 2016), condições inadequadas de ambiência que podem favorecer a resistência dos usuários a buscarem os serviços (BRASIL, 2010) e baixo quantitativo de recursos humanos para realização de busca ativa e captação da população representam alguns dos obstáculos relacionados à estrutura que podem dificultar o bom funcionamento dos serviços da AB (SPAGNOLO *et al.*, 2018).

Assim, ante o exposto, este capítulo tem como objetivo apresentar os dados referentes à infraestrutura, com ênfase no acesso e na acessibilidade às UBS do estado do Pará, nas suas Macrorregiões e Regiões de Saúde, de modo a identificar os avanços e os desafios frente aos quesitos avaliados, fornecendo subsídios para a tomada de decisões.

Resultados

No que se refere às sinalizações externas, a placa na fachada apresentou maior prevalência nas Regiões de Saúde Araguaia (R13), com 76,6%, seguida da Metropolitana I (R1) com 65,5%. A sinalização por totem externo indicou os menores índices utilizados no Pará e no Baixo Amazonas (R8), com 1,3%, e Araguaia (R13) com 5,3% (tabela 1).

Os resultados mais significativos em todos os ambientes internos que possuíam sinalização foram evidenciados na Macrorregião de Saúde 4 (83,8%) e no Pará, com 80,5%. A sinalização externa das UBS, com placa na fachada adequada com as especificações do guia de sinalização, apontou os melhores resultados nas

Macrorregiões de Saúde 4 (59,4%), seguidas das 3 e 1, com 57% e 54,8%, respectivamente. No Pará, a sinalização externa das UBS apresentou maior frequência para placa na fachada (55%) (tabela 1).

Nas Regiões de Saúde do Pará, os melhores resultados são para entrada externa adaptada para cadeira de rodas, cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário e todos os corredores adaptados para cadeira de rodas. Os resultados com menores percentuais foram apontados em corrimão nos locais não nivelados, piso tátil para acesso às dependências da unidade e sanitário para pessoa com deficiência. As Regiões de Saúde Tapajós (R9), Xingu (R10), Carajás (R11) e Araguaia (R13) apresentaram melhores condições de acessibilidade em comparação às demais regiões analisadas.

Segundo a avaliação da acessibilidade por Macrorregiões de Saúde, as UBS da Macrorregião 4 apresentaram o melhor desempenho em quase todas as categorias analisadas, seguida das Macrorregiões 3 e 2. O desempenho menos satisfatório foi apresentado pela Macrorregião 1. Destaca-se que mesmo entre os melhores resultados, apenas a categoria entrada externa adaptada para cadeira de rodas alcançou percentual acima de 70% de presença nas unidades de uma macrorregião, sendo que todos os outros resultados indicaram percentuais inferiores a 70% (tabela 2).

Na avaliação de acessibilidade nas UBS do estado do Pará, os melhores percentuais estão indicados para entrada externa adaptada para cadeira de rodas (66,4%), cadeira de rodas disponível e em condições de uso para deslocamento do usuário (53,4%), todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas (44,8%) e todos os corredores adaptados para cadeira de rodas (44,7%). Os resultados menos satisfatórios são para corrimão nos locais não nivelados (6,5%), piso tátil para acesso às dependências da unidade (23,7%) e sanitário para pessoa com deficiência (39,3%) (tabela 2).

Na avaliação por Regiões em Saúde, houve maior frequência de funcionamento em local provisório nas unidades das Regiões Metropolitana I (R1), Rio Caetés (R4), Marajó II (R7), Baixo Amazonas (R8), Xingu (R10), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12). As Regiões Metropolitana I (R1), Metropolitana II (R2), Rio Caetés (R4), Marajó I (R6), Marajó II (R7) e Carajás (R11) indicaram maior percentual de unidades em reforma. Todavia, o número de UBS em ampliação demonstrou-se baixo, sendo mais frequente nas Regiões de Saúde Marajó II (R7) e Araguaia (R13). Entre as macrorregiões, na tabela 3, o funcionamento da unidade em local provisório é mais frequente na Macrorregião 1 (15,1%). Quanto às UBS em reforma e ampliação, há predomínio de unidades da Macrorregião 2 (11,7% e 7,8%). Em âmbito estadual, apenas 11,6% funcionam em local provisório, 9,3% estão em reforma e 5,9% estão em ampliação.

Em relação à estrutura e à ambiência das UBS, a Região de Saúde Metropolitana III (R3) apresentou resultados menos satisfatórios em comparação às outras. Na avaliação da sala exclusiva de vacinas, as Regiões Metropolitana I (R1), Metropolitana III (R3) e Tocantins (R5) indicaram menor incidência. Ademais, o vestiário para funcionários, bem como nas outras análises de estrutura e ambiência, revelou menores percentuais em todas as Regiões de Saúde, com menores resultados nas Regiões Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tapajós (R9) e Carajás (R11).

As macrorregiões também apresentaram resultados satisfatórios nas categorias sanitário para os usuários, banheiro para funcionários, sala exclusiva para recepção/espera, sala exclusiva de vacina – com resultados acima de 68%. No entanto, no quesito vestiário para funcionários, houve predomínio de baixos percentuais. No que se refere aos resultados do Pará, estes foram relativamente favoráveis, com exceção da categoria vestiários para funcionários (4,5%) (tabela 4).

Conclusão

Embora sejam evidentes os avanços da Atenção Básica, os resultados mostram que as Unidades Básicas de Saúde do estado do Pará, no que tange à estrutura, ainda apresentam diferenças entre as regiões de saúde.

Na maioria dos casos, as UBS estão funcionando de maneira permanente, o que fortalece o vínculo com a comunidade, ainda que a ampliação se apresente de maneira insipiente, apontando a necessidade de maior investimento público. Como ponto positivo, destaca-se a existência das salas de vacina presentes na maioria das unidades avaliadas. Contudo, há precariedades quando analisada a acessibilidade evidenciada pelo baixo percentual de piso tátil, corrimão em pisos desnivelados e sanitários adaptados para portadores com deficiência.

Acredita-se que todas as Regiões de Saúde necessitam de mais investimentos públicos, além de avaliações e manutenções periódicas por parte dos gestores locais, com o intuito de garantir uma melhor estrutura, tanto para os usuários, quanto para os funcionários, com foco na melhoria da assistência prestada.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 668, 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.226, de 18 de setembro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de

- Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2226_18_09_2009_rep.html. Acesso em: 2 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 69, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Textos Básicos de Saúde, B).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de rede de frio do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- LOPES, Ana Cristina Martins Uchoa *et al.* Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 62-66, jan./fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>. Acesso em: 2 ago. 2020.
- MOREIRA, Kênia Souto *et al.* Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283>. Acesso em: 2 ago. 2020.
- MOURA, Bárbara Laisa Alves *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. S69-S81, 2010. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000500007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020.
- NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000405003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020.
- PINHO, Ellen Christiane Corrêa *et al.* Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 168-175, jul.

2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3449>. Acesso em: 30 jul. 2020.

SPAGNOLO, Lílian Moura de Lima *et al.* Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mBqmKkxdLBjwp9XKpcxTHHz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2020.

4.2 Capítulo II – Perfil dos vínculos empregatícios dos profissionais da Atenção Básica no estado do Pará

Átila Augusto Cordeiro Pereira
Ana Beatriz Pantoja Rosa de Moraes
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Eric Campos Alvarenga
Iaron Leal Seabra
Luciano Garcia Lourenção
Messias Lemos

Neste capítulo serão descritas as formas de contratação de profissionais da Atenção Básica em Saúde do estado do Pará. Entre delas, buscaremos detalhar os tipos de vínculo empregatício e de agentes contratantes e os aspectos relacionados à existência de planos de carreira.

O Ministério da Saúde estabelece que as Equipes de Saúde da Família (eSF) devem ser compostas minimamente por um profissional médico (preferencialmente da especialidade de Medicina de Família e Comunidade), um enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família), um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Além desses, podem fazer parte da equipe os agentes de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal (cirurgiões dentistas, preferencialmente especialistas em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico de saúde bucal) (BRASIL, 2017).

Comparações entre vivências de trabalhadores da Atenção Básica da Colômbia e do Brasil, diante da lógica neoliberal, nos mostram que a configuração das equipes é marcada por profissionais com diferentes vínculos empregatícios que, no Brasil, ocorre muito por conta do processo de terceirização, o qual vem contribuindo para o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (GARRIDO-PINZÓN; BERNARDO, 2017).

Um dos problemas mais encontrados na literatura científica quando investigamos as condições de trabalho das equipes é a alta rotatividade. Isso se deve primordialmente à forma de contratação que, em muitos municípios, não proporciona estabilidade, oferece baixa remuneração e, na maioria das vezes, ocorre sem um processo seletivo transparente, ou mesmo concurso público, levando os profissionais a buscarem outros empregos, como forma de complementar o salário (COSTA *et al.*, 2012). Outro reflexo desses contratos precários aparece com enfermeiros, que possuem cargos comissionados ou em regime de contrato por tempo indeterminado,

fazendo com que esses profissionais apresentem uma menor qualidade de vida em relação aos celetistas e concursados (FERNANDES *et al.*, 2012).

A precariedade dos vínculos de trabalho na área da saúde é cada vez mais frequente. Realizados por meio de Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e outras formas, fragilizam as relações de trabalho, retirando direitos e regulamentando a precariedade (KREIN; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2019). Nesse contexto, a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) trouxe mais fragilidades, na medida em que facilitou a criação e o financiamento de outros formatos de equipes, que não o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), flexibilizando suas composições e dando mais liberdade para gestores municipais decidirem sua organização e forma de contratação (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A realidade do trabalho na Atenção Básica é bastante diversa, contudo, é comum verificar em estudos sobre vínculos de trabalho que metade ou mais dos profissionais das equipes atuam por contratos temporários, como no caso de equipes do estado da Bahia (CORDEIRO; ARAÚJO, 2017). Também é possível verificar que muitos trabalhadores da Atenção Básica não têm direito a planos de carreira, possuem baixos salários, têm carga horária extensa e atuam em locais com equipes reduzidas, o que contribui para que se sintam sobrecarregados e sofram comprometimento de seu estado de saúde física e mental (CORDEIRO; ARAÚJO, 2018).

Pesquisas realizadas com dados do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), sobre as formas de contratação de profissionais da Atenção Básica do Pará, demonstram que a maioria dos contratos de trabalho feitos no estado é de caráter temporário (65,4%) e a forma mais recorrente de seleção dos trabalhadores é a indicação (36,7%) (ALVARENGA, 2018; ALVARENGA *et al.*, 2018). Essa precarização intensifica o trabalho, contribui para o aumento das vivências de sofrimento e dificulta as mobilizações coletivas contra as condições precárias de trabalho, na medida em que trabalhar em meio a tanta insegurança serve como modo de manter as pessoas sob controle (ALVARENGA, 2018).

Assim, a partir de dados do 3º Ciclo do Pmaq-AB, apresentamos as formas de contratação de profissionais da Atenção Básica em Saúde do estado do Pará, detalhando-as diante das distintas regiões de saúde e macrorregiões.

Resultados

De acordo com os dados da tabela 1, os profissionais entrevistados eram majoritariamente enfermeiros, compondo a totalidade dos trabalhadores nas regiões Marajó I-R6 (100%) e Tapajós-R9 (100%). As regiões Metropolitana I (R1), Carajás

(R11) e Lago Tucuruí (R12), apesar de terem apresentado menores percentuais de enfermeiros entrevistados em relação às demais regiões de saúde, obtiveram participação de 89,7%, 92,5% e 92,9% desses profissionais, respectivamente. Os médicos constituíram 9,9% dos profissionais entrevistados na região Metropolitana I (R1) e 7,1% na região Lago Tucuruí (R12), os maiores percentuais entre as regiões de saúde. Os profissionais entrevistados das macrorregiões também eram majoritariamente enfermeiros, tendo a macrorregião III o maior percentual (97,8%) e a macrorregião I, o menor (92%). No estado do Pará, os enfermeiros totalizaram 95,1% dos profissionais entrevistados. Nas macrorregiões, o percentual de médicos variou entre 2,2% (macrorregião III) e 7,7% (macrorregião I). Os resultados apontaram que menos de 1% dos entrevistados nas regiões de saúde era composto por outros profissionais de nível superior, o que também se verificou nas macrorregiões e em todo o estado do Pará.

A respeito do tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores, com base na tabela 2, aferiu-se que os profissionais das regiões de saúde possuíam, majoritariamente, contratos temporários da administração pública, regidos por legislação especial. As regiões que mais se destacaram nos percentuais desse tipo de vínculo foram Metropolitana II-R2 (61,2%), III-R3 (48,3%) e I-R1 (45,6%). Outro tipo de vínculo que se notabilizou foi o de contrato temporário por prestação de serviço, compondo 45,5%, 39,4% e 38,5% dos percentuais em Xingu (R10), Tapajós (R9) e Marajó II (R7), respectivamente. Também foram constatados valores significativos para o vínculo como servidor público estatutário, nas regiões Lago Tucuruí-R12 (42,9%), Carajás-R11 (38,3%) e Baixo Amazonas-R8 (34,8%). Os tipos de vínculo categorizados como cargo comissionado, empregado público Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), contrato CLT, autônomo e outros apresentaram baixos números de ocorrência, não alcançando percentuais maiores que 4,7% nas regiões.

Ainda de acordo com os dados da tabela 2, constatou-se um panorama semelhante nas macrorregiões, visto que, em todas elas, a maior parte dos profissionais entrevistados possuía como tipo de vínculo o contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial, tendo a macrorregião II apresentado o maior registro (49,5%). O percentual do estado do Pará para esse tipo de vínculo foi de 43,1%. A categoria “servidor público estatutário” variou entre os valores 19% (macrorregião II) e 37,7% (macrorregião IV), representando o segundo maior tipo de vínculo na APS entre os entrevistados do estado do Pará (26,4%). O tipo de vínculo de contrato temporário por prestação de serviços segue em terceiro lugar (28,2%), com destaque para as macrorregiões III (32,2%) e IV (20,4%), com maior e menor taxa. Os demais tipos de vínculo não apareceram de forma

significativa nas macrorregiões, tendo como maior percentual o valor 1,6% (cargo comissionado, macrorregião I).

Conforme dados da tabela 2, verificamos que os profissionais entrevistados foram contratados em maciça maioria pela administração direta – a menor ocorrência foi na região Metropolitana I (R1), com percentual de 93,2%. Nas macrorregiões, as contratações também foram realizadas majoritariamente pela administração direta, com menor percentual na macrorregião I (94,7%). Valores nulos ou irrisórios foram apresentados nas demais categorias de agentes contratantes (consórcio intermunicipal de direito público, consórcio intermunicipal de direito privado, fundação pública de direito público, fundação pública de direito privado, organização social, organização da sociedade civil de interesse público, entidade filantrópica, organização não governamental, empresa, cooperativa e outros), tanto nas regiões de saúde, quanto nas macrorregiões. Na região de saúde Tapajós (R9), 6,1% dos profissionais afirmaram que o agente contratante foi uma fundação pública de direito público. No estado, 96% de todos os entrevistados foram contratados por administração direta.

No que tange ao mecanismo de ingresso dos profissionais entrevistados, verifica-se na tabela 2 que todas as regiões de saúde obtiveram os percentuais da categoria “outro (s)”, que foram superiores às categorias concurso público e seleção pública, ou seja, observou-se predominância de trabalhadores que ingressaram por meios distintos daqueles considerados ideais para o ingresso no serviço público. Essa situação foi mais frequente nas regiões Xingu (R10) e Metropolitana II (R2), que apresentaram 78,2% e 76,1% de ingresso no serviço público por “outros mecanismos”. Em relação aos trabalhadores que ingressaram por concurso público, houve destaque para as regiões Lago Tucuruí-R12 (42,9%), Carajás-R11 (38,3%) e Baixo Amazonas-R8 (34,8%). Por sua vez, as regiões com menor ocorrência de ingresso por concurso público foram Metropolitana II-R2 (7,5%) e Xingu-R10 (9,1%). Os percentuais de profissionais que ingressaram por seleção pública foram mais expressivos nas regiões Metropolitana I-R1 (22,1%), Metropolitana II-R2 (16,4%) e Rio Caetés-R4 (16,2%) e se apresentaram de maneira menos significativa nas regiões Marajó II-R7 (7,7%) e Tocantins-R5 (7,8%).

De acordo com a tabela 2, nas macrorregiões também se notou que a maior parte dos trabalhadores ingressou por outro meio que não concurso ou seleção pública. A macrorregião II (67%) apresentou o maior número desses trabalhadores, mas não se distanciou muito da macrorregião IV (50,9%), a qual apresentou o menor percentual. Em todas as macrorregiões outras formas de ingresso ultrapassaram 50% em relação às demais formas de ingresso. A macrorregião IV (37,4%) obteve o maior percentual na categoria ingresso por concurso público, enquanto a macrorregião II (19%) obteve o menor. Ademais, foi verificado que apenas 18,1% dos profissionais da

macrorregião I ingressaram por seleção pública e apenas 11,7% dos pertencentes à macrorregião IV ingressaram dessa forma. No Pará, os percentuais de trabalhadores que ingressaram por concurso público, seleção pública e outro(s) meio(s) foram, respectivamente, 26,1%, 14,7% e 59,2%.

Ainda na tabela 2, em todas as regiões de saúde aferiu-se um número superior de profissionais que não possuem plano de carreira, em comparação aos que possuem, com destaque para as regiões Metropolitana I-R1 (96,2%) e Metropolitana II-R2 (98,5%). Embora ainda em menor ocorrência, as regiões Tapajós-R9 (27,3%) e Araguaia-R13 (22,5%) apresentaram os números mais expressivos no tocante a profissionais com plano de carreira. Nas macrorregiões, o quadro se mostrou semelhante e demonstrou que a maior parte dos entrevistados não possui plano de carreira - o maior e o menor percentuais foram encontrados na macrorregião I (94,7%) e II (93,6%). No Pará, 90,4% dos trabalhadores entrevistados não possuem plano de carreira.

Na tabela 2, também se observa que entre os profissionais que responderam possuir plano de carreira, nas regiões Marajó I (R6), Metropolitana II (R2) e Lago Tucuruí (R12), 100% afirmaram que no plano havia progressão por antiguidade. A menor ocorrência dessa resposta foi apresentada em Marajó II (R7), onde a totalidade dos entrevistados respondeu à questão negativamente. O segundo menor registro de profissionais que afirmaram haver progressão por antiguidade pertencia à região Xingu-R10 (50%), onde os resultados, tanto para sim quanto para não, foram iguais. A macrorregião IV (77,5%) apresentou maior quantidade de profissionais que possuíam progressão por antiguidade no plano de carreira e a macrorregião III (69%) foi a com menor número. Em todo o estado, 72,7% dos profissionais afirmam possuir progressão por antiguidade no plano de carreira.

Ainda sobre o tópico plano de carreira na tabela 2, todos os trabalhadores das regiões Metropolitana II (R2), Tapajós (R9) e Lago Tucuruí (R12) confirmaram que havia progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (por mérito). Os percentuais foram nulos em Marajó I (R6) e II (R7). Outras regiões com menores números para progressão por mérito no plano de carreira foram Baixo Amazonas-R8 (6,2%), Tocantins-R5 (14,3%), Rio Caetés-R4 (14,3%), Carajás-R11 (15,4%) e Metropolitana III-R3 (23,1%). Observou-se maior registro de profissionais com progressão por mérito no plano de carreira na Macrorregião IV (55%) e menor percentual na Macrorregião II (23,8%). No estado do Pará, apenas 60% dos entrevistados afirmaram que havia no plano esse tipo de progressão.

Na tabela 2, observa-se que quando questionados se, no plano, possuíam progressão por titulação e formação profissional, todos os entrevistados das regiões Tocantins (R5), Marajó I (R6), Metropolitana II (R2) e Lago Tucuruí (R12)

responderam que sim. Os menores percentuais de profissionais que afirmaram possuir progressão por titulação e formação pertenciam às regiões Metropolitana I-R1 (20%), Marajó II-R7 (50%) e Xingu-R10 (50%). A macrorregião IV (77,5%) apresentou a maior ocorrência de profissionais com progressão por titulação e formação profissional no plano de carreira e a macrorregião I (55%), o menor. No Pará, o percentual de profissionais com esse tipo de progressão no plano foi de 67,3%.

Por fim, ainda na tabela 2, descreve-se que a maior parte dos profissionais entrevistados nas regiões de saúde afirmou não possuir qualquer incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. O maior percentual desse indicador foi nas regiões Metropolitana I-R1(87,1%), Xingu-R10 (85,5%) e Metropolitana II-R2 (85,1%). Os registros de profissionais que não possuem incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho nas macrorregiões variaram entre 70,6% (Macrorregião III) e 83,5% (Macrorregião I). Em todo o estado, somente 21,5% dos trabalhadores afirmaram possuir incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho.

Conclusão

De maneira geral, considera-se que os dados do Pmaq-AB demonstram maior contribuição dos profissionais da Enfermagem como informantes entrevistados, por serem 95% dos respondentes do programa. Isso parece demonstrar o quanto enfermeiros têm assumido o protagonismo na gestão das equipes de atenção básica no Pará, pois é comum que a avaliação do Pmaq-AB seja respondida por um profissional que ocupa cargo de coordenação.

Os contratos temporários feitos diretamente pela administração pública são os mais presentes no contexto paraense, indicando que a maior parte dos municípios opta por esse tipo de contratação, em detrimento de vínculos mais estáveis, como estatutário. Isso pode implicar em uma alta rotatividade de profissionais, movimento denominado *turnover*, proporcionando a quebra do vínculo estabelecido com os usuários e indo de encontro ao princípio da longitudinalidade do cuidado na atenção básica em saúde, entre outros problemas.

A forma com que a maioria dos profissionais ingressa nas equipes de atenção básica é aquela citada como “outros meios”, que não o concurso público e a seleção pública. Acredita-se que esses “outros meios” de ingresso no serviço público sejam principalmente por indicação, cuja prática é comum no estado do Pará, para contratação de profissionais da saúde, dando margem para influências político-partidárias nas escolhas daqueles que irão atuar nas referidas equipes.

A precariedade no trabalho desses profissionais também passa pelo registro de que grande parte não possui plano de carreira. Essa informação se relaciona à maior ocorrência de contratos temporários. Além de não haver plano de carreira para os que trabalham temporariamente, geralmente, quando há, é mais presente aos vínculos estatutários. Quando há plano de carreira, é comum haver progressão por antiguidade, por avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (por mérito), por titulação e formação profissional. Verificou-se também que a presença de qualquer incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho é muito baixa. Estes últimos são mecanismos importantes que podem servir como motivadores para os profissionais atuarem na Atenção Básica em Saúde e como política de fixação em regiões onde há escassez de profissionais de saúde.

Referências

ALVARENGA, Eric Campos *et al.* Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 10, n. 1, p. 58-72, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912018000100005. Acesso em: 17 set. 2020.

ALVARENGA, Eric Campos. **A corda bamba do trabalhar das equipes de saúde da família de Belém**. 2018. 190 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 nov. 2020.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e; ARAÚJO, Tânia Maria de. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 150-157, 2017.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro; ARAÚJO, Tânia Maria de. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 20, n. 4, p. 422-429, 2018.

COSTA, Rossana Mota *et al.* O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 24, p. 147-163, 2012.

FERNANDES, Janielle Silva *et al.* A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.

GARRIDO-PINZÓN, Johanna; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-11, 2017.

KREIN, José Dari; OLIVEIRA, Roberto Vêras de; FILGUEIRAS, Vitor Araújo. As reformas trabalhistas: promessas e impactos na vida de quem trabalha. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 86, p. 225-229, 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

4.3 Capítulo III – Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica no estado do Pará

André Lucas de Lima Dias
Andréa das Graças Ferreira Frazão
Aurilívia Carolinne Lima Barros
Ellen Christiane Corrêa Pinho
Juliana Gagno
Laura Soares Tupinambá
Messias Lemos
Pietra de Sousa Carneiro
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Introdução

As Equipes de Saúde da Família (eSF) são consideradas estratégias primordiais de atenção à saúde e de reorganização da Atenção Básica (AB), sendo responsáveis por expandir, qualificar e consolidar a AB no Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de trabalho das eSF é organizado de modo resolutivo, impactando na situação das populações e coletividades, por sua capacidade de melhoria do acesso, por redução de mortalidades, por possibilitar diagnóstico e tratamento precoce dos problemas de saúde e por contribuir para a redução de cuidados especializados evitáveis (STARFIELD; SHI; MACINCKO, 2005), sendo um modelo essencial na relação custo-efetividade dos serviços (BRASIL, 2017).

A efetivação das atividades na AB ocorre através de funções e características específicas orientadas pelos fundamentos do SUS. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), o processo de trabalho na AB envolve aspectos como territorialização, acolhimento, atendimento domiciliar, promoção da saúde e ações intersetoriais com base nas necessidades locais, assim como práticas que favoreçam a Unidade Básica de Saúde (UBS) como porta de entrada preferencial, acessível e resolutiva (BRASIL, 2017).

A ênfase neste capítulo será voltada às dimensões territorialização, organização de prontuários, apoio institucional, acolhimento e organização da agenda e das informações correspondentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A definição do território e da população de referência, estabelecidos pelas eSF, apresenta-se como uma ferramenta fundamental para organizar os serviços de saúde, devendo considerar as características epidemiológicas e situações-problemas particulares de cada localidade (GONDIM *et al.*, 2008; FARIA, 2013).

Ainda no contexto da gestão dos serviços da AB, destaca-se a utilização dos prontuários dos usuários atendidos nas UBS, essenciais para o adequado acompanhamento das intervenções em saúde realizadas no âmbito individual e coletivo. Esses prontuários contribuem para a fundamentação do histórico clínico e a compreensão holística do usuário por conterem, inclusive, dados socioeconômicos, e constituem-se em importante instrumento para os sistemas de informação em saúde e de análise epidemiológica (MENDES; SANTOS, 2018).

O planejamento consiste em um mecanismo de ações contínuas, a partir da necessidade de conhecer a realidade e definir alternativas para transformá-la. Assim, no âmbito dos serviços de saúde, planejar significa caminhar rumo à obtenção dos objetivos e da redução de incertezas, tornando imprescindível sua prática no cotidiano das equipes, garantindo segurança e maior assertividade às ações e impactando positivamente nos indicadores e na assistência de qualidade (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

A organização da agenda representa uma forma de gerenciamento de atendimentos nas UBS e, ao mesmo tempo, um mecanismo de acessibilidade dos usuários às ações e aos serviços de que necessitam. Aspectos importantes para essa organização envolvem: conciliar demanda programada com demanda espontânea nos atendimentos das UBS, reduzir desconfortos em filas e tempo de espera para consultas, assegurar boas experiências para o alcance da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados (BRASIL, 2007; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Nessa perspectiva considera-se, para o processo de trabalho em equipe, o acolhimento como um caminho de facilitação do acesso, tecnologia de cuidado e mecanismo de organização. Vislumbra-se, na prática desse acolhimento, a possibilidade de ampliar o diálogo para uma escuta qualificada, estimular o vínculo entre usuários e profissionais e proporcionar a otimização da demanda espontânea – realidade recorrente entre as unidades que, por vezes, não possuem capacidade suficiente para atendimentos devido às fragilidades em recursos físicos e materiais (NUNES, 2018).

Ao mesmo tempo, o processo de trabalho engloba a busca ativa dos usuários (faltosos ou com tratamento em atraso), fundamental para o profissional atuante no nível primário, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e para a redução de iniquidades sociais encontradas em determinadas regiões. O trabalho multiprofissional deve estar apto a exercer a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, assim como estabelecer as condições para a identificação precoce e o acompanhamento efetivo de condições crônicas recorrentes, como

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus, e doenças transmissíveis como a Tuberculose e a Hanseníase (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A partir da compreensão da atenção integral em saúde como um conceito facilitador do acesso, da integralidade e do cuidado continuado, a organização do trabalho deve abranger o cenário intradomiciliar no planejamento em saúde, uma vez que o cuidado domiciliar amplia, qualifica e potencializa a qualidade do serviço. A Visita Domiciliária (VD), prevista como uma das principais ações das eSF no cuidado individual, domiciliar e comunitário e descrita na Política Nacional de Atenção Domiciliar (Pnad), procura basear-se no acompanhamento de usuários de forma clara, efetiva, equânime e extremamente responsável, para que determinadas situações não sejam negligenciadas por profissionais de saúde (SAVASSI, 2016). Por consequência, permite que as condições socio sanitárias sejam passíveis de intervenção, o mais precocemente possível, evitando agravamentos.

Assim, ante o exposto, este capítulo tem como objetivo apresentar os dados referentes ao processo de trabalho das equipes de atenção básica no estado do Pará, suas Macrorregiões e Regiões de Saúde, descrevendo os resultados e as peculiaridades dos achados, no intuito de fornecer subsídios para a melhoria do referido processo de trabalho.

Resultados

a) Utilização de critérios de territorialização e população de referência (tabela 1)

A maioria das equipes possui área de abrangência definida (98,4%), e ao observar as macrorregiões do estado do Pará, nota-se que os percentuais ficaram próximos: 99,1% (M2), 98,9% (M4), 98,4% (M1) e 96,7% (M3). Ao averiguar os resultados das regiões de saúde do Pará, foi constatado que Carajás-R11 (100%) e Metropolitana I-R1 (99,6%) apresentavam os maiores valores, enquanto Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4) os menores, 90,9% e 92,3%, respectivamente.

No que diz respeito ao mapa com desenho do território de abrangência, 92,4% das equipes do Pará o possuem. Já em relação às macrorregiões do estado, a M2 (96,0%) e a M1 (92,5%) apresentaram as maiores proporções, e M3 (86,7%) e M4 (91,7%), as menores. No que tange às regiões de saúde, a Marajó II-R7 (98,2%) e a Metropolitana I-R1 (97,0%) obtiveram os resultados mais positivos; no entanto, na Metropolitana III (R3) e na Rio Caetés (R4), apenas 77,3% e 73,1% das equipes, respectivamente, possuem mapa com desenho do território de abrangência.

Com relação aos territórios descobertos pela AB, no Pará, 61,6% das equipes afirmaram que existem populações residentes no entorno da área que não estão cobertas por eSF. No que concerne às macrorregiões do Pará, observam-se valores diversos: M1 (73,6%), M3 (65%), M4 (62,6%) e M2 (45,0%). Ao avaliar as regiões de saúde do Pará, as que tiveram os maiores percentuais de populações descobertas no território de abrangência foram Rio Caetés-R4 (84,6%) e Carajás-R11 (82,1%), e os menores, Marajó II- R7 (33,3%) e Tapajós-R9 (45,5%).

Analisando a frequência de atendimento da equipe às pessoas fora da sua área de abrangência, os dados demonstraram que a prática no Pará é realizada diariamente (75,1%). Esse cenário pode ser evidenciado de acordo com os dados referentes às macrorregiões M4 (82,5%) e M2 (78,2%), que também obtiveram os melhores resultados na prática diária. As regiões de saúde Carajás-R11 (93,5%) e Metropolitana II-R2 (87,8%) são as que mais relatam atender pessoas fora da área de abrangência, em contraste com a Metropolitana I-R1 (61,9%) e a Tapajós-R9 (53,3%).

Quanto à opção do usuário de escolher a equipe para atendê-lo, os dados consolidados do Pará demonstraram em sua maioria não haver essa possibilidade, pois não existe outra equipe no serviço (53,5%). Diante disso, as macrorregiões M2 (71,3%) e M4 (60,8%) destacaram a ausência de outra equipe para a referida escolha, chegando a 80,7% e 80,0% nas regiões Marajó II (R7) e Xingu (R10), respectivamente.

A gestão considera critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe, segundo 63,6% dos respondentes do estado. Em conformidade, as macrorregiões M2 (70,0%) e M4 (64,2%) demonstraram resultados que corroboram os dados consolidados do Pará. A Marajó I-R6 (73,2%) e Marajó II-R7 (72,1%) tiveram as respostas positivas com o alto percentual, enquanto as equipes da Metropolitana III-R3 (18,2%) e Rio Caetés-R4 (19,2%) alegaram não saber se o procedimento é realizado.

b) Organização dos prontuários das Unidades Básicas de Saúde (tabela 2)

A maioria das equipes (82,4%) organiza os prontuários por núcleos familiares, com os extremos variando entre 42,3% na Rio Caetés (R4), até 90,6% e 96,4% na Metropolitana II (R2) e Marajó II (R7), respectivamente, e de 71,3% na M4 a 90,8% na M2. Esses registros ainda são realizados em papel por 96,9% das equipes paraenses, alcançando 100% nas regiões Metropolitana II (R2), Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Marajó I (R6) e Baixo Amazonas (R8). Por outro lado, apenas 11,1% registram em prontuários eletrônicos, os quais não são utilizados na Metropolitana II (R2), Rio Caetés (R4) e Tocantins (R5); porém, 42,4%

das equipes da Tapajós (R9) os utilizam, repercutindo na variação dos percentuais entre a M2 (2,1%) e a M3 (20,6%). Das regiões que utilizam o prontuário eletrônico, apenas a Metropolitana I (R1) usa prontuário próprio (6,1%).

Apesar da baixa utilização de prontuários eletrônicos, o que pode ser resultante de diversos fatores, entre os quais dificuldades com acesso à internet no estado, 96,0% das equipes receberam qualificação ou capacitação para tal (75,2% destas para todos os profissionais da equipe), possivelmente motivadas pela implantação do e-SUS AB desde 2011. Apenas equipes da Metropolitana I-R1 (6,5%), Xingu-R10 (11,1%) e Araguaia-R13 (25,0%) se referiram a não ter recebido qualquer capacitação.

Nesse contexto, os profissionais relataram que, em caso de dúvidas na utilização do prontuário eletrônico, apoiam-se: na folha de rosto (88,8%), anotações Soap⁵ – avaliação (81,6%), anotações Soap – plano (80,0%), anotações Soap – objetivo (80,0%), anotações Soap – subjetivo (79,2%), gestão municipal (74,4%), lista de problemas (64,0%), colegas de trabalho (60,3%), antecedentes (60,0%), materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde (38,0%), Disque Saúde 136 (9,9%) e Telessaúde (8,3%). Com exceção da Metropolitana III (R3) – que consulta apenas a folha de rosto (100%) –, as demais regiões diversificam seu apoio para sanar dúvidas.

c) Realização de planejamento e apoio institucional (tabela 3)

Os resultados deste tópico contemplam desde a realização das reuniões de equipe, passando pelo planejamento e pela utilização das informações de saúde no processo de trabalho, até as atividades de avaliação e autoavaliação e apoio institucional.

Quando questionadas se realizam reuniões, 99,4% das equipes do estado responderam positivamente – 99,2% na M1, 99,7% na M2, 98,3% na M3 e 100,0% na M4. Em relação às regiões de saúde, em oito das 13 equipes 100% informaram realizar (Metropolitana III-R3, Rio Caetés-R4, Tocantins-R5, Marajó II-R7, Tapajós-R9, Carajás-R11, Lago Tucuruí-R12 e Araguaia-R13), enquanto na Xingu (R10), 96,4% promovem a atividade.

A periodicidade das reuniões é semanal em 29,6% das equipes respondentes do estado, sendo 43,8% da macrorregião M1 e 14,1% da M3; de 45,6% e 46,0% das regiões Metropolitana I (R1) e Metropolitana II (R2), respectivamente; e apenas 11,7% na Marajó II (R7) e 9,4% na Xingu (R10). A periodicidade quinzenal, por sua vez, é realidade para 21,9% das equipes paraenses, sendo maior nas regiões

⁵ O Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (Soap) é o método de registro da nota de evolução do paciente utilizado no prontuário eletrônico do e-SUS AB, que permite registrar de forma sintética e estruturada as questões subjetivas, além das impressões objetivas sobre o estado geral do cidadão.

Tocantins-R5 (29,9%) e Tapajós-R9 (30,3%) e na macrorregião M2 (23,9%) e menor na Araguaia-R13 (12,7%). E, ainda, 41,9% das equipes do estado relatam realizar reuniões mensais.

Ao serem questionadas quanto à realização de alguma atividade para o planejamento de suas ações, 100% das equipes das regiões Tapajós (R9) e Carajás (R11) responderam positivamente, seguidas pelas regiões Metropolitana II-R2 (98,4%), Marajó II-R7 (98,2%), Baixo Amazonas-R8 (97,8%), Lago Tucuruí-R12 (97,2%) e Araguaia-R13 (98,0%). A macrorregião com maior percentual de realização de atividades para o planejamento de suas ações foi a M4, com 98,1%, e aquela com o menor foi a M1 (94,4%). No estado do Pará, 96,5% das equipes se referiram a realizar alguma atividade para esse planejamento.

A periodicidade das atividades de planejamento das ações era semanal em 25,6%, 24,0% e 23,8% das equipes da Metropolitana I (R1), Araguaia (R13) e Metropolitana II (R2), respectivamente, e 24,6% da M1; enquanto 25,0% da Carajás (R11) as realizam quinzenalmente. As macrorregiões apresentaram periodicidade quinzenal equiparada – variando entre 14,5% e 16,9% das equipes.

A frequência mensal das atividades de planejamento foi a mais evidente entre as equipes do estado (57,8%), variando de 44,8% a 71,7% nas regiões, com as macrorregiões M2 (67,8%) e M3 (63,6%) apresentando os maiores percentuais. As periodicidades bimestral, trimestral, semestral e anual, tanto no nível regional quanto macrorregional e estadual, não superaram 10%.

Quanto ao monitoramento e à análise dos indicadores e informações de saúde, o percentual de equipes que afirmou realizar varia de 50,0% (Rio Caetés-R4) a 97,0% (Tapajós-R9). Nas macrorregiões, os valores vão de 73,6% na M1 a 85,6% na M3. E, ainda, 79,8% das equipes do estado do Pará se referiram a realizar o monitoramento e a análise dos indicadores e informações de saúde.

Ao serem questionadas se consideram os resultados alcançados em ciclos anteriores de participação do Pmaq na organização do processo de trabalho, 63,9% das equipes afirmaram que “sim” no estado do Pará, variando entre 31,8% (Metropolitana III-R3) e 76,5% (Araguaia-R13) nas regiões e entre 57,9% (M1) e 67,5% (M4) nas macrorregiões. Entre as equipes entrevistadas, 16,4% relataram não considerar os resultados alcançados em ciclos anteriores de participação do Pmaq na organização do seu processo de trabalho. Entretanto, 19,7% das equipes disseram não ter participado de ciclos anteriores do Pmaq-AB, chegando a 50,0% na R3 e 24,0% na M1.

Por outro lado, 85,7% das equipes se referiram a ter realizado algum processo de autoavaliação no último ano, sendo as menores taxas na região Rio Caetés-R4

(73,1%) e macrorregião M1 (84,0%) e as maiores taxas na região Marajó II-R7 (95,5%) e macrorregião M4 (87,9%).

Os instrumentos mais utilizados pelas equipes paraenses nessa atividade foram os da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Amaq), em sua versão impressa (42,6%) ou eletrônica (51,9%), e os instrumentos estaduais, os menos utilizados (0,2%). O Amaq impresso foi menos frequente na Metropolitana II-R2 (29,8%) e mais frequente na Baixo Amazonas-R8 (62,0%), enquanto o Amaq eletrônico foi respondido por 32,9% das equipes na Baixo Amazonas (R8) e 88,2% na Metropolitana III (R3).

Quanto ao recebimento de apoio institucional permanente para discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho, auxiliando nos problemas identificados, 100% das equipes de três regiões se referiram a tê-lo recebido (Metropolitana III-R3, Tapajós-R9 e Carajás-R11). As demais regiões ficaram em valores entre 78,7% e 96,4%. A macrorregião com menor percentual de equipes foi a M1 (82,9%) e com o maior, a M3 (96,1%). No estado do Pará, 90,1% das equipes se referiram a receber apoio institucional.

Ao se considerar a avaliação do trabalho conjunto com o apoiador institucional, a maioria das equipes avaliou como bom e muito bom, superando os 70% e, em alguns casos, chegando ou aproximando-se de 100% (Metropolitana I-R1, Marajó I-R6, Marajó II- R7, Baixo Amazonas-R8, Tapajós-R9, Xingú-R10, Carajás-R11 e Araguaia-R13). Apenas duas regiões consideraram ruim: Marajó I-R6 (1,5%) e Baixo Amazonas-R8 (2,3%). Em nível estadual, 37,8% das equipes consideraram o trabalho conjunto com o apoiador institucional muito bom, 53% bom, 8,9% razoável e 0,4% ruim. Nenhuma equipe considerou o trabalho como muito ruim.

Em relação à disponibilidade de informações pela gestão que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência, a maioria das equipes se referiu a haver disponibilidade, sendo as menores proporções na região Rio Caetés-R4 (73,1%) e macrorregião M1 (81,3%) e as maiores, na região Tapajós-R9 (97,0%) e na macrorregião M3 (93,3%). No estado do Pará, 88,1% das equipes afirmaram haver tal disponibilidade de informações pela gestão.

d) Organização das formas de atendimento (tabela 4)

Na tabela 4 estão descritas as variáveis relativas à organização das formas de atendimento. Em relação ao agendamento presencial na unidade, a totalidade (100%) dos serviços realiza essa prática. Na análise por regiões, Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4) não fazem agendamento por telefone, em contrapartida, na Lago Tucuruí (R12), 17,8% adotam esse formato. O agendamento por telefone é mais utilizado na

macrorregião M4 (12,8%) que na M1 (5,1%), e no Pará isso representa 8,7% das respostas, valores em geral bem baixos.

A utilização de redes sociais (Facebook, WhatsApp etc.) não foi mencionada nas regiões Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4), sendo mais usada na Tapajós-R9 (15,2%) e na macrorregião M3 (11,1%) e em apenas 4% das equipes da M1. No estado, o agendamento por redes sociais atingiu 6,6%, enquanto por site ou aplicativo específico é praticamente inexistente (0,1%).

Quanto à marcação da próxima consulta no final da anterior, destaca-se o elevado percentual de adesão à essa prática, principalmente na Metropolitana III-R3 (100%), nas macrorregiões M1 (91,2%) e M2 (90,8%) e no Pará (90,1%). O procedimento de marcação da consulta pela equipe e de posterior comunicação ao usuário ocorreu com maior frequência nas regiões Tocantins-R5 (26,9%) e Metropolitana I-R1(25,1%), sendo menos utilizado na Xingu-R10 (10,9%). Para o estado, esse valor foi de 20,2%.

A marcação da próxima consulta pelo usuário na unidade de saúde é mais frequente nas regiões Tocantins-R5 (32,8%) e Metropolitana I-R1 (32,3%), e menos frequente na Marajó II-R7 (17,1%). Nas macrorregiões destacam-se a M1 (30,1%) com maior valor e a M2 (20,8%) com o menor valor. No estado, 25,3% das equipes se referiram a essa prática.

Outra variável analisada foi a solicitação ao usuário para que na próxima consulta compareça à UBS no dia de atendimento programático e de cuidado continuado (sem agendamento prévio), observando-se valores inferiores a 20% em todas as regiões – inexistente na Rio Caetés (R4) – e 15% no estado.

A necessidade de o usuário, no dia da consulta, ficar na fila e pegar senha para o atendimento, aconteceu com maior frequência nas regiões Xingu-R10 (7,3%) e Tocantins-R5 (6,0%), registrando-se ausência dessa ocorrência na Rio Caetés (R4) e Baixo Amazonas (R8). Nas macrorregiões, a maior frequência foi na M2 (5,5%) e menor na M1 (2,7%) e M3 (2,8%). No estado, alcançou 3,7%.

A condição na qual o usuário sai da unidade com a consulta marcada, nas situações em que não seja preciso atendimento no mesmo dia, os maiores percentuais foram na Marajó I-R6 (97,3%), Baixo Amazonas-R8 (95,7%) e Marajó II-R7 (95,5%). Em todas as macrorregiões foi superior a 90%, com maior ocorrência na M2 (96%) e M3 (94,4%). No estado, esse valor foi 93%.

A última variável da Tabela 4 refere-se à equipe de atenção básica haver realizado avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses. As regiões Carajás-R11 (69,6%) e Tapajós-R9 (63,6%) e as macrorregiões M4 (62,3%) e M2 (59,6%) apresentaram percentual mais positivo de respostas e as regiões Rio

Caetés-R4 (30,8%) e Metropolitana III-R3 (50,0%) com as mais baixas. Para o estado, o percentual foi de 58,0%.

e) Acolhimento e atendimento à demanda espontânea (tabela 5)

A realização de acolhimento é observada na maioria das equipes do estado (99,0%), com valores aproximados entre as regiões e 100% na macrorregião 2. No contexto geral, o acolhimento é realizado pela quase totalidade das equipes respondentes, no turno da manhã (98,9%). A distribuição de fichas/senhas para o atendimento à demanda espontânea é observada em parcela significativa das equipes do estado (26,8%), sendo o maior na Rio Caetés-R4 (66,7%) e na M3 (32,4%).

O atendimento por ordem de chegada é o formato mais observado (72,4%), e ao se avaliar a distribuição por regiões, a Tocantins (R5) apresenta o maior valor relativo (88,1%); em relação às macrorregionais, a M4 destaca-se com o maior valor observado (83,9%). A identificação de risco/vulnerabilidade do usuário é observada por 89,3% das equipes do estado, com destaque para as regiões Marajó II (R7) e Xingu (R10), que apresentam as maiores taxas (96,4% e 96,3%, respectivamente).

No que se refere aos tipos de atendimento realizado, os de urgência apresentam o menor número de respostas positivas (82,7%); já a renovação de receitas apresenta o maior (97,3%), ressaltando-se a Carajás (R11), onde 100% das equipes responderam positivamente para as duas variáveis.

A utilização de protocolos para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento é mais observada na Tapajós-R9 (93,0%) e na Metropolitana II-R2 (80,4%), valores superiores aos observados no contexto estadual (76,0%). A capacitação dos profissionais foi informada por 82,0% das equipes, tendo a Rio Caetés- R4 mostrado o menor percentual (55,6%). O acesso a meios de remoção dos usuários é informado por 84,7% das equipes, tendo na M9 o valor de 100% de respostas positivas.

f) Oferta de ações e procedimentos (tabela 6)

Quanto à oferta de coleta de exames na unidade, o percentual entre as regiões variou de 22,7% (Metropolitana III-R3) a 56,3% (Metropolitana I-R1) – a maioria apresentando cerca de 30% de realização de coleta de exames. A macrorregião M3 apresentou menor proporção (37,2%) e a M1 (49,3%) o maior. Já o percentual estadual foi de 44,0%.

Constatou-se que 77,4% das equipes do estado dispõem de um documento orientador com as ações e os procedimentos ofertados ao usuário (como a carteira de serviços), variando de 55,9% (Metropolitana I-R1) a 100% (Tapajós-R9) nas regiões de saúde e de 62,4% (M1) a 87,8% (M3) nas macrorregiões.

A realização dos exames laboratoriais (sangue, urina e fezes) ocorre em cerca de 47,5% das equipes paraenses e em menos de 40% nas regiões Metropolitana II (R2), Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Baixo Amazonas (R8), Tapajós (R9), Xingu (R10), Carajás (R11), Lago Tucuruí (R12) e Araguaia (R13), com os maiores números relativos na Metropolitana I-R1 (69,6% a 70,9%) e na macrorregião M1 (58,9% a 63,2%). As macrorregiões M3 e M4 realizam menos os procedimentos em questão (23,9% a 31%).

O eletrocardiograma não é realizado nas regiões Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Baixo Amazonas (R8) e Carajás (R11) e é oferecido por menos de 10% das equipes nas outras regiões, o que reflete num percentual de apenas 3,6% no estado do Pará.

Entre os procedimentos ambulatoriais investigados na pesquisa, a minoria das equipes se referiu em realizar drenagem de abcesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvidos e extração de unhas, com o menor percentual na Metropolitana I-R1 (26,6%; 11,4%; 27,8% e 14,4% conforme os respectivos procedimentos). Já as regiões Marajó II (R7), Tapajós (R9) e Araguaia (R13) variam de 81,4% a 91,9%. A macrorregião com o menor percentual de realização desses procedimentos foi a M1 (variando entre 28,5% e 42,1%) e os maiores a M3 (68,3%) e M4 (97,4%). O estado do Pará realiza os procedimentos segundo 57,6% a 68,5% das equipes respondentes.

Os procedimentos ambulatoriais com maior expressividade de execução entre as equipes foram retirada de pontos, nebulização, curativos, medicações injetáveis intramusculares e endovenosas, com taxas mais elevadas para retirada de pontos e curativo, de forma que em muitas regiões 100% das equipes realizam tais procedimentos (Metropolitana II-R2, Marajó II-R7, Tapajós-R9 e Araguaia-R13). As regiões Metropolitana I (R1), Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5) e Lago Tucuruí (R12) apresentam percentuais abaixo dos 90% na maioria dos procedimentos citados. Entre as macrorregiões, a que menos realiza é a M1 (83,5% a 90,4%) e a que mais realiza é a M4 (92,8% a 98,1%). Nesses itens, as respostas afirmativas das equipes do estado variaram entre 83,0% a 95,2%.

O procedimento com menor ocorrência analisado nesta seção é a inserção do do Dispositivo Intrauterino (DIU) – acima de 10% na região Araguaia-R13 (17,6%), sendo os menores valores nas regiões Metropolitana I-R1 (1,1%), Metropolitana III-R3 (0%) e Marajó II-R7 (0,9%). Entre as macrorregiões, os menores percentuais estão na M1(2,7%) e M2 (2,8%) e o maior na M4 (11,3%). Apenas 5,3% das equipes do estado do Pará realizam a inserção de DIU. Um número reduzido de equipes informou não ter realizado nenhum dos procedimentos citados anteriormente. Todas as equipes das regiões Metropolitana II (R2), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Marajó II (R7), Tapajós (R9), Carajás (R11) e Araguaia (R13) realizam um ou mais

dos procedimentos citados anteriormente. A região com o maior número de equipes que relatou não haver realizado nenhum dos procedimentos referidos anteriormente foi a Metropolitana I-R1 (9,5%). A macrorregião M3 apresenta a menor taxa (0,3%) e a M1 a maior (6,9%). No Pará, 2,7% das equipes relataram não haver realizado nenhum dos procedimentos citados anteriormente.

g) Informações correspondentes ao Agente Comunitário de Saúde (Tabela 7)

Os resultados mostram que o ACS está presente em 100% das equipes da M1 e em 99% nas demais macrorregiões. No Pará, a presença desse profissional na equipe alcançou 99,7%. Percentuais expressivos também foram observados em todas as regiões, sendo Tapajós (R9) a região com o menor deles (97%).

A segunda variável refere-se à existência de população descoberta pelo trabalho dos ACS. Os valores mais altos estão nas regiões Carajás-R11 (85,7%) e Rio Caetés-R4 (92,3%) e macrorregiões 1 (72,5%) e 3 (65,9%), enquanto os valores mais baixos aparecem nas regiões Marajó II-R7 (36,9%) e Marajó I-R6 (47,3%). No estado, esse percentual foi de 61,3%.

Em relação ao fornecimento pela Secretaria Municipal de Saúde de normas para o desenvolvimento do trabalho dos ACS, as regiões Metropolitana III (R3), Tocantins (R5), Marajó II (R7), Carajás (R11), Lago Tucuruí (R12) e Araguaia (R13) registraram 100% e o menor valor ocorreu na Rio Caetés-R4 (88,5%). A M3 teve o maior percentual (96,1%) e a M1 o menor (89,9%). O estado alcançou 92,8%.

Nesse tópico foi avaliado, ainda, se as famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade. Entre as 13 regiões, seis alcançaram 100% (Metropolitana III-R3, Tocantins-R5, Marajó II-R7, Carajás-R11, Lago Tucuruí-R12, Araguaia-R13), assim como a macrorregião 4, os mais baixos, por sua vez, aparecem na região R4 (88,5%) e macrorregião M3 (96,7%). No Pará, o percentual foi de 98,4%.

Conclusão

A análise do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica evidenciou distintos avanços e fragilidades entre as regiões e macrorregiões do Pará. Por um lado, houve avanços na constituição das equipes em todo o estado com área de abrangência definida. Entretanto, ainda persiste um expressivo número de usuários não cobertos pelas ações das eAB.

Outro resultado importante refere-se aos instrumentos de organização, como os prontuários, com elevada utilização de prontuários de papel e ausência de prontuários

eletrônicos em grande parte do território paraense. Além disso, as ações de planejamento e gestão também padecem de engajamento e execução adequada no estado, refletindo as carências estruturais do sistema de saúde que impactam diretamente nas condições de trabalho das equipes. Um ponto positivo de destaque é a existência de reuniões de equipe, contudo, elas ocorrem sem regularidade. Caberia potencializar as ferramentas de planejamento para a melhoria do cuidado em saúde.

Os achados relativos à organização da agenda para atendimento ao usuário revelaram aspectos positivos quando essa ação é realizada presencialmente no serviço de saúde. Em contrapartida, precisa avançar na organização de atendimento à demanda espontânea, assim como na adoção de tecnologias envolvendo a viabilização de um sítio eletrônico ou aplicativo específico para tal atividade. Há, ainda, necessidade de aumentar a oferta de realização de exames para a população do estado, considerando que os resultados mostraram valores baixos de exames importantes para promoção da saúde e prevenção de doenças. Positivamente, os dados mostram que a maioria das eAB do estado recebe e segue orientações normativas e realiza visitas periódicas aos usuários em todo o estado.

Analisando esses resultados no contexto de escassez de recursos para o Sistema Único de Saúde, verifica-se fortemente que a eAB possui muitos pontos positivos, apesar da heterogeneidade entre as regiões de saúde, e deve ser fortalecida para ultrapassar os desafios, consolidando-se como importante estratégia de garantia de dignidade de vida e saúde para toda a sociedade paraense.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde:** documento base. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 121-130, 2013.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In:* MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

LACERDA, Josimari Telino de; BOTELHO, Lúcio José; COLUSSI, Cláudia Flemming. **Planejamento na Atenção Básica**. 2016. 62 f. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 62 p. (Eixo 2 – O Trabalho na Atenção Básica), 2016.

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

MENDES, Milene Arlinda de Lima; SANTOS, Elaine Silva dos. Organização dos prontuários dos pacientes em uma unidade básica de saúde de Maceió. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 3, n. 1, p. 710-720, 2018.

NUNES, Tainara Barbosa. **Avaliação do acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde e intervenções para melhoria**. 2018. 50 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SANTOS, Débora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 861-870, 2018.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINCKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 83, n. 3, p. 457-502, Sep. 2005.

4.4 Capítulo IV – Processo de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no estado do Pará

Amanda Menezes Medeiros
Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos
Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides
Andréa das Graças Ferreira Frazão
Helder Henrique Costa Pinheiro
Naíza Nayla Bandeira de Sá

Introdução

Na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a Atenção Básica-(AB) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), representam importantes estratégias de organização e execução das ações de saúde nos territórios (CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012).

No contexto da AB, muitos programas surgiram para executar as ações previstas, entre eles o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008). O Nasf-AB é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, que define os núcleos como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e o programa Academia da Saúde (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 3.142/2012 definiu 3 modalidades de Nasf-AB, de acordo com o número de equipes vinculadas e considerando-se a somatória de carga horária profissional, quais sejam: Nasf 1, vinculado a 5 a 9 equipes, somando, no mínimo, 200 horas semanais variando de 20 a 80 horas semanais para cada ocupação; Nasf 2, vinculado a 3 a 4 equipes, somando, no mínimo, 120 horas semanais variando de 20 a 40 horas semanais para cada ocupação; e Nasf 3, vinculado a 1 a 2 equipes com, no mínimo, 80 horas semanais variando de 20 a 40 horas semanais para cada ocupação. A composição das equipes do Nasf-AB deve incluir profissionais de diferentes áreas de conhecimento, sendo definida pelo gestor municipal com apoio das equipes de atenção básica e de acordo com as necessidades identificadas no território, perfil epidemiológico e condições socioeconômicas da população (BRASIL, 2014).

Nesse modelo de cuidado, a atuação do Nasf-AB prioriza ações de prevenção e promoção da saúde, com enfoque intersetorial a partir da atuação conjunta dos profissionais, estabelecimento de vínculos com a comunidade atendida, abrangência territorial definida para atuação de cada equipe, e delimitação de grupos prioritários para a execução do conjunto de ações para o controle de determinados agravos (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho do Nasf-AB é orientado pelo apoio matricial, no qual, por meio da construção compartilhada, incluindo o compartilhamento de problemas, a troca de saberes entre os profissionais, a pactuação as intervenções, e considerando as responsabilidades comuns e específicas, as equipes definem uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica, visando, de forma interdisciplinar, aumentar a integralidade e resolutividade clínica dos atendimentos e possibilitando a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que vai orientar o cuidado em saúde (SANTOS *et al.*, 2017).

Assim, o objetivo deste capítulo é descrever o processo de trabalho do Nasf-AB no Pará com base nos dados do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), relativo ao período de 2017 a 2018.

Resultados

No estado do Pará observou-se que as equipes são compostas, majoritariamente, por assistentes sociais (55,3%), fisioterapeutas (54,1%), nutricionistas (51,8%) e psicólogos (49,4%). Entretanto, também se constatou que não houve percentual de participação da classe médica, o que é importante destacar visto que as equipes do Nasf atuam de forma integrada e compartilhada com a equipe da atenção básica, na construção conjunta de projetos, o que requer a sua presença deste profissional regularmente na unidade (tabela 1). Contudo, vale evidenciar que existe uma demanda de atendimento para este profissional, que pode ser o fator de não percentualidade na pesquisa (tabela 1).

Todas as equipes paraenses entrevistadas realizavam no mínimo uma atividade relacionada à gestão do Nasf e mais de 75,0% das equipes realizam todas as ações/atividades citadas no instrumento de avaliação externa. Não houve avaliação externa dos Nasfs nas regiões de saúde Baixo Amazonas (R8), Tapajós (R9) e Xingu (R10), que compõem a Metropolitana III (R3), e por esse motivo não há resultados (tabela 2).

No estado do Pará, 92,9% dos Nasfs possuíam responsável ou coordenação no âmbito da gestão municipal, sendo que a Marajó I (R6) foi a que apresentou o maior

percentual de equipes sem coordenação (20,0%), seguida da Metropolitana I (R1) com 11,1%. No que diz respeito ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação de atividades e à realização de encontros mensais entre a equipe e a coordenação, aproximadamente todas as equipes do Pará responderam de forma positiva, com 97,5%, 94,9% e 98,7%, nessa ordem (tabela 2).

Recebem ofertas de atividades pedagógicas 81% das equipes Nasf, com números mais baixos nas regiões Metropolitana I (R1), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12), cada uma com 66,7%. O apoio intersetorial e intrasetorial é frequente em 87,3% e 82,3% das equipes, respectivamente. Em relação ao número de equipes de atenção básica que cada NASF apoia, a maioria trabalha com pelo menos 5 equipes, sendo 6 equipes o que mais prevalece (tabela 2).

Para auxiliar na composição das equipes Nasf, 76,5% delas fazem o diagnóstico de território no estado. Apenas nas regiões Tocantins (R5) e Carajás (R11) todas as equipes realizam esse diagnóstico. E na região Rio Caetés (R4), nenhuma das equipes o faz (tabela 2).

O Nasf promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica em mais de 90,0% das equipes, exceto na Metropolitana II (R2) e 12, com 66,7% em cada. A maioria dos temas para serem trabalhados na educação permanente são escolhidos pelos profissionais da Equipe de Atenção Básica (96,4%) e do Nasf (94,0%), sendo que a gestão municipal influencia na escolha de somente 56,0% das equipes. A gestão municipal é responsável por oferecer cursos adequados à necessidade dos profissionais do Nasf para atuarem na Atenção Básica em 76,5% do Pará, atingindo 100,0% dos Nasfs nas regiões Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4) e Lago Tucuruí (R12) (tabela 3).

Na tabela 4 são apresentados os dados das equipes do Nasf que aderiram ao Pmaq-AB no estado do Pará, segundo a coordenação do cuidado e integração dessas equipes na rede de atenção à saúde. Assim, considerando os três últimos meses, a maioria dessas equipes referiram que foram acionadas para atendimento não programado no mesmo dia, sendo essa situação mais frequente nas regiões de saúde Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12) (100%, em cada) e menos frequente na Metropolitana II (R2) (66,7%). Já no âmbito das macrorregiões, não se observou muita diferença quanto a esse indicador, sendo as frequências 93,8%; 93,3% e 95,7%, respectivamente, para as macrorregiões Metropolitana I (R1), Metropolitana II (R2) e Rio Caetés (R4).

As equipes informaram que analisam as solicitações de apoio, bem como identificam as suas principais demandas em 100% das regiões que tinham Nasf e nas macrorregiões Metropolitana 2 (R2) e Rio Caetés (R4). Na Metropolitana I (R1),

3,1% das equipes Nasf entrevistadas informaram que não analisam as solicitações de apoio e não identificam as principais demandas das equipes (tabela 4).

Chama a atenção a frequência de equipes na região de saúde Marajó I (R6) (20%), que informaram não realizar avaliação de casos complexos e classificação de risco, assim como as da região de saúde Metropolitana I (R1) (11,1%). No que tange à gestão de encaminhamento e/ou lista de espera para especialista, o Nasf, mediado pela eAB, realiza 100% dessa gestão nas regiões Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12) e com menor frequência na Marajó I (R6) (60,0%); no Pará, 82,4% dessa gestão é realizada pelas equipes do Nasf (tabela 4).

A maioria das equipes entrevistadas nas regiões e macrorregiões referiram que existe aumento de evidência da resolutividade da atenção básica a partir do Nasf, entretanto, as equipes da região de saúde Metropolitana II (R2) foram as que observaram menor evidência de aumento, comparando as regiões (66,7% acham que houve melhora na R 2; 90% na R 6 e 100,0% nas demais regiões) (tabela 4).

Comparando as regiões de saúde, as equipes do Nasf da região de saúde Marajó I (R6), Marajó II (R7) e Metropolitana I (R1) foram as que observaram menor qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada (44,4%; 23,1% e 14,8%, respectivamente); entretanto, 100% das equipes das regiões Metropolitana II (R2), Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12) informaram que houve qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada. No contexto das macrorregiões, a Metropolitana III (R3) teve maior frequência de equipes, concordando com a qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada. Ainda no âmbito da atenção especializada, equipes das regiões de saúde Metropolitana II (R2), Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4) apontaram que não houve redução dos encaminhamentos para a atenção especializada; em contrapartida, a maioria das equipes Nasf das demais regiões de saúde, macrorregiões e do Pará informaram que houve redução desse tipo de encaminhamento (tabela 4).

Todas as equipes do Nasf, exceto as da região Metropolitana II (R2), responderam que ocorreu uma mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e Nasf; 100% delas referiram melhora dos indicadores de saúde da população do território, sendo essa melhora observada menos frequentemente entre as equipes da região de saúde Lago Tucuruí (R12) (33,3% disseram não observar melhora nos indicadores de saúde) (tabela 4).

As equipes do Nasf também informaram aumento do número de casos concluídos pelo Nasf, maior diversidade de ações ofertadas na atenção básica e 100% das equipes nas regiões de saúde, nas macrorregiões e no Pará consideraram que o Nasf auxilia a eAB na qualificação dos encaminhamentos de usuários para outros

serviços de saúde. No Pará, 97,6% das equipes fazem discussão de casos, sendo essa uma prática realizada com menor frequência na região de saúde Marajó I (R6) (10% das equipes referiram não fazer); 31,8% das equipes Nasf no Pará referiram não analisar as listas de espera para determinadas especialidades e discutir os motivos de encaminhamento (tabela 4).

Quanto à capacitação, 100% das equipes Nasf das regiões de saúde Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Marajó I (R6) e Lago Tucuruí (R12) afirmaram existir; em contrapartida, o inverso foi encontrado em 100% das equipes Nasf da região de saúde Metropolitana III (R3). No Pará, 89,4% referiram haver capacitação (tabela 4). Quando questionadas se tinham acesso à contrarreferência dos usuários encaminhados por eles ou pela ESF, apenas 18,8% das equipes Nasf do Pará responderam que sempre têm acesso a essas informações. Na região de saúde 3, 100% das equipes do Nasf informaram que sempre têm acesso à contrarreferência dos usuários encaminhados por eles ou pela eSF, se destacando entre as demais regiões nesse quesito. Aproximadamente 37,0% dos profissionais do Nasf no Pará, mediados pela eAB, sempre entram em contato com os profissionais da rede de referência para trocar informações sobre os pacientes encaminhados. Já o contato na via inversa, ou seja, realizado sempre a partir dos profissionais de saúde da rede que contatam o Nasf, mediados pela equipe Básica de Saúde (eAB) para trocar informações sobre os pacientes encaminhados, foi relatado por 41, 2% das equipes Nasf do estado do Pará; e por fim, 91,8% das equipes do Pará referiram desenvolver atividades com equipes de outros serviços de saúde/pontos de atenção à saúde que não seja a Unidade Básica de Saúde (UBS), entretanto, a região Metropolitana III (R3) referiu não realizar nenhuma atividade desse tipo, destoando das demais regiões com equipes Nasf (tabela 4).

Sobre as ações intersetoriais, 91,8% dos Nasf do estado as desenvolvem. A macrorregião Metropolitana I (R1) apresenta o menor percentual (84,4%). Os setores com maiores participações são o de assistência social (98,7%) e o de educação (97,4%). Seguidos de outros setores como instituições religiosas diversas (70,5%); cultura, esporte e lazer (66,7%); associações de bairro (64,1%); e organizações não governamentais (ONGs) (25,6%) (tabela 4).

Apenas a Metropolitana III (R3) não realiza ações intersetoriais com o setor de cultura, esporte e lazer, mas as regiões Rio Caetés (R4), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12) o fazem integralmente. Todas as equipes do NASF da região Carajás (R11) interagem com as ONGs e apenas as regiões Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4) não estão relacionadas com esse setor. A macrorregião 1 é a mais integrada com as associações de bairro (74,1%) e a com menor interação com as ONGs (14,8%). As regiões Metropolitana II (R2), Metropolitana III (R3) e Rio

Caetés (R4) e as instituições religiosas diversas estão 100,0% integradas e a macrorregião Rio Caetés (R4) é a com menor frequência (69,0%) (tabela 5)

Em todas as regiões de saúde encontram-se o estímulo e a orientação ao desenvolvimento de ações intersetoriais pela gestão municipal, com frequência menor nas regiões Metropolitana I (R1) (85,2%) e Araguaia (R13) (94,1%). Assim acontece em relação à participação do Nasf nas ações promovidas pelo programa Saúde na Escola: há presença de 100,0% das equipes, exceto pela região Araguaia (R13), com 88,2% (tabela 5).

Sobre as ações do Nasf junto ao programa Bolsa Família, a Metropolitana II (R2) apresenta maior frequência (90,0%). E a região Metropolitana III (R3) é a única que não referiu ligação com o programa (tabela 5).

Do total de equipes do Nasf que aderiram ao Pmaq-AB no estado do Pará, 90,6% referiram que realizam o planejamento de suas ações a partir do diagnóstico do território; observou-se menor frequência de planejamento de ações das equipes do Nasf, a partir de diagnóstico do território, na região de saúde Lago Tucuruí (R12) (66,7%) e na macrorregião Metropolitana I (R1) (84,4%) (tabela 6).

Apenas 64,7% das equipes do Nasf do Pará informaram que as ações do Nasf são sempre planejadas de forma articulada ao planejamento das equipes de atenção básica; em contrapartida, as regiões de saúde Metropolitana II (R2), Rio Caetés (R4) e Lago Tucuruí (R12) referiram que 100% dessas ações são sempre planejadas de forma articulada ao planejamento das equipes de atenção básica; já nas macrorregiões, a Metropolitana II (R2) apresentou a maior frequência (70%) de sempre articular as ações com AB (tabela 6).

A maioria das equipes do Nasf relatou que se reúnem para discutir os seus processos de trabalho, sendo mais frequente nas regiões de saúde Metropolitana I (R1), Metropolitana II (R2), Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4), Tocantins (R5), Marajó II (R7), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12) (100%) e na macrorregião Metropolitana I (R1) (100%). No Pará, o total de equipes do Nasf que aderiu ao Pmaq-AB e referiu que se reúne para discutir o seu processo de trabalho foi de 97,6%; entretanto, apenas 82,4% dessas equipes informaram que realizam o monitoramento e analisam os indicadores referentes ao seu processo de trabalho e 90,6% realizaram algum processo de autoavaliação nos últimos 12 meses. As equipes Nasf que referiram realizar monitoramento e analisar os indicadores referentes aos seus processos de trabalho com maior frequência foram as das regiões Metropolitana II (R2), Marajó II (R7) e Carajás (R11) (100%); em contrapartida, a região Lago Tucuruí (R12) apresentou menor frequência (33,3%) (tabela 6).

No que se refere ao processo de autoavaliação do Nasf nos últimos 12 meses, 100% das equipes Nasf das regiões de saúde Metropolitana III (R3), Rio Caetés (R4),

Marajó I (R6), Marajó II (R7), Carajás (R11) e Lago Tucuruí (R12) informaram que realizaram; a região de saúde 2 foi a região com menor percentual de equipes Nasf que fizeram a autoavaliação nos últimos 12 meses (66,7%); entre as três macrorregiões, o menor percentual foi da macrorregião 1 (81,2%) (tabela 6).

A grande maioria das equipes do Nasf no Pará realiza consultas compartilhadas entre os profissionais do Nasf e ESF e participa de grupos terapêuticos ou operativos, respectivamente, 94,1% e 91,8%. No entanto, essa não é a realidade da região Lago Tucuruí (R12), na qual apenas 66,7% das equipes realizam consultas compartilhadas, e da região Metropolitana II (R2), onde apenas 66,7% das equipes participam de grupos terapêuticos ou operativos. Em relação à construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular, no Pará 70,6% das equipes afirmaram que realizam, no entanto, essa atividade é feita por poucas equipes da região 11 (33,3%) e não é executada nas regiões Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4) (tabela 6).

Em relação às ações de vigilância em saúde, as regiões Metropolitana I (R1), Metropolitana II (R2), Tocantins (R5), Marajó I (R6), Marajó II (R7), Carajás (R11), Lago Tucuruí (R12) e Araguaia (R13) informaram realizá-las com percentuais variando entre 60 e 76,5%; no entanto, na região 2 o percentual chegou a 100%. Nas regiões Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4) essa atividade não é realizada por nenhuma equipe (tabela 6).

No Pará, mais de 90% das equipes do Nasf têm definidos os critérios de acesso, fluxos e atribuições de cada profissional (92,9%), registra as ações em prontuários comuns com as equipes de atenção básica (91,8%), analisa a efetividade das atividades coletivas que produz ou participa (96,5%), apoia e desenvolve estratégias de promoção de práticas corporais e atividade física com as equipes de atenção básica (92,9%) e desenvolve atividades de forma integrada com as equipes de atenção básica (98,8%). Na região Lago Tucuruí (R12), apenas 66,7% das equipes têm definidos os critérios de acesso, fluxos e atribuições de cada profissional e registra as ações em prontuários comuns com as equipes de atenção básica, o que também é realizado por 66,7% das equipes da região Carajás (R11). Já o apoio e o desenvolvimento de estratégias de promoção de práticas corporais e atividade física com as equipes de atenção básica são realizados por 71,4% das equipes da região 5 e não são realizados pelas equipes da região 4. Na macrorregião Metropolitana II (R2), 100,0% das equipes analisam a efetividade das atividades coletivas que produzem ou participam e na macrorregião Rio Caetés (R4) todas as equipes desenvolvem atividades de forma integrada com as equipes de atenção (tabela 6).

Uma das dificuldades enfrentadas pelas equipes do Pará é a de locomoção, presente nas respostas de 61,2% das equipes paraenses, sendo essa uma realidade para todas as equipes das regiões Metropolitana III (R3) e Rio Caetés (R4). Na

macrorregião Metropolitana I (R1), 84,4% das equipes enfrentam problemas de locomoção em função das grandes distâncias ou pela ausência de veículo para realizar o transporte da equipe. Apenas na região Tocantins (R5) essa dificuldade foi citada por menos da metade das equipes (28,6%) (tabela 6).

Conclusão

Os dados do Pmaq-AB realizado no estado do Pará no período de 2017 a 2018 apontaram que a maioria dos entrevistados nas equipes do Nasf eram profissionais da área da assistência social, nutrição e psicologia. Chama a atenção o fato de nenhum profissional da área de medicina ter sido entrevistado, o que pode evidenciar a pouca integração desses profissionais às equipes do Nasf.

No que se refere ao a incorporação da Educação Permanente no processo de trabalho do NASF observou-se que todas as equipes paraenses entrevistadas realizavam no mínimo uma atividade relacionada a gestão do Nasf que são: Realização de encontros mensais entre a equipe do Nasf e sua referência técnica/ coordenação, Mediação ativa e monitoramento dos pactos de trabalho colaborativo entre profissionais do Nasf e das ESF, Planejamento das atividades do Nasf, Monitoramento e avaliação das atividades do Nasf, Oferta de atividades pedagógicas, Apoio para articulação intersetorial e Apoio para articulação intrasetorial. Mais de 75,0% das equipes realizam todas as ações/atividades citadas no instrumento de avaliação externa.

A existência de um profissional responsável, referência ou que estava na coordenação do Nasf no âmbito da gestão do município foi referenciada por 92,9% dos entrevistados, entretanto, na Região de saúde 6, 20% dos entrevistados referiram não ter esse profissional de referência, o que pode comprometer a organização e planejamento das equipes do Nasf nos territórios. No Pará, a maioria dos Nasf apoiam cinco ou mais equipes de Atenção Básica e do total de profissionais do Nasf entrevistados 23,6% não sabiam ou não responderam ou afirmaram que não tinham o diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais compor a equipe do Nasf; na Região 4, esse percentual foi de 100%, o que pode comprometer o processo de trabalho de trabalho dos Nasf e da Atenção Básica no estado.

Foi possível evidenciar lacunas no processo de trabalho das equipes do Nasf, como: a elevada frequência com que as equipes do Nasf são acionadas para atendimentos não programados no mesmo dia (94,1% dos entrevistados referiram que isso ocorreu nos últimos três meses); a não gestão de encaminhamentos e/ou listas de espera para especialistas que foi apontado por 17,6% do total de profissionais entrevistados; a não qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada

(14,5%); e a não análise das listas de espera para determinadas especialidades e discussão dos motivos de encaminhamento (31,8%).

As equipes Nasf que referiram realizar monitoramento e analisar os indicadores referentes aos seus processos de trabalho com maior frequência foram as das regiões Metropolitana II (R2), Marajó II (R7) e Carajás (R11) (100%), em contrapartida a região 12 apresentou menor frequência (33,3%).

A realização de ações intersetoriais foi referida por 91,8% dos profissionais entrevistados sendo estas mais frequentes no âmbito da assistência social (98,7%) e da educação (97,4%) o que dialoga com a condicionalidade dos programas governamentais de transferência de renda, como por exemplo o Programa Bolsa Família, além de programas de saúde, como o Programa Saúde na Escola.

Uma das dificuldades enfrentadas pelas equipes do Pará é a de locomoção. Na macrorregião Metropolitana I (R1) 84,4% das equipes enfrentam problemas de locomoção em função das grandes distâncias ou pela ausência de veículo para realizar o transporte da equipe.

A organização do processo de trabalho das equipes do Nasf é essencial para que os serviços funcionem da forma adequada e com a agilidade necessária na Atenção Primária à Saúde. Apesar dos problemas identificados a maioria das equipes do Nasf entrevistadas nas regiões e macrorregiões do Pará referiram que existe aumento de evidência da resolutividade da atenção básica a partir do Nasf. É necessário qualificar os processos de trabalho dessas equipes a fim de oferecer um serviço de maior qualidade para os usuários e melhores condições de trabalho para as equipes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 39). Disponível em:

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, dez. 2012.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Góis dos *et al.* Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set. 2017.

4.5 Capítulo V – Perfil da atenção à pessoa com hipertensão, diabetes e obesidade no estado do Pará

Thais Amanda Nunes da Cunha
Lorena Gomes de Araújo
Geysel Aline Rodrigues Dias
Helder Henrique Costa Pinheiro

Introdução

As doenças crônicas são normalmente caracterizadas por início lento, prognóstico indeterminado, com longa ou indefinida duração, e podem ter relação com causas múltiplas. A história clínica é volúvel, podendo passar por possíveis períodos agudos e até mesmo gerar incapacitações. Na sua maioria, as doenças crônicas podem ser evitadas com hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2013a).

No cenário mundial, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) cada vez mais se evidenciam como um grande desafio para as equipes de Atenção Básica (AB) à Saúde. Suas prevalências e multifatorialidade de coexistência, determinantes biológicos e socioculturais, fazem com que o cuidado demande uma abordagem multiprofissional, além de exigir o protagonismo individual, familiar e comunitário (BRASIL, 2014a).

No Brasil o panorama não é diferente: as doenças e os agravos não transmissíveis ganham destaque como as principais causas de óbito na população adulta (BRASIL, 2014b). De acordo com o sistema de informações sobre mortalidade, as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus foram responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos (BRASIL, 2020a).

Tendo isso como perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) teve como iniciativa desenvolver diretrizes, metodologias e instrumentos que auxiliem as equipes da AB e estructure a Rede de Atenção às Pessoas com DCNT. A linha de cuidado à pessoa com doença crônica tem o intuito de garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado, através de estratégias de promoção à saúde, à manutenção, ao tratamento e à recuperação, além de iniciativas de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e seu diagnóstico, de modo a fortalecer e qualificar a atenção voltada a esse público em todos os pontos e níveis de atenção à saúde.

No contexto da integralidade, as ações devem considerar questões culturais, fatores raciais e sociais, entre outros, favorecendo a modificação no estilo de vida,

como redução de consumo de sal, abandono do sedentarismo, controle do peso, abandono do tabagismo e outras ações que promovam a diminuição do risco de agravos à saúde e prevenção às doenças crônicas. Quanto à longitudinalidade, esta deve ser permeada pelo vínculo da população aos serviços, garantido pela facilidade de acesso aos profissionais e às medicações, pelos espaços poliesportivos e pela coordenação do cuidado nos mais diversos níveis de atenção. Sendo essas ações consideradas fundamentais para a atuação concisa da rede de atenção voltada à pessoa com DCNT (BRASIL, 2020b).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Estima-se que a prevalência global da HAS seja de aproximadamente um bilhão de indivíduos, desencadeando cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. No Brasil, a prevalência em média é de 32% para adultos, apresentando um aumento para 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e chegando a 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na perspectiva do MS sobre a HAS, os principais objetivos são o desenvolvimento de ações de saúde voltadas à estabilização dos níveis pressóricos dos usuários, com foco na prática centrada na pessoa, e a baixa na morbimortalidade por hipertensão arterial. Ademais, estabelecer educação permanente e intervenções educativas com os profissionais possibilita a incorporação de novas práticas no processo de trabalho relacionadas à HAS (BRASIL, 2013c).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de etiologia múltipla, compondo-se pelo quadro de hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina no organismo (BRASIL, 2013b). Pode ser subdividida em três principais tipos: diabetes tipo 1, que ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos; diabetes tipo 2, que ocorre em cerca de 90% dos diabéticos; e diabetes gestacional (BRASIL, 2020b).

A diabetes tipo 1 majoritariamente acomete crianças e adolescentes, tendo manifestação abrupta e ocorrendo pelo processo de destruição das células beta produtoras de insulina, geralmente em decorrência de defeito do sistema imunológico em que os anticorpos atacam as células que produzem a insulina. A diabetes tipo 2 normalmente tem início tardio e apresenta sintomas mais brandos, manifestando-se, em geral, nos adultos com histórico de sedentarismo, excesso de peso e história familiar – surge devido à resistência da ação da insulina, juntamente a um defeito na secreção do hormônio. A diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez na gestação e geralmente tende a resolver-se no

período pós-parto. Não se tem conhecimento da causa exata do seu surgimento (BRASIL, 2013b, 2020b).

A prevalência da DM foi estimada em 26,4 milhões de pessoas nos países da América Central e do Sul, com projeções crescentes para os próximos anos. Pressupõe-se que em 2030 essa prevalência, no Brasil, chegue a 11,3%. Analisando a causa de óbito, básica, na maioria dos países desenvolvidos, a DM se mostra entre as principais causas (variando entre a quarta e a oitava posição) (BRASIL, 2013b).

Segundo o MS, para o controle da DM é necessário o acompanhamento integral do paciente, além da estabilização e monitorização glicêmica. Também é preciso promover o desenvolvimento do autocuidado. Tais associações contribuem para a diminuição da morbimortalidade pela patologia e elevam a qualidade de vida desse paciente (BRASIL, 2013b).

Diversas condições contribuem para o aumento de doenças e agravos não transmissíveis, entre elas a obesidade destaca-se como um dos principais fatores de risco. Caracteriza-se, na sua maioria, pelo desbalanço energético, em que se ganha mais do que se perde, ação que resulta no acúmulo de gordura corporal. Há diversas formas de avaliar o peso individual, sendo que na prática clínica recomenda-se o uso da fórmula do Índice de Massa Corporal (IMC) (BRASIL, 2014b).

Segundo a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, a prevalência de obesidade no Brasil cresceu 67,8% entre os anos de 2006 e 2018. A pesquisa do Ministério da Saúde também mostra que houve um crescimento maior, 84,2%, nos adultos de 25 a 34 anos, além disso, cerca da metade, 55,7% da população, tem excesso de peso (BRASIL, 2019).

No âmbito da linha de cuidado, da AB, a pessoa com sobrepeso e obesidade demanda uma ação de vigilância alimentar e nutricional contínua. A equipe deve avaliar esse paciente integralmente a fim de classificar o risco, investigar outras patologias relacionadas e organizar o cuidado (BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, emerge a necessidade de estratégias de prevenção, diagnóstico, acampamento e controle dos indivíduos acometidos pelas HAS, DM e obesidade. Com isso, as equipes da atenção básica à saúde estão em um ponto estratégico para a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2013a).

Ademais, a Atenção Básica é primordial na realização de ações de promoção e de proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde através da integralidade e da longitudinalidade do cuidado com intervenções por meio do uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2013a, 2013c).

Diante desse contexto, neste capítulo apresenta-se o perfil de atenção às pessoas com HAS, DM e obesidade na Atenção Básica, no estado do Pará, suas regiões e macrorregiões.

Resultados

No tangente ao estado do Pará, os dados sobre Hipertensão Arterial Sistêmica indicam avanços quanto à assistência prestada pelos serviços da AB, com 100% das equipes realizando consultas para essa população. Na análise por macrorregião, de modo geral, os resultados mostram-se promissores. Todavia, o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção apresentou dados menos satisfatórios. A macrorregião 1 apresentou com maior frequência resultados incipientes, enquanto a macrorregião 2 apresentou os melhores percentuais. Referente às Regiões de Saúde, os melhores resultados foram para as regiões Tapajós – R9, Baixo Amazonas – R8 e Marajó II – R7. Os menos satisfatórios foram encontrados nas regiões Metropolitana III – R3 e Rio Caetés – R4. Destaca-se que o registro pelas equipes dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados ou não para outro ponto de atenção, a coordenação do cuidado referente a consultas e exames em outros níveis de atenção e a utilização de protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão apresentaram os resultados mais baixos nas mais diversas categorias analisadas (tabela 1).

No Pará, os melhores percentuais foram para consulta para pessoas com diabetes (100%), utilização de fichas de cadastro ou acompanhamento de pessoas com DM (94,6%) e programação de consultas e exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado (93,7%). Os resultados menos incipientes foram para realização de exame de fundo de olho periodicamente (29,2%) e registro dos usuários com DM de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção (61,9%). As macrorregiões apresentaram bons resultados em contexto geral, com exceção da categoria realização de exame de fundo de olho periodicamente. As macrorregiões 1 e 3 indicaram com maior frequência menores percentuais em relação a outras. A macrorregião 2 apresentou melhor desempenho. Em relação às Regiões de Saúde, as regiões Metropolitana III – R3 e Rio Caetés – R4 tiveram o pior desempenho. De modo contrário, as regiões Tapajós – R9 e Marajó II – R7 apresentaram com maior frequência bons resultados (tabela 2).

No Pará, apenas 0,4% das equipes não realizaram nenhuma das ações no escopo da Atenção à Pessoa com Obesidade. Os resultados menos satisfatórios foram para equipes que ofertam grupo de educação em saúde para pessoas que querem

perder peso (34,5%), ações voltadas à atividade física (50,4%) e ações voltadas à alimentação saudável (60,2%). A macrorregião 2 apresentou o melhor desempenho em relação às outras. Já as macrorregiões 3 e 4 indicaram com maior frequência baixos percentuais. As regiões Metropolitana III – R3 e Rio Caetés – R4 apontaram os resultados mais incipientes em comparação às outras regiões do Pará (tabela 3).

Conclusão

No Pará, os resultados demonstram-se vantajosos quanto à Atenção à Pessoa com HAS, DM e Obesidade, com elevada frequência de equipes que ofertam consultas e avaliação antropométrica aos usuários com esse perfil. Os resultados menos satisfatórios foram para registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção, realização de exame de fundo de olho periodicamente, registro dos usuários com DM de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção, equipes que ofertam grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso, ações voltadas à atividade física e ações voltadas à alimentação saudável.

Quanto às Macrorregiões de Saúde, o melhor desempenho foi identificado na macrorregião 2. As macrorregiões 1, 3 e 4 apresentaram com maior frequência os mais baixos percentuais entre todas as demais do estado do Pará. No que concerne às Regiões de Saúde, os melhores percentuais foram mais constantes na Tapajós – R9 e na Marajó II – R7. Todavia, as regiões Metropolitana III – R3 e Rio Caetés – R4 tiveram consecutivos resultados baixos em relação às demais Regiões de Saúde.

Destaca-se que a coordenação do cuidado foi um dos principais entraves apontados nos resultados, indicando a necessidade de maior comunicação entre os diversos serviços ofertados nos mais variados níveis de atenção, garantindo cuidado em tempo oportuno, permanência do vínculo e integralidade do cuidado, reconhecidos como pilares da APS e do SUS. Outra ponderação de tamanha relevância condiz com as práticas de Educação em Saúde necessárias no cotidiano dos serviços da APS, principalmente tratando-se de doenças com alta prevalência de morbimortalidade como as DCNS. Hábitos de vida saudáveis como o abandono do sedentarismo, alimentação saudável, abandono do tabagismo e etilismo, entre outros, são reconhecidos cientificamente como medidas que aumentam a expectativa dos portadores e reduzem a possibilidade de agravos dessas doenças e podem ser apresentados aos usuários por meio de ações individuais ou coletivas nos serviços primários.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Diabetes**. Brasília, DF, dez. 2020b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2052-diabetes#:~:text=Diabetes%20Mellitus%20\(DM\)%20%C3%A9%20uma,insulina%20exercer%20adequadamente%20seus%20efeitos](http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2052-diabetes#:~:text=Diabetes%20Mellitus%20(DM)%20%C3%A9%20uma,insulina%20exercer%20adequadamente%20seus%20efeitos). Acesso em: 5 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos**. Brasília, DF, 25 jul. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-dos-ultimos-treze-anos-de-acordo-com-pesquisa>. Acesso em: 5 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília, DF, 27 mar. 2020a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20cardiovasculares%2C%20os%20c%C3%A2nceres,Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20Mortalidade>). Acesso em: 5 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

4.6 Capítulo VI – Atenção à pessoa com tuberculose e hanseníase no âmbito da Atenção Básica no estado do Pará

Viviane Albuquerque Farias
Wanderson Santiago de Azevedo Júnior
Débora Talita Neri
Helder Henrique Costa Pinheiro
Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Introdução

A tuberculose (TB) e a hanseníase ainda constituem-se como um grave problema de saúde pública, o que priorizou a inserção dessas doenças na agenda global dos objetivos de desenvolvimento sustentável (OLIVEIRA, 2018). No mundo, em 2019, a incidência de TB foi de 10 milhões de casos, com 1,4 milhões de mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). A incidência de hanseníase foi de 202.185 casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). No Brasil, foram 73.864 casos novos de TB e 27.863 de hanseníase (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b; BRASIL, 2020). Esse país foi incluído na lista dos 30 países com maior número de casos de TB e na lista dos 23 prioritários para hanseníase (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a, 2020b).

As taxas de detecção da TB e Hanseníase estão vinculadas às proporções de equipes que desempenham as ações de vigilância de contatos intradomiciliares; realizam busca ativa de casos na população geral; solicitam baciloscopia para TB; e solicitam cultura de micobactérias (PELLISSARI *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019). Nessa conjuntura, o PMAQ-AB configura uma ferramenta indutora de melhorias da atenção primária a saúde no que tange a organização do trabalho; recursos materiais e infraestrutura organização dos registros; refletindo na avaliação e o monitoramento ininterrupto do desempenho da atenção básica (FEITOSA *et al.*, 2016).

Os protocolos nacionais voltados a essas duas doenças garantem a integralidade do cuidado para pessoas, famílias e comunidade com ações de vigilância e de assistência que vai desde a proteção específica, prescrição de medicamentos, solicitação exames de rotina e complementares até a alta por cura, desta forma possibilita (BRASIL, 2010, 2011).

O presente capítulo se propõe em abordar os desdobramentos em indicadores das ações desempenhadas pelos programas de controle da Tuberculose e Hanseníase no Pará. As variáveis analisadas fazem parte do módulo II, item II.1 – Atenção a pessoa com tuberculose; item II.2 – Atenção a pessoa com Hanseníase.

Resultados

A tabela 1 representa, em percentuais, as ações de prevenção e controle do programa de tuberculose. No Pará 91,8% das equipes possuem registro do número de usuários de TB. Esse percentual é mais baixo nas RS Araguaia – R13 (73,5%) e Lago Tucuruí – R12 (79,4%) e na macrorregião 4 com 80%. O maior percentual de equipes que realizam essa ação está na RS Rio Caetés – R4 com 100% e nas macrorregiões 1 e 2 ambas com 96%.

De acordo com os resultados, 97,6% das equipes realizam consulta na própria UBS quando há usuário diagnosticado com TB. Todas as regiões de saúde e macrorregiões têm percentuais acima de 90% e na RS Metropolitana I – R1 (100%) das equipes realizam esse atendimento, sendo o maior percentual de encaminhamento para referência na RS Araguaia- R13 com 5,9% e na macrorregião 4 com 4,2%. No entanto, o percentual de equipes que realiza essa consulta diariamente é de 81,5% no Pará e 9,9% realizam menos de duas vezes na semana. As regiões Tocantins – R5 (75,8%), Marajó I – R6 (75,3%), Marajó II – R7 (79,1%) e a macrorregião 2 (76,7%) têm os percentuais mais baixos de consulta diária. Nenhuma região de saúde e macrorregião alcança acima de 90% de equipes que realizam consulta diária (tabela 1).

Esses valores são ainda mais baixos para a 1ª coleta de escarro para o diagnóstico de TB na primeira abordagem/consulta, com apenas 41,7% das equipes realizando. O menor percentual está na RS Baixo Amazonas – R8 com 24,7%, seguido da Rio Caetés – R4 com 28% e na macrorregião 3 é de 33,5%. Os maiores percentuais estão nas RS Metropolitana II – R2 (59%), RS Carajás – R11 (50%) e na macrorregião 2 com 43,8%. O tratamento diretamente observado é realizado por 93% das equipes do Pará. Percentual acima de 90% é encontrado em todas as regiões e macrorregiões de saúde, com exceção das RS Metropolitana III – R3(85,7%), na Rio Caetés – R4 (88%), Xingú – R10 (88,9%) e Lago Tucuruí – R12 (87,5%). As ações de vigilância como busca ativa para sintomáticos respiratórios, para pessoas contatos de TB, para faltosos e para abandono do tratamento são realizados por mais de 90% das equipes do estado (tabela 1).

Em relação as ações de controle da hanseníase, 93,6% das equipes possuem registro do número de usuários com a doença. Em todas as macrorregiões e regiões de saúde essa atividade é realizada por mais de 90% das equipes, com exceção das RS Metropolitana III – R3 (86,4%), Lago Tucuruí – R12 (89,7%) e Araguaia – R13 (89,2%) que possuem percentual mais baixo. Verifica-se percentual superior a 90% no Pará, nas macrorregiões e regiões de saúde, das equipes que realizam consulta

quando usuário diagnosticado com hanseníase. No entanto, o percentual de equipes que realizam diagnóstico de casos novos é mais baixo nas regiões de saúde Metropolitana I – R1 (88,4%) Metropolitana II – R2 (87,1%), Baixo Amazonas – R8 (85,2%) e macrorregião 1 com 89,1%. Assim como para TB, todas as ações de vigilância alcançam percentuais superiores a 90% (tabela 2).

Conclusão

No Pará, para a TB e hanseníase as ações de vigilância que envolve a notificação dos casos e ações de busca ativa dos faltosos, dos contatos e do abandono de tratamento são as que possuem os maiores percentuais de equipes que realizam essas ações em todas as macrorregiões e regiões de saúde. Esse mesmo resultado foi observado para as equipes que realizam consulta na própria unidade. No entanto, para a TB a primeira coleta de escarro na primeira abordagem ainda tem um percentual muito baixo de equipe que realizam, desta forma, perde-se a oportunidade de diagnóstico e tratamento oportuno. Para essa doença também se evidenciou percentuais mais baixo de equipes que realizam consulta diária. Para a hanseníase, o diagnóstico de caso novo também não é realizado pela totalidade das equipes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Comunicação e Educação em Saúde, F). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose 2020. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, p. 1-40, mar. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016151514>. Acesso em: 10 set. 2020.

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Meanings of neglected diseases in the global health agenda: the place of populations and territories. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018>. Acesso em: 5 set. 2020.

PELLISSARI, Daniele Maria *et al.* Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 53, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000131>. Acesso em: 15 set. 2020.

SANTOS, Kezia Cristina Batista dos *et al.* Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 576-591, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912122>. Acesso em: 11 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, n. 36, p. 1-24, 4 Sep. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>. Acesso em: 14 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>. Acesso em: 14 abr. 2021.

4.7 Capítulo VII – Atenção à população rural e indígena e a comunidades tradicionais nas equipes de Atenção Básica no estado do Pará

Eric Campos Alvarenga
Nádile Juliane Costa de Castro

O objetivo deste capítulo é descrever os dados do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) sobre o atendimento à população rural e indígena e a comunidades tradicionais do Pará. Entre esses grupos, o programa inclui quilombolas, indígenas, pescadores, ribeirinhos, assentados da reforma agrária, comunidade rural, caboclos, caiçaras, extrativistas, acampados sem-terra e ciganos, todos historicamente excluídos das políticas públicas (CASTRO, 2013). E ainda que possuam hodiernamente instrumentos legais que viabilizem a defesa de seus direitos (SILVA, 2019), é pertinente considerar seu modo de vida no acesso aos serviços de saúde.

O meio rural amazônico é formado por populações que são reconhecidas como tradicionais e têm seu modo de organização social ligado diretamente à natureza (LIRA; CHAVES, 2016). Embora boa parte dessa população esteja nas áreas urbanas, há milhões de pessoas presentes nas áreas rurais, como inúmeros grupos indígenas, caboclos, quilombolas e imigrantes de várias regiões do Brasil, com ainda pouco conhecimento a respeito de suas situações de saúde e saneamento (SILVA, 2006). Nesses termos, é importante destacar que para além dessas configurações a pluralidade dessas comunidades deve ser percebida considerando os padrões de consumo, hábitos e modo de vida que possibilitam a suscetibilidade a doenças e agravos (SILVA; SANTOS, 2018).

Na Amazônia Legal, há uma tendência de desigualdade identificada ao longo da implantação do processo político e econômico nacional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017), percebido diretamente na maneira com que são distribuídos a rede de serviços, os equipamentos, as vagas de trabalho e os recursos financeiros em comparação a outras regiões do país (OLIVEIRA, 2005). Ainda de acordo com o autor, há uma concentração de procedimentos de média e alta complexidade em cidades acima de 200 mil habitantes, além da grande dificuldade na fixação de profissionais de saúde, que está relacionada à baixa densidade populacional de diversas cidades, à precária infraestrutura e às grandes distâncias.

O princípio da equidade, enquanto um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), diz respeito a oferecer o cuidado a partir do reconhecimento das diferenças nas condições de vida da população, atendendo às suas necessidades

sem exclusão social de qualquer grupo (BRASIL, 2017). Nesses termos, ainda que existam alguns avanços das políticas regionais na área de saúde, a implementação desse princípio pode estar limitada pela logística setorial da área, o que evidencia as desigualdades observadas justamente pela falta de investimento e planejamento regional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica prevê atenção específica para a população rural e indígena e comunidades tradicionais por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) da Amazônia Legal e Pantaneira. Elas são alocadas em Unidades Básicas de Saúde localizadas nos territórios dessas populações, tendo seu acesso normalmente feito por meio fluvial. Há outros formatos de Unidades Básicas, como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, que são unidades móveis planejadas para facilitar o acesso às citadas populações presentes nas beiras dos rios, dada a realidade da mobilidade da região, podendo outras unidades não fluviais receberem apoio para o atendimento por meio dessa configuração (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família permitiu uma mudança de modelo de atenção centrado na aposta biomédica hegemônica com foco exclusivo na assistência para um modelo de atenção em território, com a presença do Agente Comunitário de Saúde, permitindo uma agenda mais ampla com a inclusão de ações de promoção, prevenção, reabilitação e educação em saúde. O modelo adotado no Brasil permite o acesso de primeiro contato, o acompanhamento longitudinal, a integralidade da atenção e a coordenação, atributos essenciais apontados por Starfield (1992). Além de contribuir para que pessoas residentes em áreas periféricas e rurais pudessem ter acesso à saúde, proporcionando resultados melhores com relação à integralidade da atenção e ao contato com programas de saúde em comparação à Atenção Primária em Saúde em um modelo tradicional (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Um dos aportes para essa conjuntura, e que permitiu a capilarização das equipes em todo o território nacional, foi o Programa Mais Médicos (PINTO *et al.*, 2017), importante para que a assistência médica por meio da Atenção Primária chegasse às áreas rurais e às populações tradicionais. Isso aumentou o número de consultas e ampliou o acesso aos serviços primários, mesmo com as dificuldades que ainda persistem com as precárias condições de trabalho e a frágil rede de atenção à saúde (PEREIRA; PACHECO, 2017).

Especificamente abordando a população indígena, Guedes (2016) afirma que a marginalização e o conflito que abarcam a luta pela terra, a invisibilização, o preconceito, o questionamento da identidade dos indígenas e a perda de suas tradições contribuem para que esses povos sejam vulnerabilizados. Segundo a autora, há uma perda de práticas e cuidados tradicionais, como por exemplo, um processo de extinção de parteiras e pajés, o que acaba ocasionando o aumento do consumo de

álcool e drogas, de suicídios e assassinatos, assim como causando o alto índice de uso de psicotrópicos.

Essa população possui um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) e uma Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi), construídas como forma de garantir o direito à saúde, prevendo atenção diferenciada considerando as especificidades socioculturais. Porém, para Mendes *et al.* (2018), essa política tem tido baixo impacto no que se refere a mudanças positivas nos indicadores de saúde dessa população, apesar do crescente número de recursos destinados a ela. As autoras destacam a descontinuidade do cuidado, a alta rotatividade de profissionais, as dificuldades no estabelecimento de diálogos interculturais e a oferta de cuidados que se limitam a ações paliativas e emergenciais.

Rocha *et al.* (2020) afirmam que profissionais dos serviços de saúde ofertados para populações indígena e não indígena da região do Alto Rio Negro, no estado do Amazonas, avaliam em grande parte os serviços de Atenção Primária oferecidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e pela Secretaria Municipal de Saúde de maneira positiva. Mesmo com esse resultado, os autores pontuam que é preciso melhoria na estrutura e nos processos de trabalho para que se consiga atingir uma Atenção Primária em Saúde de qualidade para as populações amazônicas.

Diante disso, serão apresentados aqui dados relacionados ao atendimento dessas populações em equipes de atenção básica que participaram do terceiro Ciclo do Pmaq-AB. Esses dados abrangem o atendimento ou não desses usuários, o atendimento específico à cada população inclusa no Pmaq-AB, a existência de transporte para auxiliar no atendimento e o acompanhamento dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção.

Resultados

A partir da análise da tabela 1, verificou-se que 60% das equipes de atenção básica do Pará dizem realizar atendimento à população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais. As equipes da macrorregião 3 são as que mais atendem (82,8%), enquanto as da macrorregião 1 possuem o menor percentual (30,4%). As regiões que mais apresentam registros são Tapajós – R9 (87,9%), Xingu – R10 (87,3%) e Marajó I – R6 (86,4%). A região metropolitana I – R1 com apenas 16,7% e a do Tocantins – R5 com 54,7% são as que possuem os percentuais mais baixos.

Entre as populações presentes na avaliação do Pmaq-AB, as que possuem os maiores percentuais de atendimento por equipes em todo o estado são respectivamente a população rural (91,1%), pescadores (43,6%) e ribeirinhos

(42,6%). Em menor percentual estão caiçaras (3,2), ciganos (3,9%) e caboclos (10,9%).

Quanto à presença de populações tradicionais nos territórios dos serviços a partir das regiões e macrorregiões, foi identificado que os quilombolas estão mais presentes no território das equipes da região do Tocantins – R5 (45,7%) e Marajó I – R6 (26,3%). Já os indígenas estão em maior número atendidos pelas equipes da região do Tapajós – R9 (51,7%) e Xingu – R10 (45,8%).

Os pescadores têm percentuais maiores nas equipes do Baixo Amazonas – R8 (65,3%) e Tapajós – R9 (62,1%). Os ribeirinhos aparecem em grande parte nas regiões do Marajó I – R6 (78,9%) e Marajó II – R7 (87,5%). As equipes das regiões do Araguaia – R13 (39,5%) e Carajás – R11 (38,3%) são as que mais atendem a população de assentados da reforma agrária. A população rural é uma das que mais apresenta registros nas diversas regiões, com destaque para a do Lago Tucuruí – R12 (97,7%) e Carajás – R11 (98,7%). Os cablocos possuem uma presença baixa nos registros das equipes das regiões do estado, sendo que Baixo Amazonas – R8 (29,2%) e Tapajós – R9 (27,6%) são as regiões com maior número.

Os caiçaras também apresentam baixo número de ocorrências nas equipes, com os maiores valores advindos das regiões do Baixo Amazonas – R8 (9,7%) e do Lago Tucuruí – R12 (6,8%). Com relação a comunidades de extrativistas, Baixo Amazonas – R8 (29,2%) e Xingu – R10 (25,0%) são as regiões em que as equipes mais têm oferecido atendimento, enquanto os usuários acampados sem-terra são mais acolhidos nas regiões do Carajás – R11 (22,4%) e Araguaia – R13 (25,9%). Ainda entre os registros dessas populações específicas, 13,9% das equipes do Baixo Amazonas – R8 e 8,6% das equipes do Araguaia – R13 afirmam atender comunidades de ciganos.

Quanto a outras populações tradicionais não intituladas na ficha do Pmaq-AB, 100% das equipes responderam que não há outro tipo de população, além das que constam no questionário, recebendo cuidados em saúde pela atenção básica. Ou seja, todas as populações específicas atendidas no Pará aparentemente constam na lista de perguntas do Pmaq-AB, de acordo com os profissionais das equipes.

Sobre a disponibilidade de transporte para viabilizar o atendimento a essas populações, há um total de 67,3% de equipes no Pará que afirmam possui-lo. As equipes das regiões Metropolitana III – R3 (78,2%), Rio Caetés – R4 (84,4%) e Xingu – R10 (79,2%) são as que possuem os resultados mais elevados. Já as equipes da região Metropolitana I – R1 (40,9%), Marajó II – R7 (56,2%) e Baixo Amazonas – R8 (51,4%) são as que menos afirmam ter esse tipo de transporte. A macrorregião II (82,1%) possui a maior quantidade de equipes com esse transporte e a macrorregião I (53,5%) a de menor número.

No que se refere ao acompanhamento dos casos graves e que necessitam de atendimento em outras regiões da rede de atenção, 81,5% das equipes do Pará afirmam realizá-lo. As equipes das regiões do Rio Caetés – R4 (90,9%), Metropolitana III – R3 (86,1%) e Carajás – R11 (82,9%) são as que realizam esse procedimento, sendo que a região com o menor número é a Marajó II – R7 (43,8%), a única com valor abaixo de 70%. Em relação às macrorregiões, assim como no item anterior, a macrorregião II (87,0%) é a que tem a maior quantidade de equipes acompanhando esses casos e a macrorregião I (75,4%) a que possui a menor quantidade.

Chamam a atenção os dados sobre existir comprovação documental desses procedimentos de trabalho avaliados. O percentual de equipes do estado que possuem esse documento é baixo, 44,4%. Entre as macrorregiões, a macrorregião II (49,0%) é a que mais possui documentos de comprovação e a macrorregião IV (39,0%) a de valor mais baixo. As regiões que mais possuem equipes com documentação desse atendimento são Rio Caetés – R4 (54,3%), Tapajós – R9 (62,5%) e Araguaia – R13 (55,6%). As que menos possuem são Marajó I – R6 (26,7%), Marajó II – R7 (14,3%) e Lago Tucuruí – R12 (24,2%).

Conclusão

Os dados do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica demonstram que a maior parte das equipes de atenção básica do Pará consegue oferecer atendimento à população rural e indígena e a comunidades tradicionais. Apesar disso, ainda temos cerca de 40% de equipes que dizem não atender nenhuma delas, um número alto considerando a elevada quantidade de povos inclusos na avaliação. Poucas equipes conseguem comprovar por meio de algum documento esse atendimento, o que demonstra a necessidade de maior produção de registros desse cuidado oferecido.

As macrorregiões 3 e 4 são as que mais têm equipes atendendo populações rurais e indígenas e comunidades tradicionais. O que pode demonstrar que, em seu território, esses grupos mostram-se mais presentes. Verificou-se que quanto mais próximo da capital, menor é a quantidade de equipes que dizem atender essas populações, indicando que possivelmente estão menos presentes em seus territórios ou há pouca inclusão desses usuários nos serviços de atenção primária.

Parte fundamental do trabalho citado é possuir transporte para chegar até os usuários. A maior parte das equipes do estado alega possuir esses meios, o que é um aspecto positivo na medida em que facilita o acesso de profissionais às visitas domiciliares.

Apesar de os povos indígenas estarem bastante ligados socioculturalmente ao Pará, as equipes do estado atendem mais as populações rurais, pescadores e ribeirinhos. Isso pode apontar a baixa cobertura da atenção primária aos povos indígenas e a pouca precisão das categorias do Pmaq-AB, considerando que a complexidade das experiências dos usuários pode levar alguns deles a serem, ao mesmo tempo, classificados como pescadores, ribeirinhos e de população rural.

Um ponto positivo do questionário do Pmaq-AB é que este mostrou-se bastante abrangente quanto aos grupos inclusos. As equipes paraenses não apontaram nenhum outro que esteja fora da lista. As informações aqui expostas podem ser utilizadas para planejamentos regionais que visem à ampliação e à melhoria dos serviços de atenção básica para povos tradicionais.

Referências

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 set. 2020.

CASTRO, Fábio Fonseca. A identidade denegada: discutindo as representações e autorrepresentações dos caboclos da Amazônia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 431-475, 2013.

GUEDES, Maria Eunice Figueiredo. Psicologia, povos tradicionais: algumas reflexões sobre a Amazônia. In: BERNI, Luiz Eduardo Valliengo (org.). **Na fronteira da psicologia com os saberes tradicionais: práticas e técnicas.** São Paulo: CRP-SP, 2016. v. 2. p. 1-204.

LIRA, Talita de Melo; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 1, p. 66-76, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122016000100066&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2020.

MENDES, Anapaula Martins *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, p. 1-6, 2018.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal**. 2005. 203 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Lucélia Luiz; PACHECO, Leonor. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 1181-1192, 2017. Suplemento 1.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. **Interface**, Botucatu, v. 21, p. 1087-10101, 2017. Suplemento 1.

ROCHA, Esron Soares Carvalho *et al.* Atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto da saúde indígena. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 5, p. 1-7, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500189&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2020.

SILVA, Ana Tereza Reis da. Áreas protegidas, populações tradicionais da Amazônia e novos arranjos conservacionistas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 1-22, 2019.

SILVA, Hilton. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, Belém, v. 9, n. 1, p. 77-94, jun. 2006.

SILVA, Simone Dora Silva; SANTOS, Regiane Padilha. Populações Tradicionais: Uma reflexão sobre a questão nutricional. **Amazônica-Revista de Antropologia**, Belém, v. 10, n. 2, p. 552-566, 2018.

STARFIELD, Barbara. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

4.8 Capítulo VIII – Prevenção e promoção da saúde mental na Atenção Básica no estado do Pará

Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Laura Soares Tupinambá

Introdução

O presente capítulo busca analisar a situação da promoção e prevenção no campo da saúde mental no estado do Pará, a partir da análise dos dados do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB).

Sabemos que o componente da promoção e prevenção na atenção básica não se dá apenas a partir dos serviços de saúde. Ferro (2010), em sua discussão sobre saúde mental e poder, articulando estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstra claramente o papel das redes comunitárias e do autocuidado nesse campo. A própria concepção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, também já apontava a necessidade de ações comunitárias e intersetoriais (BRASIL, 2011). E, apesar de muitas dessas ações poderem ser ativadas desde a atenção básica, é preciso salientar sua circunscrição aos limites do horizonte de alcance dos dados referentes ao trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), das Estratégias Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Não obstante, o privilégio do acesso a uma laboriosa, profunda e confiável consolidação de dados sobre esse trabalho de saúde mental na atenção básica nos aponta as conquistas, os limites e os desafios que se redobram sobre a conjuntura de retrocessos que se abatem a esse nível de atenção, na esteira da agenda nacional de políticas neoliberais de austeridade, amplamente adotadas após 2016. Nesse bojo, o movimento da luta antimanicomial também aproveita a reabertura política e os ventos da democracia, reinantes no país, para exigir uma reformulação no tratamento dado às pessoas em sofrimento mental, em todo o território nacional.

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – iniciativa plural, que une trabalhadores, familiares e usuários, integrantes da reforma sanitária, sindicalistas e membros de associações de profissionais – marca a luta do movimento social organizado por uma sociedade sem manicômios e pela

implementação de uma rede substitutiva de serviços de base comunitária, estabelecendo a famosa Carta de Bauru. Ação que exerceu pressão importante para a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e reorienta o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001).

A posterior adoção de um modelo de rede e linhas de cuidado, com a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja ordenação ocorre a partir da atenção básica, com o suporte na Portaria GM/MS nº 4.279/2010, também produz efeitos na construção das ações no campo da saúde mental (BRASIL, 2010). As RAS, em consonância com Mendes (2011), são uma forma de produzir uma resposta às agendas das necessidades de saúde da população brasileira, somadas aos efeitos do aumento da longevidade e da urbanização contemporânea. Dessa forma, no âmbito da saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no país vem como proposta de implementação e fortalecimento de um modelo de base comunitária para atenção psicossocial em todo o território nacional.

Ocorre que os ventos nem sempre sopram na mesma direção e as forças conservadoras atingem em cheio o campo da saúde, em especial a saúde mental. Em meio à realização do terceiro ciclo do Pmaq-AB, profundas mudanças marcaram o tecido social do Brasil. Em 2016, após o processo de impedimento do exercício da então presidente Dilma Roussef, o país entrou em uma espiral de retrocessos, disseminando uma suposta polarização entre o bem e o mal, a instalação de uma corrente de ódio à política e à diversidade, a pós-verdade e o recrudescimento do moralismo e das forças conservadoras. Através de ações como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os gastos em saúde pelos próximos 20 anos (BRASIL, 2016); de alterações na Política Nacional da Atenção Básica (Pnab), em 2017 e 2019, que limitam ações de educação em saúde, prevenção, promoção e o trabalho no território; e alterações na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), por meio da Portaria GM/MS nº 3.588/2017, que fortalecem ambulatorios e internações em hospital psiquiátrico, o país retorna para o século dos manicômios (BRASIL, 2017). Contudo, destaca-se que parte das diretrizes básicas, como a descentralização da atenção, a partir da municipalização, regionalização e hierarquização do sistema, e a garantia da participação da comunidade, por meio dos conselhos de saúde e das conferências realizadas nas três esferas de governo, está inscrita na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 que, juntas, preservam os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 199a, 1990b, [2020]).

Em meio a esse denso cenário, os dados do Pmaq-AB foram coletados, sistematizados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados para análise externa pelas universidades federais. Durante esse processo, o próprio Pmaq-AB sofreu alterações em sua concepção, uma vez que a Pnab havia sofrido modificações significativas de concepção do cuidado, que foram aprofundadas em 2019.

Sendo assim, como parte dessa coletânea que abrange outras redes e outras ações em saúde, este capítulo resgata os dados da saúde mental no estado do Pará e torna-os públicos, delimitando em que horizonte esse processo ocorre. Tal como uma carta náutica, seguiremos fiéis ao modelo do Pmaq-AB iniciado em 2011, sem deixar de levar em conta as mudanças feitas no cenário e apontá-las para que o leitor possa acompanhar as pistas marcadas na carta e chegar ao seu destino. Nesse caso, uma visão de como acontece o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico nos serviços da atenção básica do estado do Pará, à luz do Pmaq-AB, ou seja, um recorte sobre a prevenção e promoção em saúde mental neste período de tantas e profundas transformações no âmbito macropolítico brasileiro.

Resultados

São apresentados os dados da atenção à pessoa em sofrimento psíquico levantados no Pmaq-AB e consolidados do estado do Pará, em cada item averiguado pelo programa, assim como os resultados por cada região e macrorregião (tabela 1). Destacando sempre os melhores resultados e aqueles menos satisfatórios alcançados. Objetiva-se, assim, ajudar os gestores a analisarem as ações desenvolvidas, bem como as que podem ser implementadas, de forma a melhorar o desempenho de cada item averiguado no programa.

Inicialmente analisamos um panorama geral das consultas oferecidas à comunidade, cuja temática seja do campo do sofrimento psíquico em geral; em seguida, foram abordados os dados sobre as equipes que possuem registro dos usuários em sofrimento psíquico do território; as estratégias adotadas pelas equipes, de forma a cuidar das pessoas em sofrimento psíquico que chegam à atenção básica; e, por fim, os registros dos encaminhamentos a outros pontos de atenção de usuários de maior risco/gravidade, feitos pela equipe. Para a melhor compreensão dos dados, é importante destacar que o instrumento e as questões do Pmaq-AB apresentam, em cada uma das perguntas do questionário, campos distintos para informações referentes aos usuários com sofrimento psíquico; usuários de crack, álcool e outras drogas; e usuários crônicos de medicamentos, finalizando sempre com uma questão sobre a utilização ou não do item ou do recurso.

a) Consultas no campo do sofrimento psíquico em geral

No estado do Pará as equipes informaram que realizam consulta para 89,5% das pessoas em sofrimento psíquico em geral, sendo que o melhor resultado por região referido foi o da Tapajós – R9, que realiza consulta para 100% dos acessos, e o resultado mais tímido foi para a Rio Caetés – R4, com 69,2% de consultas realizadas. A macrorregião II – M2 se destaca com 93% de consultas e a macrorregião I – M1 apresentou o desempenho mais baixo, com 86,4% de consultas realizadas para pessoas com sofrimento psíquico em geral.

Quando o tema entra na especificidade de usuários de crack, álcool e outras drogas, ainda no plano geral, as consultas realizadas no Pará caem para 68,7%. A região com melhor resultado é Carajás – R11, com 75%, enquanto a região do Rio Caetés – R4 apresenta apenas 34,6% de consultas realizadas para esse segmento. A macrorregião com melhor desempenho é a III – M3, com 72,8% de consultas realizadas, enquanto a I – M1 realiza 64,3% de consultas para usuários de crack, álcool e outras drogas.

No que se refere a usuário em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos e estabilizadores de humor, o consolidado do estado do Pará oferta consulta para 86,1% na atenção básica. A região com melhor oferta de consulta para usuários crônicos de medicamentos é a Tapajós – R9, com expressivos 97%, enquanto a região com menor oferta de consulta é a Metropolitana III – R3, com 63,6%. A macrorregião III – M3 se destaca com a taxa de oferta de 93,9% de consultas para usuários crônicos de medicamentos e a macrorregião I – M1 tem a menor taxa de oferta de consultas (80%). Assim, podemos concluir que a oferta para consultas de uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos e estabilizadores de humor é bastante expressiva na atenção básica do estado, o que nos leva a concluir que existe um alto número de paraenses em uso crônico dessas substâncias, conforme apontado por Nazaré e Oliveira (2018).

No estado, um número baixo de equipes (7,3%) referiu não realizar esse tipo de consultas para pessoas em sofrimento psíquico em geral. A região com melhor índice de consultas realizadas e comprovadas é a Rio Caetés – R4 (23,1%) e aquela com o pior índice é a Tapajós – R9, com nenhuma consulta realizada e comprovada. A macrorregião I – M1 apresentou o melhor índice de consultas realizadas e comprovadas (10,4%), enquanto a macrorregião III – M3 teve o desempenho mais baixo (3,9%). Dessa forma, podemos concluir que, apesar de a maioria das equipes referir acolher e ofertar consulta para as pessoas com sofrimento psíquico, os números de consultas realizadas podem ser bastante ampliados, dada a incidência de problemas e queixas referidas pelas próprias equipes.

b) A equipe possui registro dos usuários do território?

Quanto ao registro dos usuários do território pelas equipes, os dados apresentados no estado do Pará apontam que 92,6% das equipes referem registrá-los no sistema. A região com maior número de usuários registrados é a Tapajós – R9 (100%) e a região com menor número de registros de usuários é a Rio Caetés – R4 (77,8%). A macrorregião II – M2 se destaca, com 95,9% de usuários registrados, enquanto a macrorregião IV – M4 apresenta o menor resultado (89,7%).

Em relação ao registro de usuários em uso de crack, álcool e outras drogas, o estado do Pará apresenta 63,6% de registros realizados pelas equipes de atenção básica. Os melhores índices de registro desses usuários foram observados na região de Carajás – R11 (77,1%) e na macrorregião IV – M4 (68,1%) e o resultado menos expressivo foi observado na região da Metropolitana III – R3 (42,9%) e na macrorregião I – M1 (61,6%).

Já em relação ao usuário em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos e estabilizadores de humor, as equipes do estado do Pará afirmam registrar expressivos 90,5% desses usuários. As regiões de Rio Caetés – R4 e Tapajós – R9 referiram registrar 100% desses casos. A região que apresenta o menor registro é a Xingu – R10, com 84,1% dos usuários. A macrorregião IV – M4 apresentou o maior número de registro do uso crônico de medicamentos (93%) e a macrorregião I – M1 alcançou o menor desempenho, com 88,3% de usuários crônicos de medicamentos psicotrópicos.

Apenas 19,5% das equipes do Pará disseram não realizar registro desses usuários. Todavia, quando olhamos os dados de registro comprovados, 37,5% das equipes da região de Carajás – R11 não realizam registro de usuários de psicotrópicos, enquanto apenas 3,6% das equipes da região de Marajó II – R7 não realizam registro desses usuários. Em relação às macrorregiões, o melhor desempenho nesse registro foi observado na macrorregião IV – M4 (30,2%) e o menor, na macrorregião II – M2 (10,4%).

c) A equipe realiza alguma estratégia específica para cuidar desses casos?

Em outro campo, o Pmaq-AB indaga quais as estratégias utilizadas pelas equipes da atenção básica para cuidar da população com necessidades de atenção decorrentes de sofrimento psíquico. As questões incluem a consulta com tempo ampliado, o registro da história de vida, a oferta de atendimento em algum tipo de grupo e o apoio de atendimento de profissional de saúde mental de Nasf ou apoio matricial.

No estado do Pará, 57,1% das equipes alegaram realizar a consulta com tempo ampliado como forma de acolher a discursiva de pessoas em sofrimento psíquico. A

região com maior incidência do uso dessa estratégia é a Marajó I – R6 (69,1%) e a região que menos faz uso da consulta ampliada é a Tocantins – R5 (42,9%). A macrorregião II – M2 é a que mais utiliza esse recurso, com 61,2% das equipes e a macrorregião IV – M4 apresentou o menor índice de uso da consulta ampliada pelas equipes (50,9%).

Outra estratégia que pode ser utilizada pelas equipes é o registro da história de vida. No estado do Pará, 58,2% das equipes afirmaram utilizá-la. A região que mais faz tal registro é a Tapajós – R9 (71,0%), enquanto a Rio Caetés – R4 apresenta o menor registro de histórias de vida (31,2%). A macrorregião II – M2 é a que mais utiliza a estratégia do registro da história de vida (63,2%), enquanto a macrorregião IV – M4 é a que menos faz esse registro (46,8%).

As equipes de atenção básica do Pará que afirmaram ofertar algum tipo de atendimento de grupo são apenas 36,0% do total. A região com maior destaque de atendimentos de grupo é a do Baixo Amazonas – R8 (50,6%) e a que menos utiliza essa modalidade de atenção é a Metropolitana III – R3 (16,7%). A macrorregião III – M3 é onde as equipes mais utilizam o recurso de atendimento em grupo (43,9%), enquanto na macrorregião I – M1 as equipes fazem menor uso desse recurso (31,7%).

Em relação ao fato de receber apoio de atendimento com profissionais de saúde mental, seja do Nasf ou de outro apoio matricial, 87,2% das equipes de atenção básica do Pará afirmaram receber algum tipo de apoio matricial. A região que mais afirmou ter recebido alguma forma de apoio matricial de profissionais da saúde mental para atendimento é a Araguaia – R13, com expressivos 97,7%, enquanto a Baixo Amazonas - R8 apresenta o menor acesso a apoio matricial (62,0%). As equipes da macrorregião IV – M4 declararam receber mais apoio matricial (91,9%) e as que menos recebem a oferta de apoio são as equipes da macrorregião III – M3 (75,2%).

Apesar de índices favoráveis do uso de estratégias para acolher as questões de saúde mental nos territórios apontadas pelas equipes da atenção básica, apenas 13,9% delas afirmam realizar algum tipo de estratégia específica para cuidar desses casos. A região com melhor resultado é a Rio Caetés – R4, com 38,5% de registros de estratégias desenvolvidas, e a região de desempenho mais baixo é a Marajó II – R7, com apenas 5,4% de registro de estratégias específicas utilizadas para atender sofrimento psíquico. A macrorregião I – M1 é a que mais utiliza estratégias específicas para atender sofrimento psíquico com 16,8%, enquanto a macrorregião II – M2 tem o menor resultado, com 9,5%.

d) A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?

No campo da saúde, os registros das atividades realizadas junto à comunidade, no território, são de sumária importância para a análise do perfil epidemiológico de uma dada região e permite identificar os maiores problemas a serem enfrentados e a construção de alternativas e planejamento para enfrentá-los. Da mesma forma, o registro dos usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção da rede também ajuda a cuidar da população que vive em cada um dos territórios. Os usuários em sofrimento psíquico perfazem um grupo que pode necessitar de encaminhamento específico a outro ponto da rede e, em geral, compreendem os usuários que apresentam maior risco/gravidade.

No Pará, as equipes da atenção básica afirmaram que registram 82,6% dos casos de maior risco/gravidade encaminhados a outros pontos da rede. A região com maior registro desses casos é a Metropolitana II – R2 (91,4%) e a com menor registro é a Tocantins – R5 (75,9%). A macrorregião IV – M4 apresenta o melhor resultado nesse indicador (87,6%) e a macrorregião II – M2, o pior resultado (79%).

Em relação à especificidade de usuários de crack, álcool e outras drogas em sofrimento psíquico e com maior risco/gravidade, 67,4% das equipes afirmaram possuir registro do encaminhamento. A região que mais registra esse tipo de encaminhamento é a Lago Tucuruí – R12 (77,3%) e a que menos registra é a Metropolitana III – R3 (37,5%). A macrorregião IV – M4 é a que mais realiza os registros de encaminhamento (72,7%) e a com menor resultado de registros é a macrorregião I – M1(64,6%).

Em relação ao registro de encaminhamento de usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos e estabilizadores de humor para outros pontos da rede, 88,1% das equipes da atenção básica afirmaram realizar o registro desse tipo de especificidade. A região que mais se destaca é a Araguaia - R13, com 96% de registros dos encaminhamentos de usuários crônicos em uso desses medicamentos, e a região com o menor resultado de registros é a Xingu – R10, com 73,9%. A macrorregião IV – M4 apresenta o maior número de registros (93,4%) e a macrorregião I – M1 é aquela com menor número de registros (84%).

Apesar de a maioria das equipes afirmar que possui registro por especificidade dos encaminhamentos de maior risco/gravidade para outro ponto de atenção da rede, quando olhamos o dado de registro do estado, verificamos que menos da metade das equipes do Pará realiza o registro desses usuários (46,5%). A região Metropolitana III – R3 apresenta o maior registro, com 63,6%, e a região Marajó II – R7, o menor

registro, com 34,2%. A macrorregião IV – M4 apresenta o maior número de registros (54,3%) e a macrorregião II – M2, o menor número de registros (40,4%).

Conclusão

O panorama que se desvela sobre a saúde mental na atenção básica no Pará, utilizando como lentes o terceiro ciclo do Pmaq-AB, aponta para o fato de que a maioria das equipes de atenção básica do estado afirma ofertar consultas para usuários em sofrimento psíquico, contudo, apenas uma parcela dessas equipes comprova a realização desses procedimentos. É importante destacar que usuários em sofrimento psíquico, dependentes de álcool e outras drogas têm menos acesso à oferta de consultas na atenção básica, se comparados com usuários com sofrimento psíquico não dependentes de álcool e outras drogas. Já os usuários crônicos de medicamentos têm bastante acesso a consultas na atenção básica, segundo os dados levantados.

A maioria das equipes refere realizar os registros dos atendimentos da população em sofrimento psíquico e os usuários crônicos de medicamentos, em 100% dos casos. Porém, se fizermos um recorte para a especificidade de usuários de álcool e outras drogas nos deparamos com um número menos expressivo de registros no Pará, o que pode ter relação com os tabus que ainda permeiam esses temas junto às equipes e também com a ideia do senso comum de que são questões pessoais, que só cabem ao sujeito, sendo encargo da equipe somente se configurar queixa do usuário ou da família. Em que pese que a maioria das equipes refira realizar os registros, quando examinamos os dados referentes à comprovação nos deparamos com índices bem mais baixos, mesmo nas regiões apontadas com melhor desempenho.

No que tange às estratégias utilizadas para acolher esses usuários na atenção básica, verifica-se que mais da metade das equipes utiliza a consulta ampliada e o registro da história de vida, enquanto poucas equipes referem lançar mão da estratégia de atividades em grupos, embora a grande maioria refira utilizar o apoio matricial tanto na figura do profissional da saúde mental, quanto no membro da equipe do Nasf. Porém, quando examinamos o conjunto das estratégias apontadas pelas equipes para atender os usuários, nos deparamos com um baixo percentual de equipes do estado do Pará referindo usar alguma das estratégias específicas para atender usuários com sofrimento psíquico, com uso crônico de medicamentos ou em uso de substância psicoativa. Nesse sentido, é necessário que novos estudos sejam desenvolvidos, para aferir de que forma e quais grupos sociais estão mais vulneráveis à política de tratamento por substâncias psicotrópicas, para que se possa buscar um melhor acolhimento e um tratamento terapêutico singular, que deve ser a base do vínculo no SUS e na atenção à saúde mental.

Por fim, analisando os dados de registro de usuários com maior risco/gravidade que são encaminhados pela atenção básica a outros pontos da rede, nos deparamos com resultados semelhantes aos já encontrados em outras questões, pois os usuários em sofrimento psíquico e os usuários em uso crônico de medicamento do Pará são os que apresentam o maior número de registros, enquanto os usuários de crack, álcool e outras drogas têm menos registros. No entanto, os registros gerais dos encaminhamentos de usuários com maior risco/gravidade feitos pela atenção básica no estado do Pará não chegam à metade dos atendimentos realizados.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 241, p. 2, 16 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 69, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.153, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 251, p. 59, 30 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 236, 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 251, p. 88, 31 dez. 2010.

FERRO, Rubén Óscar. Salud mental y poder: un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 47-62, 2010. Disponível em: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_2_07_art%204.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NAZARÉ, Marcela Acioli; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. O uso de medicação psicotrópica no Pólo Oriximiná: delineamento do perfil dos usuários indígenas e possíveis reflexões. In: CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA, 13., 2018, Manaus. **Anais** [...]. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/en/evento/5/menu/anais/?title=O+uso+de+medica%C3%A7%C3%A3o+psicotr%C3%B3pica+no+P%C3%B3lo+Oriximin%C3%A1+delineamento+do+perfil+dos+usu%C3%A1rios+ind%C3%ADgenas+e+poss%C3%ADveis+reflex%C3%B5es/>. Acesso em: 23 fev. 2021.

4.9 Capítulo IX – Atenção à pessoa com deficiência na Atenção Básica no estado do Pará

Elon de Sousa Nascimento
Angelina Sousa Pinheiro
Laura Soares Tupinambá

Introdução

O presente capítulo tem como objetivo descrever o atendimento realizado às pessoas com deficiência na Atenção Básica em Saúde no estado do Pará, por meio dos dados do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB). Propomos o olhar sobre esses dados, a fim de relacionar a realidade do serviço à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), instaurada pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, uma vez que, segundo Silva (2006, p. 117), “a leitura social que é feita das diferenças tem resultado em atitudes, preconceitos, estereótipos e estigmatização que delegam à pessoa com deficiência o lugar de cidadão de segunda categoria na sociedade”.

De acordo com os estudos das deficiências e pela mobilização social do segmento de Pessoas com Deficiência (PcD), definiu-se que estas apresentam impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, na interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas, sendo, portanto, uma definição que se aproxima mais de uma perspectiva biomédica (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2018).

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a deficiência é definida expressamente como restrição de participação, sendo produto da interação dos impedimentos corporais com um ambiente que apresenta barreiras à diversidade corporal. Nessa perspectiva, construída pelo próprio público, a sociedade deve reduzir as desvantagens das pessoas com deficiência por meio de políticas sociais que promovam a igualdade de participação (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) tem como um de seus princípios a equidade, ou seja:

Ficando proibida qualquer exclusão baseada em [...] ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (BRASIL, 2017b, p. 6).

Portanto, é de responsabilidade do Estado fornecer cuidados à saúde das pessoas com deficiência. Nesse sentido, a avaliação do Pmaq-AB no âmbito da atenção a esse grupo é uma ótima ferramenta para o conhecimento das desigualdades existentes em âmbito nacional, regional, estadual, microrregional ou macrorregional, e, a partir dos resultados, planejar e mobilizar políticas públicas que melhorem a qualidade do serviço e mitiguem os problemas. Assim, as desigualdades dificultam o acesso a um processo longitudinal do cuidado e à organização e ao funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência, como estabelecem a Pnab e a PNSPD.

Por conta do que foi explicitado, cabe aqui salientar que a PNSPD e Pnab não são políticas que devem ser vistas e trabalhadas de forma isolada, posto que são partes mais específicas da grande política nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como princípio o acesso universal da população à saúde e à integralidade da atenção, o que implica o abraço de todas as individualidades ou aspectos grupais.

De acordo com Benelli *et al.* (2017), os fatores que dificultam o acesso das pessoas com deficiência (PcD) aos serviços pioram a qualidade da assistência e prejudicam o desenvolvimento das potencialidades desses usuários. Dificuldades que iniciam com barreiras sociais e chegam à estrutura das unidades de saúde. Ainda que os profissionais que atuam nos programas de saúde tenham a pretensão de atender a todos com segurança e igualdade, para atender bem as PcD também é necessário conhecimento sobre essas pessoas e sobre como amenizar a desigualdade que enfrentam. O SUS preconiza que essa população receba uma assistência equânime, igualitária e universal, portanto, a relação profissional-usuário precisa estar alinhada a essa necessidade, com profissionais da saúde aptos o suficiente para prestar a esse grupo o melhor atendimento (BENELLI *et al.*, 2017).

Outros estudos sobre a temática demonstram também: a necessidade, no contexto de trabalho das equipes de saúde da família, de uma atenção especial com cuidadores das pessoas com deficiência, pois estes são parte fundamental de todo o processo de cuidado (MASUCHI; ROCHA, 2012).

Adiante, serão descritos na seção de resultados os dados do 3º Ciclo do Pmaq-AB no Pará, que abordou a atenção à pessoa com deficiência em relação ao atendimento ou não dessa população, a existência de uma rede de apoio ao trabalho das equipes no cuidado e a presença ou não de registros dos atendimentos e acompanhamentos.

Resultados

As equipes de atenção básica que mais possuem registros de atendimento às pessoas com deficiência estão localizadas nas regiões do Baixo Amazonas – R8, com 80,4%, seguido por Rio Caetés – R4, Metropolitana I e Metropolitana III, apresentando 74,8%, 73,8% e 73,2%, respectivamente. Em contraste, o menor número de registro de casos se deu nas regiões Marajó II – R7, com 30,8%, e Marajó I – R6, com 45,5%. As macrorregiões apresentam índices com uma menor discrepância, sendo o maior 74,4%, da macrorregião 3, e o menor 68,3%, da macrorregião 1. Em todo o estado do Pará, esse número é de 70,3% (tabela 1).

No tocante à existência de documentos que comprovem o registro do número de casos, a região do Tapajós - R9 lidera com 95,8%, junto à região Metropolitana II – R2, com 88,1% dos seus registros comprovados. As regiões com menor porcentagem são Marajó I – R6 e Marajó II – R7, com 70% e 37,5%; importante ressaltar que as duas regiões apresentam também o menor número de registro de casos, sendo isso um agravante. Já nas macrorregiões, a 3 possui o maior número de documentos comprovativos, com 85,8%, enquanto a 1 possui o menor, com 81,6%, em contraste com os 83,1% em todo o estado do Pará (tabela 1).

Acerca das equipes possuírem o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes ou serviços, as regiões do Carajás – R11, Rio Caetés – R4 e Metropolitana III – R3 registram os maiores percentuais, com 47,7%, 52,3% e 53,7%, respectivamente. Os menores percentuais são novamente liderados por Marajó I – R6 e Marajó II – R7, com 22,7% e 15,4%; em contraste com as macrorregiões, sendo o menor o da 3, com 41,1%, e o maior da 2, com 50,5%. No Pará, o percentual é de 45% (tabela 1).

As regiões que apresentam maiores percentuais relativos à existência de documentos que comprovem os registros de usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes são Marajó I – R6 e Baixo Amazonas – R8, com 100% e 82,9%. Já os menores ficaram com Marajó II – R7 e Xingu – R10, com 50% e 61,5%. Nas macrorregiões, lideram a 4 e a 1 com os maiores percentuais, 79,8% e 79,1%; sem uma grande discrepância com as menores porcentagens de 73% e 73,9%, das macrorregiões 3 e 2, respectivamente. Nesse quesito, o Pará apresenta 76,7% (tabela 1).

No que se refere à presença do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) na atenção à pessoa com deficiência, as regiões Rio Caetés – R4 e Xingu – R10 se destacam positivamente por apresentarem, respectivamente, 96,1% e 98,1% de suas equipes atendidas por esse serviço. Contudo, contrapondo-se a esses números, as regiões Baixo Amazonas – R8, com

25,5%, e a Marajó I – R6, com 61,1%, são as que apresentam os piores percentuais quanto à atuação do Nasf-AB nos cuidados referentes à pessoa com deficiência. Nesse fator, as macrorregiões 1, 2 e 4 apresentam percentuais muito próximos, cada uma, respectivamente, com 79,9%, 86,2% e 84,3%, enquanto na macrorregião 3 verificaram-se somente 57,5%. De forma geral, nesse critério, o estado do Pará possui um percentual de 79,5% (tabela 1).

Acerca da presença do Centro Especializado de Reabilitação (CER) para auxiliar as equipes na promoção da saúde às pessoas com deficiência, as regiões Tocantins – R5 e Lago Tucuruí – R12 foram as únicas a apresentarem percentuais acima de 56%, tendo cada uma, respectivamente, 71,4% e 70,4%, enquanto as regiões Marajó I – R6 e Carajás – R11 possuem os piores, tendo a primeira 16,1% e a segunda 35,1%. A respeito das macrorregiões, a 3 e a 1 indicam os valores de 35,9% e 41,6%, respectivamente, enquanto a 2 e a 4 demonstram 47,9% e 45,0%. Ao observar o panorama do estado do Pará, depreende-se que apenas 43,4% das equipes possuem o CER trabalhando em conjunto para a promoção do desenvolvimento da qualidade de vida e saúde de pessoas com deficiência (tabela 1).

Sobre a presença de outros serviços na atenção à pessoa com deficiência, a região do Baixo Amazonas – R8 se destaca com 80% das equipes possuindo tais serviços, enquanto as outras regiões não chegaram a 61%, principalmente as regiões Rio Caetés – R4 e Marajó II – R7, com, respectivamente, 39,2% e 40,0% nos percentuais de avaliação. Ainda nesse quesito, a macrorregião 3 ficou em primeiro lugar com os melhores resultados – 62,1%. Enquanto as outras três não estabeleceram números acima de 60%, estando a 1, 2 e 4, respectivamente, com 52,0%, 43,6% e 54,1%. O estado do Pará, de maneira geral, estabeleceu nesse critério de avaliação somente 51,5% (tabela 1).

Ademais, as regiões que menos contam com serviço/equipe de apoio foram Marajó II – R7, Baixo Amazonas – R8 e Marajó I – R6, cada uma com 23,1%, 23,9%, 18,2%, respectivamente. Todas as outras atingiram números abaixo de 12,5%, destacando-se as regiões Xingu – R10 e Lago Tucuruí – R12, as duas com apenas 3,6% de suas equipes sem auxílio de outros serviços e equipes. Entre as macrorregiões, a que possui o maior número de equipes sem apoio é a macrorregião 3 (15,0%) e o menor número a macrorregião 2 (6,7%). Em todo o estado, somente 10,3% das equipes afirmam não possuir serviço/equipe de apoio para cuidar de pessoas com deficiência (tabela 1).

Conclusão

De modo geral, o Pará possui um número elevado de equipes de atenção básica que registram o número de atendimentos a pessoas com deficiência (70,3%). Isso demonstra que a maior parte das equipes do estado possui uma organização suficiente para ter esse controle. Contudo, ainda há quase 30% de equipes que dizem não conseguir mantê-lo, demonstrando a necessidade de ações que visem capacitar esses profissionais para o registro de suas atividades com pessoas com deficiência. Da mesma maneira, é alto também o número de equipes que conseguem comprovar esses registros por meio de documentos. Uma estratégia importante seria a utilização dos espaços de educação permanente para pensar em ações com a temática PcD, de preferência com a participação ativa da população e a realização de oficinas e atividades educativas como forma de conexão com as reais demandas de cuidado das pessoas com deficiência. Muitas vezes, o não reconhecimento da necessidade do registro por parte do trabalhador ocorre justamente pelo desconhecimento das dificuldades que atravessam o cotidiano das pessoas com deficiência e suas famílias. Realizar oficinas conduzidas pelos próprios indivíduos afetados e seus familiares é uma forma de trabalhar a autonomia, o protagonismo dos usuários, de reconhecer seu lugar de fala e de seus saberes sobre a experiência de vida.

Quando analisamos os dados de equipes com registros de usuários com deficiência que recebem acompanhamento por outras equipes ou serviços, concluímos que o número em todo o estado é baixo (45%). O que pode demonstrar pouco controle por parte das equipes dos usuários recebedores de cuidados de outros pontos da rede de atenção à pessoa com deficiência. Dessa maneira, os profissionais podem ter dificuldades no acompanhamento desses usuários, o que é fundamental para o trabalho na atenção primária.

Um número bastante positivo dos dados do Pmaq-AB é que somente 10,3% das equipes afirmam não possuir serviço/equipe de apoio para cuidar de pessoas com deficiência. Entre os pontos de apoio, verificamos que o do Núcleo Ampliado de Saúde da Família é bem maior para as equipes, se comparado ao do Centro Especializado de Reabilitação. Isso pode demonstrar a importância dos Nasf como dispositivo fundamental para viabilizar o cuidado às pessoas com deficiência. Apesar de os CERs estarem na política de saúde a essas pessoas como parte integrante e essencial no atendimento, precisam estar mais presentes no suporte às equipes de atenção básica no Pará, a fim de favorecer a integralidade do cuidado.

Ademais, apesar de a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelecer como fundamental a relação de interlocução entre os Centros Especializados de Reabilitação, o Núcleo Ampliado em Saúde da Família e as

Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2010a), verificou-se pelos índices que o Nasf e o CER têm fornecimento desigual entre as regiões, o que não favorece o trabalho conjunto, organizado e abrangente de todas as PcD. Em consonância com a necessidade de articulação entre os pontos da rede instalada em território, aqui apontada, encontramos um conjunto de políticas do Ministério da Saúde que orientam a implementação e a ampliação do SUS, em especial através da promulgação da Portaria nº 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde, apontando a necessidade de um trabalho conjunto dos diferentes pontos de trabalho, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado (BRASIL, 2010b), cuja Portaria nº 793/2012 institui como rede específica a pessoa com deficiência, com as mesmas diretrizes de trabalho em rede e em linha de cuidado visando ao caminho assistencial seguro dos usuários (BRASIL, 2012).

Compreende-se também que, apesar dos ótimos dados em algumas variáveis, investimentos públicos em todas as regiões do Pará visando às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência devem ser feitos para ampliar o acesso da população abarcada ao SUS e à Atenção Básica, pois os números apresentam déficits a serem sanados com melhores administração e distribuição do recurso público.

Referências

BENELLI, Thais Ermelinda Schulz *et al.* Assistência à saúde dos PCD na atenção primária: uma revisão bibliográfica. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, ano 18, v. 18, p. 391-393, dez. 2017. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Textos Básicos de Saúde, B).

MASUCHI, Marjorie Heloise; ROCHA, Eucenir Fredini. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-97, 2012.

SILVA, Luciene Maria da. A deficiência como expressão da diferença. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 44, p. 111-133, dez. 2006.

URSINE, Bárbara Lyrio; PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Saúde da **pessoa** com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 109-120, 2018.

4.10 Capítulo X – Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica no estado do Pará

Maria Lúcia Chaves Lima
Tawane Tayla Rocha Cavalcante
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) representam, no cenário atual das políticas públicas, processos contra-hegemônicos de abordagem em saúde que ressignificam o campo do cuidado, extrapolando a racionalidade biomédica. Esse movimento de reconhecimento e busca de práticas não hegemônicas em saúde, associadas a conhecimentos tradicionais e cuidado com a terra, emerge a partir da década de 1960 com o incentivo de organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) (CASTRO; FIGUEIREDO, 2019).

Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pela Portaria nº 971/2006, as PICs constituem um campo que contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos relacionados à chamada medicina tradicional e complementar/alternativa, tendo em comum a busca por mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2006). Trata-se de um campo tecnológico que não dispensa eficácia e segurança, mas a ênfase recai sobre aspectos como a escuta acolhedora, a formação de vínculos, a integração social do ser humano e sua proximidade com o meio ambiente.

As práticas integrativas e complementares não visam competir com a medicina convencional ou eliminar o modelo biomédico, tampouco desprezar as evidências científicas vigentes. O objetivo do uso das PICs é incorporar novos modelos que possam dar conta justamente da diversidade dos processos de saúde-doença-atenção, ampliando as possibilidades de ofertas de cuidado.

As Práticas Integrativas e Complementares ampliam a compreensão da atenção à saúde naquilo que Canguilhem (2005, 2009) chamou de “corpo sem órgãos”. A escuta deve partir do que o sofrimento humano traz para o diálogo com os profissionais da área. Há aqui uma compreensão da integralidade, que também é um princípio do Sistema Único de Saúde. Uma atenção singular deve ser pautada e modulada de acordo com os vínculos que vão se estabelecendo entre os cuidadores e os usuários. Nesse sentido, a construção de outra perspectiva, baseada na

integralidade, deve produzir o encontro entre as várias racionalidades de produção do cuidado.

A introdução das PICs no SUS amplia os caminhos para a consolidação de novas ações em saúde e o avanço na reinvenção das tecnologias de cuidado. Desde a sua criação até hoje, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares vem reconhecendo cada vez mais práticas. Em 2006, a PNPIC incluiu no SUS Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo. Depois de 11 anos, em 2017, outras 14 novas práticas foram incluídas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Em 2018, foram incluídas outras dez práticas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. Desse modo, atualmente são 29 práticas integrativas e complementares indicadas pelo Ministério da Saúde,⁶ que devem estar inseridas na rede de serviços do SUS.

A insatisfação em relação ao sistema biomédico é um dos motivos para a crescente procura das PICs. Entre tais insatisfações, destacam-se as práticas de diagnósticos limitantes, nas quais, quando um sintoma não se enquadra em um diagnóstico, ele é ignorado. Além disso, há o risco de iatrogenias, ou seja, as consequências negativas geradas por tratamentos biomédicos. Outra marcante insatisfação se estabelece na relação curador-doente, na qual se nota a redução do paciente a um corpo enfermo, excluindo sua subjetividade e, assim, desumanizando-o (TESSER, 2009).

Considerando tais fatores, é compreensível a popularização das PICs no âmbito global em diversos países, visto que elas se mostram capazes de intervir justamente nas problemáticas vivenciadas pelo sistema vigente (BRASIL, 2011). Inclusive, a PNPIC inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas em sistemas universais de saúde. As experiências brasileiras são citadas em relatórios da OMS, que desde 1970 incentiva os países membros a implementarem políticas na área das medicinas tradicionais e complementares (MTC) (BRASIL, 2018).

Há diversas aproximações entre a proposta das PICs e a Atenção Básica em Saúde. Tesser e Souza (2012) discutem as afinidades eletivas entre as citadas práticas e a Atenção Básica em Saúde. Além das críticas ao “*establishment*” biomédico e ao seu caráter contra-hegemônico, já comentados acima, os autores elegem ainda as concepções de objeto e dos meios de trabalho, a concepção dos fins, as formas de

⁶ Importante informar que quando essas práticas são usadas junto a práticas da biomedicina, são chamadas complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, são consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente, baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, são chamadas integrativas (TESSER; BARROS, 2008).

organização e de relacionamento com a clientela, os efeitos terapêuticos e ético-políticos e o caráter desmedicalizante como marcas fundamentais tanto na Atenção Básica, quanto nas Práticas Integrativas e Complementares.

Tais apontamentos mostram que a Atenção Básica é um campo fértil para implementação de PIC no campo da saúde, ainda mais considerando o baixo custo que a maioria das PICs exige para a sua realização no SUS e os potentes efeitos terapêuticos que elas produzem nos usuários.

Resultados

No que se refere aos dados sobre as PICs, foram analisados os resultados a partir das regiões de saúde e macrorregiões, sendo verificados os percentuais mais positivos referente às PICs de cada região e macrorregião do estado do Pará, assim como os mais negativos a partir das questões levantadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB).

Em todo o Pará, foi averiguado que apenas 10,8% das equipes do estado oferecem serviços de práticas integrativas e complementares para os usuários e usuárias do território. Por regiões de saúde, o resultado mais satisfatório é o da região Metropolitana I – R1, que oferece o serviço para 16,7%, seguido da Metropolitana III – R3 com 14,8% e a região do Lago de Tucuruí – R12, com 12,5%. As regiões que menos realizam PIC são a Metropolitana II – R2 e Tapajós – R7, oferecendo apenas 3,0%. A macrorregião I, mesmo apresentando um número baixo, é a que apresenta um melhor resultado, com 13,6%, seguida da Macro II, com 11,0% de práticas realizadas no território (tabela 1).

Quanto à realização dos sistemas de recursos terapêuticos em práticas integrativas e complementares, o maior destaque é com relação ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, totalizando 79,0% de oferta na atenção básica do estado. As regiões de saúde com percentuais positivos em 100% dessa modalidade realizada são as de Tocantins – R5; Marajó I – R6 e Marajó II – R7; Metropolitana II – R2; Baixo Amazonas – R8; Tapajós – R9; Xingu – R10; Carajás – R11 e Araguaína – R13. Em relação à macrorregiões, a macrorregião I é a única que oferece 100% desse recurso para a população, seguida da macrorregião II, com 99,9%.

Em relação às outras especialidades de práticas integrativas, que também são destaque nas regiões de saúde e macrorregiões, aquelas com maiores ofertas para a população são os recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas de medicina tradicional chinesa e prática de medicina antroposófica, apresentando 33,0% em todo o estado. As regiões de saúde com melhores resultados são Lago de Tucuruí e Carajás, com percentual de 100%; enquanto nas

macrorregiões, a macrorregião III apresenta 63,6%. Práticas como terapia comunitária integrativa, musicoterapia, medicina tradicional chinesa e dança circular também apresentam bons percentuais de adesão no estado, totalizando 31,5%, 30,6%, 29,8%, 17,7% respectivamente. Com destaque ao oferecimento de terapias comunitárias, oferecidas pelas equipes de saúde nas regiões de Marajó I – R6 e II – R7 com percentuais de 50% e as regiões de Tocantins – R5 e Metropolitana II – R2 apresentando percentuais de 100% positivos para a realização dessa especialidade de práticas integrativas.

Já em relação às especialidades de talassoterapia e quiropraxia, tais práticas terapêuticas não são realizadas na atenção básica de todo o Pará. Seguidas da prática de ayurveda, que apresenta um percentual de menos de 1% de oferecimento na rede de saúde pública do estado. Assim como a terapia com argila, Sistema Rio Aberto e osteopatia, que também seguem com desempenhos baixos na oferta para a população, com percentuais abaixo de 3%, 1% e 3%, respectivamente.

Outras práticas como yoga, florais, don-in, shiatsu, massoterapia, reflexologia, shantala, naturologia e biodança, que também foram analisadas pelo Pmaq-AB, seguem com baixo desempenho na atenção básica do estado, tendo percentuais de 6,5%, 2,4%, 4,0%, 11,3% 12,0% e 3,2%, respectivamente. As regiões de saúde que apresentam os melhores percentuais com relação a algumas dessas práticas foram Lago de Tucuruí – R12, que oferece práticas de shantala com desempenho de 42,9%, e práticas de biodança com percentual de 29,6% no seu território. Assim como a região de Tocantins – R5, que realiza shantala, com percentual positivo de 50%.

Outra questão levantada pelo Pmaq-AB foi a realização de atividades sobre educação em saúde, pela equipe da atenção básica. Com um número baixo de equipes em todo o estado do Pará, apenas 11,4% afirmaram realizar essas atividades com a população. No que tange ao desempenho positivo das regiões de saúde sobre a realização de educação em saúde, Metropolitana I – R1 apresenta 32,0% e Metropolitana III – R3, 5,0% de resultados satisfatórios. As macrorregiões com melhores desempenhos nas atividades de educação em saúde foram a macrorregião I com 28,1%, seguida da macrorregião II, que apresenta um total de 3,7% na realização de educação em saúde para a população local.

Quando questionados sobre o oferecimento de atividades/cursos de educação permanente em práticas integrativas e complementares, por parte da gestão das unidades para a equipe de atenção básica no Pará, 53,2% afirmaram receber esse tipo de formação complementar para a realização das atividades. As equipes que apresentam os maiores percentuais foram as da região do Lago de Tucuruí – R12, que apresentou 85,7%, Xingu – R10 com 83,3%, seguida do Baixo Amazonas – R8 com 72,7%. Em relação às macrorregiões, a que mais se destaca é a macrorregião III, com

72,2% de oferta em atividades de educação permanente sobre as PICs para as equipes de saúde.

Outra questão abordada pelo Pmaq-AB junto aos/às profissionais da atenção básica foi o apoio realizado pela gestão para a realização de práticas integrativas e complementares, bem como a disponibilização de espaço na agenda desses profissionais, divulgação desses serviços e pactuação com as equipes que compõem a unidade básica. Constatou-se que a maioria das equipes das regiões de saúde e macrorregiões recebe apoio por parte da gestão, totalizando um percentual de 72,6% em todo o estado. As regiões de saúde com percentuais de 100% foram Marajó I – R6, Tapajós – R9 e Lago de Tucuruí – R12, em contrapartida a esses resultados positivos, as equipes do Marajó II - R7 relataram receber 0% de incentivo na realização das PICs em seu território. Com relação às macrorregiões, as que apresentaram resultados positivos foram a macrorregião III, com percentual de 88,9%, e a macrorregião II, com 75,0%. Por meio da análise desses dados, nota-se que as equipes de saúde da atenção básica, em sua maioria, recebem o apoio da gestão para a realização das PICs. Entretanto, a falta de repasse dos recursos necessários para a realização dessas práticas dificulta a utilização dessas terapias complementares em saúde para a população de todo o estado.

Em relação à utilização de um protocolo de acolhimento às demandas espontâneas ou linhas de cuidados que incluam as práticas integrativas e complementares, foi averiguado que em todo o estado do Pará 58,0% das equipes de saúde responderam realizar um protocolo de acolhimento. No que tange às regiões de saúde com maiores registros, destacaram-se a de Tapajós – R9 com 100% dessas atividades realizadas, seguido de Xingu – R10 com 83,3%. Já a região de menor percentual foi a Marajó II – R7, com 0% de protocolos de acolhimento realizados. Nas macrorregiões, a que mais se destaca na realização de um protocolo de atendimento é a macrorregião III, com 77,8%, e a região que menos registra é a macrorregião I com 45,1%.

A partir da afirmação das equipes, constata-se que as regiões que realizam atividades de práticas integrativas e complementares também realizam os protocolos de acolhimento sobre as demandas recebidas em suas unidades. Esse fato é de extrema importância no trabalho da atenção básica, pois esses registros possibilitam o reconhecimento do perfil epidemiológico do usuário daquela região, assim como a escuta passa a ser qualificada com a tomada de medidas necessárias para encaminhamentos e realização de planos terapêuticos.

Conclusão

Uma primeira observação a ser feita sobre os resultados aqui apresentados é que algumas práticas presentes no questionário do Pmaq-AB não são contempladas pela política nacional: Sistema Rio Aberto (Movimento Vital Expressivo), terapia com argila e talassoterapia. Tais práticas se aproximam das racionalidades nas quais as PICs se alinham, mas ainda não são reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ou seja, são práticas que encontram consonância em seu caráter terapêutico com as PICs, mas não estão entre as 29 oficializadas pela PNPIC.

Ainda sobre as categorias presentes no questionário do Pmaq-AB, é preciso chamar a atenção para a categoria “Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia”, pois apenas a reflexologia está açambarcada pela PNPIC. Na categoria “Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia”, apenas a acupuntura está citada na política, excluindo, portanto, a auriculoterapia.

Antroposofia e termalismo, presentes na PNPIC, aparecem na categoria do Pmaq-AB intitulada “Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e práticas da medicina antroposófica”. A fitoterapia citada na PNPIC aparece no questionário do Pmaq-AB na categoria “Uso de plantas medicinais e fitoterápicos”.

Importante notar que o contrário também acontece: algumas práticas reconhecidas pela PNPIC não estão presentes no questionário do Pmaq-AB. Homeopatia, apiterapia, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos e ozonioterapia não fazem parte do campo de interrogações do presente programa de avaliação. Isso talvez seja explicado pela recente inserção, em 2018, da maioria dessas práticas, ainda que aromaterapia, bioenergética e terapia de florais também tenham sido reconhecidas pela PNPIC em 2018 e estejam contempladas pela avaliação do Pmaq-AB. O caso mais singular é o da homeopatia, que está na PNPIC desde o seu surgimento, em 2006, e não está entre as práticas elencadas no questionário da avaliação em questão, talvez por ser uma prática de uso privativo dos profissionais de medicina.

Feitas essas observações iniciais sobre as incompatibilidades entre a PNPIC e a avaliação do Pmaq-AB, constatou-se que apenas 10,8% do estado do Pará oferecem serviços de práticas integrativas e complementares para os usuários e usuárias do território. Como dito acima, os resultados indicam um aparente apoio da gestão para que as equipes realizem PIC na Atenção Básica, no entanto, tal apoio não é capaz de propiciar a implementação dessas práticas na expressiva maioria dos serviços analisados.

Por meio de revisão da literatura nacional publicada após a implantação da PNPIC, Ruela *et al.* (2019) analisaram a implementação, o acesso e o uso das PICs no SUS e seus resultados coadunam com os apresentados aqui: as práticas são oferecidas de forma tímida e os dados disponíveis são escassos, apesar de todo o avanço positivo para os/as usuários/as e para os serviços que aderiram à sua utilização.

Vários motivos podem ser elencados para compreender esse quadro incipiente de usos de PIC. O primeiro deles é a falta de repasse dos recursos necessários para a sua realização, dificultando a utilização para a população de todo o estado. Lima (2020), em pesquisa sobre as PICs oferecidas em Centros de Atenção Psicossocial de Belém, ouviu dos/as profissionais destes estabelecimentos algumas dificuldades para a referida oferta. A falta de um incentivo maior do Estado para a formação em PIC é um dos entraves para que a oferta desses serviços seja realizada, mesmo sendo garantidos por meio da PNPIC. Os/as profissionais relatam que mesmo quando querem fazer a formação utilizando os recursos próprios, encontram resistência em conseguir liberação para a realização do curso. Aqui podem estar presentes evidências de que a prática médica e a racionalidade tecnocientífica são hegemônicas na formação profissional e refletem diretamente na prática dos/as profissionais de saúde, especialmente daqueles que estão na gestão dos serviços. Além disso, os dados aqui apresentados demonstraram que é preciso investigar a importância dessas práticas nas culturas locais, questões que demandam estudos mais aprofundados.

Outro motivo cogitado pela escassa presença de PIC na Atenção Básica do Pará é o desconhecimento da existência da própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares entre os/as profissionais de saúde (RUELA *et al.*, 2019; LIMA, 2020).

Mas talvez a maior lacuna para o insucesso de sua implementação é que as PICs ainda são vistas e tratadas como medidas “complementares”, utilizadas em situações específicas como uma “adição” ao tratamento biomédico. Gontijo e Nunes (2017) relatam sobre a visão preconceituosa quanto a essas práticas entre muitos agentes de saúde, implicando no não reconhecimento de suas contribuições no processo de cura. Tal compreensão é fruto, entre outras questões, da deficiência no ensino durante a formação sobre o uso das PIC, gerando resistência por parte dos/as profissionais de saúde, atribuída à escassez de evidências científicas e falta de apoio logístico e estrutural da gestão, mesmo com o aumento no uso das PICs nos últimos anos (RUELA *et al.*, 2019).

Esses fatores permitem identificar que a hegemonia da medicina ocidental se mantém, relegando às Práticas Integrativas e Complementares o local de complemento ao tratamento oficial, restringindo seu desenvolvimento e potencial

terapêutico. É urgente a demanda por uma compreensão, acerca dessas práticas e suas capacidades terapêuticas, que as valorizem e as promovam para além de uma política, colocando-as efetivamente em prática.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CASTRO, Marta Rocha; FIGUEIREDO, Fábio Fonseca. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 15, n. 31, p. 56-70, 2019.
- GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves; NUNES, Maria de Fátima. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 301-320, jan./abr. 2017.
- LIMA, Maria Lúcia Chaves. **Práticas integrativas e complementares em saúde: uma pesquisa-intervenção em saúde mental em Belém: relatório de pesquisa.** Belém: Universidade Federal do Pará, 2020.
- RUELA, Ludmila de Oliveira *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.
- TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.
- TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUZA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

4.11 Capítulo XI – Ações de promoção da saúde e Programa Saúde na Escola no estado do Pará

Geyse Aline Rodrigues Dias
Janaína Mendes de Melo
Andréa das Graças Ferreira Frazão

Introdução

A Promoção à Saúde refere-se às ações realizadas sobre os determinantes sociais e os determinantes da saúde, visando afetar de forma benéfica a qualidade de vida dos cidadãos. A Conferência Internacional de Promoção à Saúde realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos e definiu áreas de ação. De acordo com o documento, promover saúde é

[...] capacitar a comunidade a atuar para melhorar a qualidade de vida e saúde, incluindo mais participação no processo de controle dos determinantes sociais de saúde. Portanto, sua característica fundamental é a composição intersetorial e as ações dentro da perspectiva de conscientização em saúde - direitos e deveres do cidadão, educação em saúde, estilo de vida e comportamento, considerando a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios. (BRASIL, 2018, não paginado).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Trata-se de uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação voltada para crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede pública de ensino. A articulação entre as equipes de saúde e as escolas (interdisciplinaridade e intersetorialidade) é a base do programa, aliada às práticas de promoção à saúde, prevenção de doenças e acompanhamento do quadro clínico dos educandos (BRASIL, 2015a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção à saúde é um processo projetado para expandir as possibilidades de controle dos cidadãos, de maneira crescente, dos determinantes sociais de saúde, melhorando assim sua qualidade de vida. Portanto, as ações nesse sentido realizadas nas escolas, visam garantir que todos os alunos tenham a oportunidade de fazer escolhas mais benéficas, tornando-se protagonistas no processo de produção da própria saúde. A escola é um ambiente favorável para esse objetivo, pois é um espaço que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, ideias e formas de conhecer o mundo, possuindo o potencial de formar sujeitos independentes e críticos, capazes de refletir sobre os problemas da comunidade e propor soluções a partir de uma perspectiva

integrada e uma ética inclusa, com habilidades que agem em defesa da saúde e da vida (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem garantir a perspectiva criada pelo PSE de atenção integral, com promoção, prevenção, diagnóstico, recuperação da saúde e formação dos educandos, no domínio das escolas e Unidades Básicas de Saúde, executada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de maneira integrada, através de ações como: avaliação clínica e psicossocial; atividades de promoção e prevenção que associem práticas de formação, educativas e de saúde; e educação permanente (BRASIL, 2012).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq-AB) insere-se em um contexto em que o governo federal investe e formula cada vez mais ações voltadas para a melhoria dos direitos e da qualidade do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). O principal objetivo do programa é incentivar os gestores e as equipes à melhoria dos serviços de saúde prestados aos cidadãos do território. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de avaliação, acompanhamento e qualificação do trabalho das equipes de saúde. Assim, o programa é um instrumento de coleta de dados, que são utilizados para monitorar a qualidade dos serviços prestados na atenção básica (BRASIL, 2015b).

Neste capítulo apresenta-se o perfil das ações de Promoção à Saúde e do PSE das equipes da atenção básica no estado do Pará, suas regiões e macrorregiões.

Resultados

No que se refere ao questionamento quanto à promoção à saúde, foram considerados na entrevista os seguintes itens: a equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde, desenvolve ações de apoio ao autocuidado, desenvolve ações de promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, desenvolve ações de promoção do desenvolvimento sustentável, desenvolve ações de mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam a coletividade, desenvolve ações de articulação intersetorial com outros serviços públicos, desenvolve ações de organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território, nenhuma das anteriores, a equipe utiliza o novo “*Guia Alimentar para a População Brasileira*” do Ministério da Saúde.⁷

Ao considerarmos as ações de Promoção à Saúde dos profissionais da Atenção Básica no estado do Pará, 99,0% dos entrevistados referiram que a equipe

⁷ Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

desenvolveu ações voltadas a promoção à saúde. Esse parâmetro se assemelhou ao observarmos o perfil das macrorregiões, em que os valores percentuais exibem pequena variação, entre 98,7% (macrorregião M1) e 99,2% (macrorregião M4). Quanto às regiões de saúde, o padrão permaneceu similar, sem muitas variações de percentual, entre 92,3% (Rio Caetés – R4) e 100,0% (Baixo Amazonas – R8) (tabela 1).

Quanto ao desenvolvimento de ações de apoio ao autocuidado, no estado do Pará 95,4% das equipes referiram executar essa ação. No contexto das macrorregiões houve um percentual maior de mudanças, estando a macrorregião M3 com o maior percentual de 98,3% e a macrorregião M1 com o menor, de 93,2%. Nas regiões de saúde essa disparidade foi evidenciada, em que o menor percentual ocorreu na região Metropolitana I – R1 (91,9%) e os maiores nas regiões Metropolitana III – R3 e Baixo Amazonas – R8, ambas com 100,0% (tabela 1).

Sobre o desenvolvimento de ações de promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, no estado do Pará 62,1% das equipes respondentes referiu ter realizado. Nas macrorregiões, as variações de percentual foram pequenas: o maior percentual de realização referido foi na macrorregião M4, com 64,0%. O menor percentual foi na macrorregião M1 (60,0%). No contexto das regiões de saúde, as variações de percentual foram mais expressivas, estando as regiões Metropolitana II – R2 (73,0%), Marajó II – R7 (72,7%) e Carajás – R11 (72,2%) com os maiores valores e as regiões Tapajós – R9 (43,8%), Tocantins – R5 (46,9%) e Metropolitana I – R1 (56,0%) com os menores valores (tabela 1).

Sobre o desenvolvimento de ações de promoção do desenvolvimento sustentável, no estado do Pará, 53,4% dos entrevistados referiram ter desenvolvido. No contexto das macrorregiões, houve um percentual de disparidades: o maior percentual de realização foi notado na macrorregião M4, com 58,1%, e o menor percentual na macrorregião M1, com 47,7%. No que diz respeito às regiões de saúde, a variação foi bem mais expressiva, como ilustrado pelas regiões Carajás – R11, Baixo Amazonas – R8, Marajó II – R7 e Metropolitana III – R3, que apresentam os maiores percentuais de desenvolvimento de ações de promoção do desenvolvimento sustentável com valores respectivos de 74,1%, 60,9%, 60,0% e 60,0%, em contraponto com a região Rio Caetés – R4, que apresentou o menor percentual de 34,8% (tabela 1).

Quanto ao desenvolvimento de ações de mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam a coletividade, 79,5% das equipes do estado do Pará referiram desenvolver essas ações. As macrorregiões que apresentaram os maiores percentuais foram a macrorregião M3 com 85,9% e a macrorregião M4 com 82,6%. O menor percentual apresentado ocorreu na

macrorregião M1 (74,0%). Nas regiões de saúde, essa disparidade foi evidenciada pela região do Xingu – R10, com 90,6%, sendo esse o maior percentual. O menor percentual observado foi de 68,8%, na região Tocantins – R5 (tabela 1).

Sobre o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial com outros serviços públicos, no estado do Pará 72,1% dos entrevistados referiram ter desenvolvido tais ações. No contexto das macrorregiões, houve maior disparidade, sendo a macrorregião M3 com 82,5%, com o maior percentual, a macrorregião M1 com 61,9%, com o menor percentual. Nas regiões de saúde a Xingu – R10, com 84,9%, foi a região com o maior percentual, e a Rio Caetés – R4, com 56,5%, com o menor percentual (tabela 1).

Em resposta ao questionamento sobre desenvolver ações de organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território, 74,4% das equipes entrevistadas no estado do Pará referiram desenvolver tais ações. Nas macrorregiões, os valores percentuais variaram entre 79,1% na macrorregião M2 e 69,9% na macrorregião M1. Nas regiões de saúde, os maiores percentuais foram observados nas regiões Marajó II – R7, com 86,4%, e Metropolitana II – R2 com 85,7%. O menor percentual foi observado na região Rio Caetés – R4, com 43,5% (tabela 1).

Em relação ao questionamento sobre nenhuma das anteriores no estado do Pará, 98,7% das equipes entrevistadas negaram. Esse parâmetro se assemelhou ao observarmos o perfil das macrorregiões: os valores percentuais variaram entre 98,1% (macrorregião M4) e 99,4% (macrorregião M3). Já no contexto das regiões de saúde, o padrão apresentou uma pequena variação de percentual, entre 90,9% (Metropolitana III – R3) e 100% (Metropolitana II – R2, Marajó II – R7, Baixo Amazonas – R8, Tapajós – R9 e Araguaia – R13) (tabela 1).

Quanto ao questionamento se a equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde, no estado do Pará, 72,1% dos entrevistados responderam positivamente. No contexto das macrorregiões, os parâmetros se assemelharam: os valores percentuais exibiram uma variação entre 77,2% (macrorregião M3) e 70,7% (macrorregião M1). No contexto das regiões de saúde, o padrão apresentou discrepância, sendo o maior percentual pertencente à região Tapajós – R9, com 93,9%, e o menor à região Rio Caetés – R4, com 26,9% (tabela 1).

Ao questionamento das equipes quanto às atividades na escola e ao Programa Saúde na Escola, foram consideradas na análise: a equipe sabe se existe o Programa Saúde na Escola no município; a equipe participa do Programa Saúde na Escola; é realizado planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola; realização de reuniões conjuntas entre equipe de

saúde e equipe das escolas; realização do levantamento do número de escolares atendidos na UBS; utilização das informações registradas no e-SUS; utilização das informações contidas no Form-SUS e qual a principal forma com que a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes.

Quanto ao conhecimento sobre a existência do Programa Saúde na Escola, 98,4% das equipes entrevistadas no estado do Pará responderam positivamente. No contexto das macrorregiões, houve uma alteração nos valores dos percentuais, entre 96,3% na macrorregião M1 e 99,7% na macrorregião M2. Nas regiões de saúde o padrão foi semelhante: as regiões com maiores percentuais foram a Marajó I – R6, Marajó II – R7, Tapajós – R9, Carajás – R11 e Araguaia – R13, todas com o alcance de 100,0%. A região com menor percentual foi a Metropolitana III – R3, com 90,9% (tabela 2).

Sobre a equipe participar do Programa Saúde na Escola, no estado do Pará 92,7% dos entrevistados referiram participar. Nas macrorregiões houve um percentual de mudança entre 84,2% (macrorregião M1) e 99,2 (macrorregião M4). Entre as regiões de saúde, os maiores percentuais pertencem à Tapajós – R9 e Araguaia – R13, ambas com 100,0%, e o menor percentual à Metropolitana III – R3, com 75,0% (tabela 2).

Em resposta à realização do planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para a execução das ações na escola, 85,2% dos entrevistados no estado do Pará referiram realizar. Nas macrorregiões, os valores percentuais variaram entre 90,6% na macrorregião M4 e 76,3% na macrorregião M1. Nas regiões de saúde, os maiores percentuais foram observados nas regiões Araguaia – R13, com 94,1%, Carajás – R11, com 92,9%, e Xingu – R10, com 92,7% (tabela 2).

Quanto à realização de reuniões conjuntas entre equipe de saúde e equipe das escolas, no Pará, 94,3% informaram que as realizaram. Já nas macrorregiões, o maior percentual de realização das reuniões foi na macrorregião M3, com 97,5%, e o menor na macrorregião M2, com 90,7%. Nas regiões de saúde esse quantitativo foi maior nas regiões Metropolitana III – R3 e Carajás – R11, ambas com 100%, e menor na Tocantins – R5, com 81,1% (tabela 2).

Ao considerarmos a realização do levantamento do número de escolares atendidos na UBS, no estado do Pará, 80,2% dos entrevistados referiram realizar o levantamento. No contexto das macrorregiões, a macrorregião M2 com 81,4% apresentou o maior percentual, enquanto a macrorregião M3 com 75,2%, o menor valor. A região de saúde que referiu o maior percentual foi a Metropolitana II – R2, com 93,0%, e a região com o menor percentual foi a Metropolitana III – R3, com 61,5% (tabela 2).

No que se refere à utilização das informações registradas no e-SUS, 75,5% dos entrevistados no Pará referiram utilizar as informações. Nas macrorregiões houve discrepância nos valores percentuais, entre 69,7% (macrorregião M1) e 78,9% (macrorregião M3). No contexto das regiões de saúde, Marajó II – R7 e Tapajós – R9 apresentaram os maiores valores, sendo 90,9% e 90,0%, respectivamente. A região com menor percentual de utilização das informações é a Rio Caetés – R4, com 53,3% (tabela 2).

Sobre a utilização das informações contidas no FORM-SUS, no estado do Pará, 30,1% dos entrevistados as utilizaram. Nas macrorregiões, os valores percentuais variaram entre 24,4% na macrorregião M1 e 37,9% na macrorregião M4. A região de saúde com maior percentual foi a Araguaia – R13, com 42,6%, e com menor a Tocantins – R5 (13,2%) (tabela 2).

No que se refere ao questionamento quanto à principal forma com que a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes, foram considerados os seguintes itens: realiza diagnósticos das condições de saúde; comunica à escola dos casos alterados; discute casos com os profissionais da escola; problematiza com a escola questões de vulnerabilidade e saúde; envolve a família e a escola no cuidado; realiza ações.

Ao questionamento sobre realizar diagnósticos das condições de saúde, no estado do Pará apenas 18,4% dos entrevistados responderam positivamente. No contexto das macrorregiões esses parâmetros sofreram alterações: os valores percentuais exibiram uma variação entre 23,3% (macrorregião M3) e 10,9% (macrorregião M4). Já no contexto das regiões de saúde, o padrão exibiu diferença: o maior percentual pertence a Xingu – R10, com 32,7%, e o menor à Araguaia – R13, com 5,9% (tabela 2).

Sobre comunicar à escola os casos alterados, 19,2% das equipes do estado do Pará referiram noticiar a instituição. As macrorregiões apresentaram padrões semelhantes, sendo a macrorregião M3 com o maior percentual, 20,0%, e a macrorregião M1 com o menor, 18,7%. Nas regiões de saúde os valores mostraram variações entre 9,4% (Tocantins – R5) e 26,9% (Rio Caetés – R4) (tabela 2).

Quanto a discutir casos com os profissionais da escola, no estado do Pará apenas 3,7% das equipes confirmaram realizar. No contexto das macrorregiões, esses parâmetros variaram entre 4,9% (macrorregião M2) e 2,6% (macrorregião M4). No que diz respeito às regiões de saúde, a Tapajós apresentou o maior percentual, 12,1%, e as regiões com os menores percentuais foram a Metropolitana III – R3, Rio Caetés – R4 e Xingu – R10, de 0,0% (tabela 2).

Em relação a problematizar com a escola questões de vulnerabilidade à saúde, no estado do Pará, 11,2% responderam desenvolver. No contexto das macrorregiões,

os valores percentuais oscilaram entre 12,2% na macrorregião M3 e 6,7% na macrorregião M1. Nas regiões de saúde, o maior percentual foi observado na Marajó II – R7, com 19,8%. O menor percentual foi percebido na região Rio Caetés – R4, com 3,8% (tabela 2).

Acerca de envolver a família e a escola no cuidado, 37,8% das equipes entrevistadas no estado do Pará responderam envolver. As macrorregiões apresentaram variações entre 51,3% (macrorregião M4) e 31,2% (macrorregião M1). Já nas regiões de saúde, as variações foram entre 58,8% na Araguaia – R13 e 26,6% na Metropolitana I – R1 (tabela 2).

Sobre realizar ações, no estado do Pará, 9,7% dos entrevistados referiram efetuar. Nas macrorregiões houve maior disparidade, sendo a macrorregião M1, com 19,5%, a com o maior percentual, e a macrorregião M3, com 1,7%, a com o menor percentual. Nas regiões de saúde, o maior percentual foi observado na Metropolitana III com 22,7%. O menor percentual foi exibido na Xingu – R10 e Carajás – R11, ambas com 0,0% (tabela 2).

Conclusão

Conclui-se que o estado do Pará desenvolve consideravelmente ações de promoção à saúde. Por outro lado, apesar do reconhecimento do programa pelos profissionais, considera-se que o PSE necessita consolidar seu processo de implementação.

Os resultados sugerem a necessidade de fortalecimento das ações de promoção à saúde e do PSE com base nos determinantes sociais e de saúde, visando à problematização da realidade, ao diagnóstico e ao acompanhamento intersetorial das ações de educação e saúde.

Nesse sentido, considera-se que por meio de processos de planejamento participativo entre os integrantes da tríade gestores, profissionais e usuários dos serviços, seja possível fortalecer as ações de promoção à saúde e do PSE, para melhor atender às necessidades de saúde locais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Projetos, Programas e Relatórios, C). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ**: manual instrutivo: 3º ciclo (2015-2016). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf . Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica PNAB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Legislação em Saúde, B). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> . Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

4.12 Capítulo XII – Relação da Atenção Básica com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde no Pará

Melissa Barbosa Martins

Valéria Gabriele Caldas Nascimento

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Introdução

A oferta e acesso à atenção especializada e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil ainda não é suficiente para a demanda da população que depende do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010; ALMEIDA; SANTOS, 2016; BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Há desarticulação entre a APS e os demais serviços da RAS, com existência de atendimento por demanda espontânea e ausência de ferramentas que garantam a continuidade do cuidado, como informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que facilita a marcação de consultas, a comunicação interprofissional e uso de prontuários eletrônicos. Além de persistir a marcação de consultas para referência com comunicação posterior ao usuário ou este tendo que se deslocar diretamente a central de marcação (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Esses problemas podem ser aprofundados, uma vez que a recente revisão da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) retira a prioridade da prioridade da Estratégia Saúde da Família, financiando outras modalidades de equipe e processos de trabalho, que podem (BRASIL, 2010; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020).

O presente capítulo se propõem em abordar a relação da atenção primária à saúde (APS) com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde por região de saúde e macrorregião de saúde do Pará. Foram analisadas as seguintes variáveis: solicitação exames; o fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada e as centrais de marcação disponíveis.

Resultados

Quanto a análise dos exames de pré-natal, verificou-se que a maioria das equipes das regiões de saúde e das macrorregiões possuem um percentual acima de 80% para todos os exames, poucas regiões de saúde alcançam a cobertura total. As

regiões que possuem os melhores índices são RS Rio Caetés (R4), Marajó II (R7), Carajás (R11), Lago Tucuruí (R12) e Araguaia (R13), e a macrorregião 4.

Entre os exames, os resultados apontaram que as equipes solicitam mais os exames de glicemia em jejum, sorologia para HIV e sorologia para sífilis tendo estes um percentual acima de 98%, em contramão os menos solicitados pelas equipes foram tolerância à glicose, dosagem de hemoglobina e hematócrito e urocultura com percentual entre 74 e 88% (tabela 1).

A tabela 2 apresenta a distribuição do percentual de equipes, segundo exames solicitados para serem realizados na rede de serviços. Os exames complementares solicitados pela equipe em relação às regiões de saúde, também obtiveram percentual acima de 80%, com maior percentual de equipes solicitando nas RS Metropolitana I (R1), Marajó I (R6), Tapajós (R9), Xingú (R10) e Carajás (R11), as Macros 2 e 3. A RS Metropolitana II (R2) tem o menor percentual de equipes que solicitam certos exames complementares como creatinina, ecocardiograma, e teste de sensibilidade. Em todo estado as equipes solicitam mais exames de glicemia em jejum, baciloscopia para tuberculose, e creatinina, enquanto os menos solicitados pelas equipes são ecocardiograma e perfil lipídico.

A tabela 3 apresenta a distribuição do percentual de equipes, segundo tipo de fluxo institucional de comunicação. Ao analisar o fluxo institucional de comunicação das equipes do estado do Pará. A maioria das regiões e macrorregiões ainda possuem um fluxo tradicional. No Pará 82,3% das equipes responderam que existe fluxo de comunicação institucionalizado de comunicação com a atenção especializada. Somente as RS Metropolitana II (R2) e Marajó II (R7) têm mais de 90% das equipes com esse fluxo. Já na macrorregião, a M3 tem o maior percentual com 86,1%. A Rio Caetés- R4 (65,4%) e a Metropolitana I- R1 (73%) têm o menor percentual de equipes que possuem esse fluxo, respectivamente, assim como a macrorregião 1 com 76,8%.

Em relação as reuniões técnicas com especialistas da rede no Pará, são baixos os percentuais de realização com apenas 27,6%. As RS Carajás – R11(44,6%), Xingú- R10 (40%) e na macro 3 (32,2%) possuem o maior percentual de equipes que utilizam, sendo os percentuais mais baixos nas RS Marajó I- R1 (18,1%), Rio Caetés- R4 (19,2%) e na Macro 1 (24,8%).

Enquanto, 74,5% das equipes do Pará têm acesso a fichas de referência. Contudo, as RS Metropolitana III (R3), Marajó II (R7), Metropolitana II (R2), Carajás e a macrorregião 2 têm mais de 80% das equipes esse instrumento de comunicação. As Rio Caetés-R4 (57,7%), Metropolitana I- R1 (61,6%) e a Macrorregião 1 (66,7%) têm o menor percentual de equipes com acesso a esse instrumento.

O contato telefônico, apesar de ser de fácil acesso, ainda é pouco descrito pelas equipes, com apenas 46% no Pará. Somente a RS Lago Tucuruí (R12) tem mais de 60% (64,5%) e as macrorregiões com melhores percentuais são a 3 (53,3%) e a 4 (59,6%). As RS Metropolitana I (R1), Marajó I (R6) e a Macrorregião 1 têm menos de 40% das equipes usando esse meio de comunicação.

As ferramentas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) são praticamente não utilizadas pelas equipes. As TIC de teleconferência, telessaúde e prontuário eletrônico são usados por 3,8%, 8,1% e 3,7% das equipes, respectivamente no Pará. Verifica-se que a integração das equipes da APS com os profissionais da atenção especializada é muito baixa, com os percentuais de equipes não alcançando 40%. A situação é mais crítica em relação ao contato partindo dos especialistas para as equipes de atenção básica. Essa situação ocorre em todo o estado do Pará, em todas as macrorregiões e regiões de saúde (tabela 3).

A tabela 4 apresenta a distribuição do percentual de equipes, segundo o atendimento. Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama são realizados por 75,9% das equipes do Pará. As RS Metropolitana II (R2), Marajó II (R7), Baixo Amazonas (R8), Xingú (R10), Carajás (R11), Araguaia (R13) e Macrorregião 3 tem mais de 80% das equipes que solicitam, mas nenhuma alcança mais de 90%. O menor percentual está nas RS Metropolitana I (64,6%), Rio Caetés-R4 (65,4%) e na Macrorregião 1 (69,6%).

Comparado ao anterior, o agendamento de atendimento para casos de suspeita de câncer do colo do útero tem maior percentual de equipes que realizam no Pará (78,1%) e nas regiões. Somente a Metropolitana II e a Marajó II (R7) tem mais 90% de equipes que realizam, enquanto nenhuma macrorregião alcança esse percentual de equipes que realizam esse agendamento, destacam-se as macros 2 (82,9%) e 3 (82,2%), respectivamente. Porém, assim como para o câncer de mama, as RS Metropolitana I – R1 (65%), Rio Caetés – R4 (65,4%) e a Macrorregião 1 (69,9%) também têm o menor percentual de equipes realizando essa atividade (tabela 4).

A tabela 5 apresenta a distribuição do percentual de equipes, segundo disponibilidade de marcações de consultas, exames e leitos. Considerando a regulação para acesso a atenção secundária e terciária, verifica-se que as marcações de consulta especializada (95,2%) e exames (91,2%) têm maior percentual equipes com disponibilidade no Pará, em comparação a marcação de leitos (70,7%).

Em relação a disponibilidade para marcação de consultas especializadas somente a RS Metropolitana III (R3) tem percentual mais baixo com 81,8%. Já na marcação de exames, as RS Metropolitana III – R3 (72,7%), Tapajós- R9 (81,8%), Baixo Amazonas- R8 (82,6%), Metropolitana I – R1 (85,9%), Tocantins – R5 (88,1%) têm os percentuais mais baixos respectivamente. Entre as macrorregiões a

M1 (86,7%) e a M3 (87,2%) não alcançam percentual superior a 90%, sendo inferiores as M2 e M4.

A disponibilidade para marcação de leitos é mais elevada Xingú (R10) que possui 94,5% de equipes com disponibilidade, sendo mais crítica entre as equipes da Metropolitana III (R3) com apenas 31,8% com acesso, Entre as macrorregiões, a M3 tem o maior número (80%) e a mais baixa é na M1 com apenas 60,8% (tabela 5).

A dificuldade na disponibilidade nos meios de acesso a atenção secundária e terciária refletem nas formas de encaminhamento do usuário. A tabela 6 apresenta a distribuição do percentual de equipes, segundo formas possíveis de encaminhamento para consulta especializada. Somente 15,6% das equipes informam que a consulta é marcada na própria unidade e informada na hora para o usuário. As regiões de saúde que têm os melhores percentuais são a RS Metropolitana II – R2 (40,6%), Carajás – R11 (25%), Tapajós – R9 (24,2%), Lago Tucuruí – R12 (22,4%) e Metropolitana I – R1(19,4%), respectivamente. As macrorregiões M1 e a M4 têm os percentuais mais elevados com 21,6% e 19,2%, respectivamente. Enquanto, a situação é crítica nas RS Xingú (R10) com 5,5%, Baixo Amazonas (R8) com 6,5%, Marajó I (R6) com 6,7% e Rio Caetés (R4) com 7,7% e Metropolitana III (R3) com 9,1%. Percentual de equipes inferior a 10% também foi encontrado nas M2 e M4.

Em relação a consulta marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário, 61,9% das equipes do Pará descrevem que realizam. A região de saúde Metropolitana I – R1 (82,5%) e a Marajó I – R6 (73,2%) têm os percentuais mais elevados, assim como as Macrorregiões 1 (73,1%) e 2 (65,7%). Percentuais muito baixos para essa atividade são encontradas nas regiões de saúde Carajás- R11 (35,7%), Metropolitana III – R3(36,4%) e Xingú- R10 (36,4%) e nas macrorregiões M4 (44,9%) e M3 (56,7%).

No Pará, 26,9% das equipes responderam que as consultas que são marcadas pelo próprio usuário junto a central, chegando a 54,5% das equipes da Xingú (R10), (50%) na Carajás (R11), 40,2% na Lago Tucuruí (R12) e elevados percentuais também nas M4 (40,8%), M3 (36,7%) e M2 (28,4%). Já a Metropolitana I (R1) tem o menor número de equipes que realizam essa atividade com 8,4% e na macrorregião 1 também é baixo com 11,2%.

Ainda se evidencia um elevado percentual de equipes no Pará que responderam que o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pelas equipes (43,6%). As regiões de saúde que tem igual ou mais de 50% das equipes que informaram esse tipo de encaminhamento foram a Carajás – R11 (55,4%), Araguaia – R13 (54,9%), Metropolitana III – R3 (54,5%), Marajó II – R7 (54,1%), Metropolitana II – R2 (50%) e a Macrorregião 4 com 52,1%. Somente as

RS Tapajós – R9 (30,5%) e Metropolitana I – R1 (38,4%) tem percentual mais baixo e a Macrorregião 3 (36,7%).

Porém, 4,4% das equipes ainda afirmaram que o usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou profissional determinado. As RS Xingú – R10 (10,9%), Baixo Amazonas – R8 (8,8%), Carajás – R11 (7,1%) têm os mais elevados percentuais, junto com as macrorregiões M3 (6,1%) e M4 (6,4%). Enquanto, na RS Rio Caetés (R4) nenhuma equipe respondeu que existe esse tipo de encaminhamento e somente 2% na Marajó I (R6). Nas macrorregiões M2 (3,1%) e na M1 (3,5%) foram encontrados os percentuais mais baixos (tabela 6).

Conclusão

Verifica-se que as equipes solicitam mais os exames que fazem parte do pré-natal, mas verifica-se que algumas equipes não solicitam. Exames complementares como tolerância à glicose, dosagem de hemoglobina e hematócrito, urocultura, cardiograma e perfil lipídico tem menor percentual de equipes que solicitam. Evidenciando-se diferenças entre as regiões de saúde. Os agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama e de colo uterino não são realizados por todas as equipes, mas são realizados por mais de 60%, sendo essa uma importante doença crônica que deve ser controlada.

O tipo de fluxo institucional de comunicação das equipes do estado do Pará demonstra ainda um elevado percentual de equipes que usam o fluxo tradicional. O contato telefônico, apesar de ser de fácil acesso, ainda é pouco descrito pelas equipes. A realização de reuniões técnicas com especialistas da rede no Pará também é incipiente. Situação mais crítica se observou no uso das ferramentas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) que praticamente não são utilizadas pelas equipes, incluem-se a teleconferência, telessaúde e prontuário com menos de 10% das equipes respondendo que tem acesso. Esse cenário pode ter impacto na baixa integração das equipes da APS com os profissionais da atenção especializada.

Considerando a regulação para acesso a atenção secundária e terciária, a disponibilidade nas marcações de consulta especializada e exames é maior que a de leitos. Mas nem todas as equipes tem acesso, apesar dos elevados percentuais. A situação é mais crítica nas formas possíveis de encaminhamento para consulta especializada, com baixo percentual de equipes que informaram marcação de consulta na própria unidade e informada na hora para os usuários, sendo mais elevado o percentual de equipes que referiram que a data da consulta é informada posteriormente ao usuário. Ainda existe a situação do próprio usuário ter que ir a

central para marcar a consulta especializada e do usuário receber uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou profissional determinado.

Evidencia-se a precariedade da relação e integração da APS com a rede, principalmente em relação ao acesso a TIC e fluxos de encaminhamento, consequentemente comprometendo a integralidade do cuidado.

Referências

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 80, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126570/123547>. Acesso em: 24 abr. 2020.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1-16, 2019. Suplemento 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 jan. 2020.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>. Acesso em: 9 fev. 2021.

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

4.13 Capítulo XIII – Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica no estado do Pará

Aurilívia Carolinne Lima Barros
Cléo da Costa Araújo
Geyse Aline Rodrigues Dias
Francisco Jadson Silva Bandeira

Introdução

O trabalho em saúde é repleto de peculiaridades, inserindo inovações e técnicas no decorrer do processo saúde-doença-cuidado, demandando de seus colaboradores formação qualificada, aprendizagem contínua e atribuições singulares para atender, assistir e solucionar as necessidades do sistema sanitário brasileiro (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Nessa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se como um plano político-pedagógico pautado na construção de transformações nos processos de trabalho em saúde, motivada pelas dificuldades e necessidades provenientes da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivando, com isso, aprimorar e instruir trabalhadores dos serviços de saúde, nos seus diversos níveis de atenção, para a concretização dos princípios e diretrizes desse sistema, ou seja, aprimorando o acesso, a qualidade e a humanização na prestação de cuidados à saúde, bem como na consolidação dos métodos de gestão político-institucional do sistema, nas três esferas de governo (BRASIL, 2018). Através dela se espera que as possibilidades de aprendizado se intensifiquem e se transfigurem em ações constantes de cooperação inter e intrasetorial, qualificadas a prestar atenção às necessidades dos territórios, nos quais se identifica a capacidade do trabalho em saúde em gerar e reinventar outras formas de cuidar (FRANÇA; MAGNAGO, 2019).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) surge através da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como plano do SUS para a qualificação e o aprimoramento de seus colaboradores (BRASIL, 2004), diante do seu papel de ordenar a formação de colaboradores na área da saúde (BRASIL, [2020]). As diretrizes para sua implantação advêm três anos após, com a Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, constituindo-se em uma referência no estabelecimento da composição de comissões e suas atribuições, bem como no estabelecimento de orçamento para o financiamento da política (BRASIL, 2007).

Em 28 de novembro de 2017, foi instituída a Portaria nº 3.194, propondo o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS), com a

finalidade de incentivar, conduzir e consolidar a qualificação dos colaboradores do setor de saúde para promover mudanças nos padrões de atenção à saúde, orientados pelos princípios e pelas diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), com base no contexto local e na observação coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, a continuidade das normas de execução da Pneps pela instância federal surge por meio das demandas indicadas por gestores e técnicos em diversos encontros, como nas oficinas regionais de pacto sobre a aplicação das instruções da política, que recomendaram a ininterruptão no financiamento, e nos empreendimentos que sustentassem os fundamentos dos projetos de EPS para o seu fortalecimento. Com isso, a Portaria nº 3.194, de 2017, vem determinar os investimentos financeiros do Ministério da Saúde (MS) aos municípios para a operação de ações da política no território (BRASIL, 2018).

Nesse contexto de prosseguimento das ações da Pneps pela PRO EPS-SUS, emerge na mesma conjuntura a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, com o propósito de revisar a implantação e a operacionalização das diretrizes da Atenção Básica (AB) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com a Pnab, é necessário que o processo de trabalho na APS se configure subsidiado pela formação e pela EPS como responsabilidade desse meio. Sendo, conforme definida na política, uma estratégia educativa configurada no contexto de atuação do trabalhador, no qual o aprender e o ensinar estão interligados à instituição, ou seja, ao cotidiano do serviço, fundamentados na aprendizagem significativa. Sendo também, com isso, indispensável sua realização em espaços institucionalizados que façam parte da rotina das equipes de saúde (BRASIL, 2017a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), em seu terceiro ciclo (avaliação externa), teve a participação de 42.975 equipes de saúde. Nos módulos II e IV foram levantadas demandas sobre a realização de ações de EPS organizadas pelos diversos níveis de gestão, realizadas para e pelos profissionais atuantes na assistência ou por instituições apoiadoras, bem como o mapeamento dos tipos de ações com que essas equipes tiveram contato. Para além, foi analisado o uso do Telessaúde como ferramenta de trabalho para o fortalecimento das ações na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio das formas de utilização dos recursos disponibilizados pelo programa para contemplar as demandas dos profissionais da AB.

O Telessaúde pode ser considerado uma ferramenta que proporciona a inserção das Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde (TICs), por meio da teleconsulta, teleconsultoria, tele-educação e telediagnóstico, e segundo opinião

formativa, as esferas centrais de gestão da saúde em níveis nacional e estadual buscam proporcionar à esfera municipal de gestão e aos serviços de saúde um apoio técnico-científico para a ampliação do acesso à saúde integral e de qualidade em todo o território nacional. As ferramentas disponibilizadas pelo Telessaúde são assertivas, de aplicabilidade diversa, contribuindo tanto em nível assistencial como diagnóstico, sendo uma ferramenta estratégica para a educação permanente (PIROPO; AMARAL, 2015).

Considerando o contexto da EPS, neste capítulo pretende-se apresentar o perfil de utilização das ferramentas acima citadas pelas equipes de Atenção Básica, no estado do Pará, suas regiões e macrorregiões.

Resultados

As tabelas 1 a 10 apresentam o perfil da Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e a qualificação das ações desenvolvidas nesse serviço, de acordo com os dados do 3º Ciclo do Pmaq-AB, perpassando pelos níveis e pelas formas de oferta, perfil de acesso, modalidades, adequação das ações e formas de integração no estado do Pará, em suas macrorregiões e regiões.

Considerando as ações de Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica, no estado do Pará, 90,7% dos entrevistados referiram que a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela Gestão Municipal, sendo que esse padrão se equiparou ao considerarmos o perfil das macrorregiões, no qual os valores percentuais apresentam uma pequena variação, entre 90,1% (M1) e 91,7% (M2). Quanto às regiões de saúde, a variação foi bem mais expressiva, o que se ilustra pelos percentuais apresentados pelas regiões Tapajós – R9, Xingu e Marajó II – R7 – R7, que apresentaram o maior percentual de ações de educação permanente organizadas pela Gestão Municipal com os valores respectivos de 97%, 96,4% e 95,5%, em contraste com a região Metropolitana III – R3, que apresentou o menor percentual, de 63,6% (tabela 1).

Quanto às ações de educação permanente organizadas pela Gestão Estadual, no estado do Pará 60,4% das equipes respondentes referiram ter participado. No contexto das macrorregiões houve um percentual maior de disparidades, no qual o maior percentual de participação referido foi na macrorregião M2, com 64,5%. O menor percentual foi apresentado na macrorregião M3, com 57,2%. Nas regiões de saúde, essa disparidade foi evidenciada, em que percebemos os maiores percentuais de participação em ações de educação permanente organizadas pela Gestão Estadual nas regiões Rio Caetés - R4 (69,2%), Metropolitana II – R2 (68,8%) e Marajó II – R7

– R7 (68,5%). As regiões que referiram menor percentual de participação foram a Metropolitana III – R3 (45,5%) e Xingu (43,6%) (tabela 1).

Quanto à participação das equipes em ações de educação permanente organizadas pela própria equipe/unidade de saúde, os respondentes referiram positivamente em 72,1% no estado do Pará. As macrorregiões apresentaram variação entre 76,6% e 70,4%, em que o maior percentual foi constatado na macrorregião M4 e o menor, na M1. Nas regiões de saúde, os maiores percentuais foram identificados nas regiões Carajás, com 91,1%, e Metropolitana II – R2 com 87,5%. Já os menores percentuais foram identificados nas regiões Rio Caetés – R4 com 61,5% e Tapajós – R9 com 57,6% (tabela 1).

Quanto ao questionamento se a equipe participou de ações de educação permanente organizadas por outras equipes/unidades de saúde, no estado do Pará, apenas 355 delas referiram ter participado de ações de educação permanente dessa maneira. Nas macrorregiões, os valores percentuais variaram entre 40,8% na M4 e 28,3% na M1. A região com o maior percentual de participação em ações de educação permanente organizadas por outras equipes/unidades de saúde no estado do Pará foi a Carajás, com 50% de participação, e as equipes com menor percentual de participação ficaram abaixo dos 30%, sendo elas Baixo Amazonas – R8, Metropolitana II – R2, Tapajós - R9, Metropolitana I – R1, Rio Caetés – R4 e Tocantins – R5 representadas respectivamente pelos valores percentuais de 29,3%, 28,1%, 27,3%, 27%, 26,9% e 23,9% (tabela 1).

Sobre a participação da equipe em ações de educação permanente organizadas pela Universidade, apenas 13,3% referiram ter participado desse tipo de ação no estado do Pará. Entre as macrorregiões, podemos destacar a M3 com o maior percentual, com o valor de 18,3% de respostas positivas, enquanto a M2 foi a que referiu menor percentual de participação nesse tipo de ação, com apenas 5,8%. Entre as regiões de saúde, pode-se destacar a Carajás como a que participou do maior percentual de ações de educação permanente organizadas pela Universidade, com 37,5%, seguida pela Baixo Amazonas - R8, com 25% de participação. As regiões com menor percentual de participação em ações de educação permanente organizadas pela Universidade foram as regiões com menos de 10% de participação: Xingu com 9,1% de participação, Metropolitana II – R2 e Lago Tucuruí com o mesmo percentual de 4,7% de participação, Marajó I com 4%, Tocantins – R5 com 1,5% e Rio Caetés – R4 sem participação em ações de educação permanente organizadas pela Universidade (tabela 1).

No estado do Pará, 2,7% das equipes referiram não ter recebido qualquer ação de educação permanente, assim, 97,3% das entrevistadas receberam ações de educação permanente. Entre as macrorregiões, o maior percentual de equipes que

referiu não ter recebido qualquer ação de educação permanente foi da M3, com 4,4%; já a macrorregião onde o menor percentual da equipe referiu não ter recebido qualquer ação de educação permanente foi a M4, com 1,9%. Entre as regiões de saúde, aquela com o maior percentual de equipes que referiu não ter recebido qualquer ação de educação permanente foi a região Metropolitana III – R3, com 13,6%; já as regiões Marajó II – R7 e Lago Tucuruí, ambas com 0,9%, e a Metropolitana I – R1 com 0,8% foram as que apresentaram o menor percentual de equipes que referiram não ter recebido qualquer ação de educação permanente (tabela 1).

Com referência ao motivo pelo qual a equipe não participou de ações de educação permanente, no estado do Pará 51,6% das equipes responderam que não participou porque a Gestão não organiza processos de EP. As macrorregiões apresentaram percentuais polarizados nessa questão, onde M1 e M3 obtiveram o percentual de 62,5% e M2 e M4, o percentual de 40%. Nas regiões Metropolitana II – R2, Metropolitana III – R3 e Lago Tucuruí, 100% das equipes respondentes referiram não ter participado de ações de educação permanente porque a Gestão não organiza processos de EP. Já as regiões Rio Caetés – R4, Marajó II – R7, Tapajós – R9 e Carajás, nenhuma delas (0%) referiu não ter participado de ações de educação permanente porque a Gestão não organiza processos de EP (tabela 2).

Quanto à questão se houve a participação em ações de educação permanente porque a equipe não organiza processos de EP, somente 6,5% das equipes do estado do Pará referiram que não participaram de ações de educação permanente porque a equipe não organiza processos de EP (93,5%). A única macrorregião que referiu que a equipe não participou de ações de educação permanente porque não organiza processos de EP foi a M2, com o percentual de 10%; a única região que respondeu positivamente a esse questionamento foi a do Baixo Amazonas – R8 com o percentual de 40%. Todas as demais regiões responderam 100% negativamente a esse questionamento (tabela 2).

Sobre se a equipe não participou de ações de educação permanente porque a Gestão não apoia processos de EP, 3,2% das equipes do estado do Pará responderam positivamente a esse questionamento. A macrorregião M2 foi a única com equipes que responderam positivamente ao questionamento se a equipe não participou de ações de educação permanente porque a Gestão não apoia processos de EP, com o percentual de 10%; a única região onde equipes responderam positivamente a tal questionamento foi a Marajó I com 16,7% das equipes respondentes; todas as demais responderam 100% negativamente (tabela 2).

Ao analisar os tipos de ações de educação permanente de que a equipe participou, os entrevistados foram perguntados sobre a participação em algumas ações de educação permanentes mais ofertadas nos serviços de atenção básica.

Sobre a participação em ações de Telessaúde, 32,6% dos respondentes do estado do Pará afirmaram ter participado. Nas macrorregiões, o valor variou de 43,5% na M2 a 20,4% na M1. As regiões com menor percentual de participação foram a Rio Caetés – R4 com 16,7%, Metropolitana I – R1 e Baixo Amazonas - R8, ambas com 18,4%. A região com maior percentual de participação em ações de Telessaúde foi a Xingu, com 60,4% de participação (tabela 3).

Sobre as equipes que participaram de ações de Educação a Distância da Universidade Aberta do SUS (EaD/Unasus), 40,9% das equipes do estado do Pará referiram que participaram. Quanto às macrorregiões, aquela com o maior percentual foi a M2 com 47,6% e a com o menor percentual foi a M1, com 35,1%. Entre as regiões, as que apresentaram o maior percentual de participação em ações de EaD/Unasus foram as regiões Marajó II - R7 com 58,2%, Xingu com 54,7%, Tapajós - R9 com 53,1% e Metropolitana III – R3 com 52,6%. As regiões com o menor percentual de participação em ações de EAD/UNASUS foram a Metropolitana I – R1 e Lago Tucuruí - R12 com 34,9% e a Tocantins – R5 com 31,2% (tabela 3).

Sobre a participação das equipes em ações da Rede Universitária de Telemedicina (Rute), somente 5,2% das equipes do estado do Pará referiram ter participado. As macrorregiões que referiram o maior percentual de participação em ações da Rute foram as macrorregiões M1 e M2, com o mesmo percentual de 5,7%. E a macrorregião que apresentou o menor percentual foi a M3, com 4,1%. Entre as regiões de saúde, aquelas com maior percentual de participação em ações da Rute foram as regiões Carajás – R11 com 12,7% e Rio Caetés – R4 com 12,5%. Já as regiões de saúde com o menor percentual de participação em ações da Rute foram as regiões Tocantins – R5 com 1,6% e Lago Tucuruí – R12 com 0,9% (tabela 3).

Quanto à participação da equipe em cursos presenciais, 71,7% das respondentes no estado do Pará referiram ter participado de cursos presenciais. Entre as macrorregiões, a que apresentou maior percentual de participação em cursos presenciais foi a M3 com 77,3% e a macrorregião com menor percentual de participação foi a macrorregião M2 com 69,4%. A região com maior percentual de participação em cursos presenciais com expressiva maioria foi a Tapajós – R9 com 90,6%, seguida pela região Carajás – R11 com 78,2%. As regiões com menor percentual de participação em cursos presenciais foram Tocantins – R5 com 57,8% e Araguaia – R13 com 57,6% (tabela 3).

Ao questionamento se a equipe participou de ações de troca de experiência, 75,6% das equipes do estado do Pará responderam que participaram. A macrorregião

que apresentou o maior percentual de participação em ações de troca de experiência foi a M3, com 84,9%; já a macrorregião que apresentou o menor percentual de participação foi a M1, com 71,7% das respostas positivas nesse sentido. Entre as regiões de saúde, as que apresentaram maior percentual de participação em ações de troca de experiência foram Carajás - R11 com 90,9%, Tapajós - R9 com 90,6% e Metropolitana II – R2 com 90,5%. As regiões com menor percentual de participação em ações de troca de experiência foram Tocantins - R5 com 65,6% e Metropolitana I – R1 com 65,5% (tabela 3).

Sobre a participação em ações de tutoria/preceptoria, apenas 14,5% das equipes respondentes no estado do Pará responderam que participaram. A macrorregião com maior percentual de participação em ações de tutoria/preceptoria foi a M3 com 18% e a região com menor percentual foi a M2 com 9,8%. As regiões de saúde Carajás – R11 e Baixo Amazonas – R8 apresentaram o maior percentual de participação em ações de tutoria/preceptoria com 30,9% e 27,6%, respectivamente. E as regiões de saúde com o menor percentual de participação foram Tapajós – R9 e Tocantins – R5 com 6,2% e 4,7%, respectivamente (tabela 3).

Ao questionamento se as ações de educação permanente ofertadas contemplaram as demandas e necessidades da equipe, 36,4% das equipes do estado do Pará referiram que contemplaram muito suas necessidades, sendo esse o padrão com maior percentual de respostas nessa variável. A macrorregião com maior percentual de respostas positivas a esse questionamento foi a M3, com 43,6%. Entre as regiões de saúde, as que mais referiram que as ações ofertadas contemplaram muito suas necessidades foram as regiões Tapajós – R9 com 53,1% e Xingu com 50,9% (tabela 4).

Ainda, ao considerarmos o questionamento se as ações de educação permanente ofertadas contemplaram as demandas e necessidades da equipe, 34,5% das equipes do estado do Pará referiram que contemplaram as demandas e necessidades da equipe, sendo a macrorregião M2 com o maior percentual, 35,6%. As regiões que mais referiram que as ações de educação permanente ofertadas contemplaram as demandas e necessidades da equipe foram Lago Tucuruí – R12 com 40,6% e Carajás – R11 com 40% de respostas positivas (tabela 4).

Entre as respondentes, 23,3% das equipes do estado do Pará referiram que as ações de educação permanente ofertadas contemplaram razoavelmente as demandas e necessidades da equipe. A macrorregião de saúde com o maior percentual de respostas nessa variável foi a M1, com 26,2% das respostas. E as regiões com maior percentual de equipes que referiram que as ações de educação permanente ofertadas contemplaram razoavelmente as demandas e necessidades da equipe foram

Metropolitana III – R3 com 36,8% e Tocantins – R5 com 34,4% das respostas (tabela 4).

O percentual de equipes no estado do Pará que referiu que as ações de educação permanente ofertadas contemplaram pouco as demandas e necessidades da equipe foi pouco expressivo, correspondendo a 4% das equipes respondentes. Destes, o maior percentual foi apresentado na macrorregião M4 com 4,6%. A região com maior percentual de equipes que referiu que as ações de educação permanente ofertadas contemplaram pouco as demandas e necessidades foi a região Rio Caetés – R4, com 12,5%. Nas regiões Metropolitana III – R3 e Xingu nenhuma das equipes referiu que as ações de educação permanente ofertadas contemplaram pouco suas demandas e necessidades (tabela 4).

A variável com menor expressividade nessa categoria foi a variável “Não contemplam”, onde 1,8% das equipes respondentes no estado do Pará referiu que as ações de educação permanente ofertadas não contemplaram as demandas e necessidades. A macrorregião M1 apresentou o maior percentual, em que 4,4% dos respondentes referiram que as ações de educação permanente ofertadas não contemplaram as demandas e necessidades da equipe. Entre as regiões, a que apresentou o maior percentual foi a Metropolitana III – R3 com 5,3% e as regiões onde nenhuma equipe referiu que as ações de educação permanente ofertadas não contemplaram as suas demandas e necessidades foram Tocantins – R5, Marajó I, Tapajós – R9, Xingu – R12 e Araguaia – R13 (tabela 4).

Ao analisar as ações de educação permanente desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (Nasf) no estado do Pará, 96,5% das equipes entrevistadas referiram que o Nasf promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica. Esse percentual foi acompanhado pelas macrorregiões, em que M1 e M4 apresentaram mais de 93% de respostas positivas e M2 apresentou 100% de respostas positivas. Entre as regiões com maior percentual de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica promovidos ou com participação do Nasf estão Metropolitana III – R3, Rio Caetés – R4, Tocantins – R5, Marajó I, Marajó II – R7, Carajás – R11 e Araguaia – R13, que apresentaram 100% de positividade na resposta das equipes. A região com menor percentual foi a Metropolitana II – R3, com 66,7% de respostas positivas (tabela 5).

Quanto ao questionamento se o Nasf promove momentos de educação permanente sobre temas que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes, 98,8% das respondentes com o serviço em funcionamento no estado do Pará responderam positivamente. Entre as macrorregiões, 100% das equipes de M1 e M2 consideraram pertinentes as ações de educação permanente promovidas pela equipe

do Nasf. A M4 apresentou percentual menor, com 95,7%. Entre as regiões de saúde, a grande totalidade das regiões com a presença do serviço considerou integralmente pertinentes as ações de educação permanente promovidas pela equipe do Nasf, com 100% de positividade (Metropolitana I – R1, Metropolitana II – R2, Metropolitana III – R3, Rio Caetés – R4, Tocantins – R5, Marajó I, Marajó II – R7, Carajás – R11 e Lago Tucuruí – R12). Apenas as equipes da região Araguaia – R13 apresentaram percentual de 5,9% das respondentes que não consideraram pertinentes as ações de educação permanente promovidas pela equipe do Nasf (tabela 5).

Ocorreu ainda, a avaliação geral quanto à adequação das ações de EP oferecidas às equipes de Atenção Básica. Sobre a adequação dessas ações às necessidades de saúde do território e da Equipe de Atenção Básica e ao questionamento se os profissionais da Equipe de Atenção Básica participam da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente, 96,4% das equipes entrevistadas no estado do Pará responderam afirmativamente. A macrorregião com maior percentual de respostas afirmativas foi a M2, com 100% das respondentes, seguida pela M4 com 95,5% e M1 com 93,8% de respostas afirmativas (tabela 6).

Quanto à participação dos profissionais do Nasf na escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente, 94% das equipes do estado do Pará responderam positivamente. Entre as macrorregiões, a M2 apresentou maior percentual (100%), seguida pela M1 com 93,8% e M4 com 86,4%. As regiões com o maior percentual de respostas positivas foram Metropolitana II – R2, Metropolitana III – R3, Tocantins – R5, Marajó I, Marajó II - R7 e Lago Tucuruí – R12, todas com 100% de respostas positivas. A única região onde 100% das equipes referiram que os profissionais do NASF não participam da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente foi a Rio Caetés – R4 (tabela 6).

Ao questionamento se a gestão municipal participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente, 56% das equipes do estado do Pará referiram positivamente. Padrão próximo do apresentado pelas macrorregiões M1 e M4, que apresentaram respectivamente 50% e 45,5% de respostas positivas, superadas pela M2, inclusive na média estadual, já que a referida macrorregião apresentou 70% de respostas positivas. As regiões Metropolitana I – R1, Metropolitana II – R2, Marajó I, Marajó II – R7, Carajás – R11 e Lago Tucuruí – R12 apresentaram percentual entre 50% e 70% de respostas positivas. Merecem destaque nesse sentido Tocantins – R5, onde 85,7% das equipes referiram que a gestão municipal participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente, e as regiões Metropolitana III – R3 e Rio Caetés – R4, onde 100% das equipes referiram que a gestão municipal não participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente (tabela 6).

Sobre a questão da oferta de cursos adequados à necessidade dos profissionais do Nasf para atuar na Atenção Básica pela gestão, 76,5% das equipes respondentes afirmaram que a gestão oferece cursos. A macrorregião com maior percentual foi a M2, com 83,3%. Entre as regiões, a maioria (Metropolitana I – R1, Metropolitana II – R2, Tocantins – R5, Marajó I, Marajó II – R7 – R7, Carajás - R11 e Araguaia – R13) variou entre 66,7% e 85,7%, com destaque às regiões Metropolitana III – R3, Rio Caetés – R4 e Lago Tucuruí – R12, que apresentaram 100% de respostas afirmativas quanto à oferta de cursos adequados à necessidade dos profissionais do Nasf para atuar na Atenção Básica pela gestão (tabela 6).

Ao questionamento quanto à integração ensino-serviço na saúde, foram avaliadas na pesquisa a participação de estudantes de graduação, a participação de estudantes de nível técnico, a participação de residentes de medicina, a participação de residentes multiprofissionais e a participação de pesquisadores.

Em resposta ao questionamento quanto à integração ensino-serviço na saúde por meio da participação de estudantes de graduação, 28,2% dos entrevistados no estado do Pará referiram positivamente. As macrorregiões com maior percentual de participação de estudantes de graduação referida foram M3 com 36,7% e M1 com 36,5%. A macrorregião com menor participação de estudantes da graduação foi a M2 com 15,3%. As regiões de saúde Carajás - R11, Baixo Amazonas - R8 e Metropolitana I – R1 apresentaram o maior percentual de participação de alunos da graduação, com percentual respectivo de 48,2%, 45,7% e 44,5%. Já as regiões com o menor percentual de participação desse grupo foram Lago Tucuruí – R12 com 12,1% e Tocantins – R5 com 11,9% (tabela 7).

Ao considerar a participação de estudantes de nível técnico na integração ensino-serviço na saúde com a equipe, 39,8% das respondentes no estado do Pará referiram contar com a participação desse grupo. Entre as macrorregiões, a que apresentou maior percentual de participação de estudantes de nível técnico na integração ensino-serviço na saúde com a equipe foi a M3, com 48,9% de respostas positivas; já a macrorregião que apresentou o menor percentual de participação desse grupo foi a M1, com 26,7% de participação. A região de saúde que se destacou com o maior percentual de participação de estudantes de nível técnico na integração ensino-serviço na saúde com a equipe foi a Carajás – R11 com 60,7% e a com menor percentual foi a Metropolitana I – R1 com 19,4% (tabela 7).

Quanto à integração ensino-serviço na saúde por meio da participação de residentes de medicina, apenas 8% das equipes respondentes no estado do Pará referiram ter contado com a participação desse grupo. As macrorregiões M1 com 13,9% e M3 com 11,1% tiveram percentual maior e aproximado; as regiões M4 com 3,8% e M2 com 3,1% contaram com o menor percentual de participação de

residentes de medicina. Entre as regiões de saúde, as que se destacaram com o maior percentual de participação de residentes de medicina foram as regiões Metropolitana I – R1 com 19,4% e Baixo Amazonas – R8 com 15,2%. As regiões com menor percentual de participação de residentes de medicina referiram menos de 2% de participação desse grupo, em que Metropolitana II – R2 apresentou 1,6% de respostas positivas, Marajó I 0,7% e Metropolitana III – R3, Rio Caetés – R4 e Tocantins – R5 apresentaram 0% de participação de residentes de medicina como forma de integração ensino-serviço na saúde (tabela 7).

Quanto à integração ensino-serviço na saúde por meio da participação de residentes multiprofissionais, 8,2% das equipes respondentes no estado do Pará referiram contar com a participação desses residentes. A macrorregião com participação de maior percentual de residentes multiprofissionais foi a M1 com 13,9%; a M4 apresentou o menor percentual de participação, com 3%. As regiões Metropolitana I – R1 e Baixo Amazonas - R8 referiram o maior percentual de participação de residentes multiprofissionais, com 18,6% e 17,4%, respectivamente. E as regiões Lago Tucuruí - R12 com 0,9% e Metropolitana III – R3 com 0% apresentaram o menor percentual de participação de residentes multiprofissionais (tabela 7).

Sobre a integração ensino-serviço na saúde por meio da participação de pesquisadores, 9,6% das equipes respondentes no estado do Pará referiram contar com essa participação. A macrorregião com maior percentual de participação de pesquisadores referida foi a M3 com 17,8%. A macrorregião com menor participação de pesquisadores referida foi a M4 com 6,8%. Entre as regiões de saúde, a Baixo Amazonas – R8 com 25% apresentou o maior percentual de participação de pesquisadores. Metropolitana III – R3 com 4,5% e Lago Tucuruí – R12 com 3,7% foram as regiões com o menor percentual de participação de pesquisadores nas ações de integração ensino-serviço na saúde. Rio Caetés – R4 foi a única região onde nenhuma equipe respondente, 0%, referiu contar com a participação de pesquisadores nas ações de integração ensino-serviço na saúde (tabela 7).

Ao questionamento se a equipe não contou com nenhuma das ações de integração ensino-serviço anteriormente apontadas, 44,9% das equipes respondentes no estado do Pará referiu não ter contado com nenhuma dessas ações. A macrorregião M2 apresentou o maior percentual de equipes respondentes no tocante a essa variável, com 49,8%, e a macrorregião M3 apresentou o menor percentual, 35,6%. Entre as regiões de saúde, a que apresentou o maior percentual de equipes respondentes que referiu não ter contado com nenhuma das ações de integração ensino-serviço apontadas anteriormente foi a Tocantins – R5 com 61,2%, seguida pela Tapajós – R9 com 57,6% e Lago Tucuruí – R12 com 56,1%. A região com

menor percentual de equipes respondentes que referiu não ter contado com nenhuma das ações de integração ensino-serviço apontadas anteriormente foi a Baixo Amazonas – R8, com 26,1% (tabela 7).

Telessaúde

As tabelas 8, 9 e 10 descrevem o perfil de utilização do serviço de Telessaúde pelos profissionais da Atenção Básica, de acordo com os dados do 3º Ciclo do Pmaq-AB, perpassando pelo uso das ferramentas de Telessaúde e suas funcionalidades, bem como as condições para sua utilização no estado do Pará, em suas macrorregiões e regiões de saúde.

Ao questionamento às equipes quanto à utilização do serviço de Telessaúde, foram consideradas na análise: a utilização do Telessaúde pelas equipes, a não utilização do Telessaúde por problemas de infraestrutura, a não utilização por problemas de conectividade, a não utilização por falta de tempo ou oportunidade para a utilização do programa, a não utilização por dificuldades com o uso do computador, a não utilização por ausência de qualificação no sistema/plataforma, a não utilização por dificuldade em acessar a plataforma, a não utilização por pouca divulgação do programa, a não utilização por não ter necessidade de acessar, a não utilização por baixa qualificação das respostas e a não utilização por não ter implantado na UBS.

Em resposta ao questionamento sobre a utilização do Telessaúde pelos profissionais, 28% afirmaram utilizar essa ferramenta em seu processo de trabalho, por outro lado, 72% verbalizaram a não utilização desse serviço, no estado do Pará (tabela 8).

As macrorregiões com maior percentual de utilização do Telessaúde foram M2, M4 e M3 com 35,5%, 33,2% e 32,8%, respectivamente. A macrorregião com menor percentual de uso foi a M1, com 15,5%. Entre as regiões de saúde, a Xingu, Tapajós – R9 e Marajó II – R7, os trabalhadores da saúde sinalizaram maior utilização, com percentual respectivo de 52,7%, 51,5% e 43,2%. Já as regiões com o menor percentual foram Rio Caetés – R4 com 7,7% e Metropolitana I – R1 com 14,1% (tabela 8).

Ao analisar a não utilização do Telessaúde pelos profissionais da AB (tabela 8), a pesquisa considerou alguns fatores que levariam os colaboradores a não utilizarem esse serviço, 27,5% dos entrevistados no estado do Pará afirmaram não utilizar o sistema por problemas na infraestrutura, como por exemplo, computador, sala inadequada etc.

Entre as macrorregiões, a M1 com 37,5% e a M2 com 27,0% compuseram as regiões que mais não usufruem dessa ferramenta pelo motivo apresentado, se

comparadas às outras duas macrorregiões com 17,4% (M3) e 16,9% (M4). Entre as regiões de saúde, Metropolitana III – R3 e Tocantins – R5 com 55,6% e 41,2%, respectivamente, foram as que mais declararam a não utilização do serviço pelo motivo analisado, e Xingu com 11,5%, Araguaia – R13 com 13,6%, Lago Tucuruí – R12 com 16,9% e Baixo Amazonas - R8 com 17,7% foram as que menos verbalizaram (tabela 8).

Quanto a não utilização do Telessaúde por problema de conectividade, 43,1% dos entrevistados no estado do Pará informaram não acessar o sistema pelo motivo apresentado. Entre as macrorregiões, a M1 apresentou o maior percentual de não utilização, 51,1%, e a M4 o menor quantitativo, 27,7%. Já nas regiões de saúde, a Metropolitana III – R3 com 66,7%, a Metropolitana I – R1 com 52,2%, a Tocantins - R5 com 51,0% e a Marajó II – R7 com 50,8%, foram as regiões que mais informaram não utilizar o sistema pela condição analisada. Lago Tucuruí – R12 e Carajás – R11 com 22,9% e 28,6% foram as menores, respectivamente (tabela 8).

No que tange ao não uso por falta de tempo ou oportunidade para utilizar o programa, apenas 4,5% dos entrevistados no Pará responderam que não manuseiam devido a essa problemática. Já nas macrorregiões, a M1 com 6,3% e a M4 com 5,1%, foram as que mais comunicaram o não uso pelo motivo apresentado, enquanto M3 com 1,7% e M2 com 2,8% foram as menores. Nas regiões de saúde, Metropolitana III – R3 com 11,1% e Metropolitana II – R2 com 10,2% foram as únicas que expressaram não operar o sistema por esse motivo (tabela 8).

Na não utilização do Telessaúde por dificuldades com o uso do computador, 2,5% dos profissionais entrevistados afirmaram o não uso por esse quesito. Quando analisadas as macrorregiões, a M1 apresentou o maior percentual em não utilizar por essa condição, com 4,4%. Nas regiões de saúde, Metropolitana III – R3 e Metropolitana II – R2 com 11,1%, e 10,2%, consecutivamente, foram as com maiores percentis de afirmação, e Rio Caetés – R4, Tocantins – R5, Marajó II – R7, Tapajós – R9, Xingu e Carajás – R11 não justificam a não utilização do Telessaúde por dificuldades com o uso do computador (tabela 8).

Quando analisada a não utilização por ausência de qualificação no sistema/plataforma, 6,3% dos entrevistados no Pará afirmaram não utilizar por falta de aprimoramento. Quando analisadas as macrorregiões, o maior percentual de afirmação para a temática apresentada se encontra na M4 com 8,5%, e os menores percentis estão na M3 com 5,0% e M2 com 5,2%. Já nas regiões de saúde, observam-se os maiores quantitativos de trabalhadores que afirmam não utilizar o Telessaúde por questões de qualificação entre as regiões Metropolitana III – R3 com 16,7% e Araguaia - R13 com 10,6%; as Tapajós – R9 e Xingu não justificam a não utilização do Telessaúde por ausência de qualificação no sistema/plataforma (tabela 8).

Ao considerar a não utilização por dificuldade em acessar o sistema/plataforma, 4,7% no Pará afirmaram essa dificuldade. Entre as macrorregiões, a que em maior percentagem afirmou essa problemática foi a M1, com 6,0%, e a menor a M2, com 2,4%. Entre as regiões de saúde, Tapajós – R9 com 12,5% e Metropolitana III – R3 com 11,1% foram as que mais declararam não utilizar o Telessaúde devido à problemática questionada; Tocantins – R5, Marajó II – R7 e Xingu as que menos afirmaram (tabela 8).

Entre os que afirmaram não utilizar o Telessaúde por pouca divulgação do Programa, no Pará esse quantitativo representou 8,2%. Nas macrorregiões do estado, esse percentil de afirmação foi maior na M4 com 10,7% e a menor na M2 com 6,2%. Já nas regiões de saúde, esse percentual foi maior na Araguaia – R13, Baixo Amazonas – R8, Carajás – R11 com 13,3%, 11,4% e 10,7%, respectivamente, e a Metropolitana III – R3 não justifica a não utilização por pouca divulgação do Programa (tabela 8).

Já os que não utilizam o Telessaúde por afirmarem não ter necessidade de acesso, representou 1,5% no estado. Entre as macrorregiões esse percentual foi maior na M4 com 2,8% e menor na M3 com 0,8% e M2 com 0,9%. Nas regiões de saúde, a Araguaia – R13 foi a que apresentou maior percentual de afirmação, com 4,5%, e Metropolitana II – R2, Metropolitana III – R3, Rio Caetés - R4, Tocantins - R5, Marajó I – R6, Tapajós – R9 e Xingu não justificam a não utilização do Telessaúde por não ter necessidade de acesso (tabela 8).

Nos que afirmam não utilizar o sistema por baixa qualificação das respostas, esse percentual foi de 1,8% no Pará. Nas macrorregiões, a M3 com 4,1% foi aquela com maior percentual e M1 e M2 com o menor, com 0,9%. Na análise entre as regiões de saúde, Metropolitana II – R2, Metropolitana III – R3, Rio Caetés – R4, Tocantins – R5, Marajó II – R7, Xingu e Carajás - R11 não justificam a não utilização do Telessaúde por esse motivo (tabela 8).

Quando questionadas sobre a não utilização do Telessaúde por não estar implantado na UBS, 42,3% das equipes no Pará alegaram essa situação. Quando analisadas as macrorregiões, esse percentual de afirmação foi maior na M3 com 52,9% e menor na M1 com 34,7%. Já nas regiões de saúde, a Xingu com 61,5%, Rio Caetés – R4 com 58,3% e Baixo Amazonas - R8 com 55,7% foram as que mais afirmaram ocorrer por esse motivo, e Tapajós – R9 e Metropolitana III – R3 foram as com menor percentual de afirmação, com 25,0% e 27,8%, respectivamente (tabela 8).

Quando perguntadas sobre as funcionalidades do Telessaúde utilizadas pela equipe, foram considerados na entrevista os seguintes itens: A equipe utiliza o Telessaúde para segunda opinião formativa, a equipe utiliza o Telessaúde para Telediagnóstico, a equipe utiliza o Telessaúde para Teleconsultoria, a equipe utiliza o

Telessaúde para Tele-educação, a equipe utiliza o 0800 do Telessaúde, e a avaliação do atendimento recebido pelo 0800. Em resposta ao questionamento sobre a utilização do Telessaúde para segunda opinião formativa, 67,0% das equipes do estado do Pará afirmaram o uso para esse contexto. Nas macrorregiões de saúde, o maior percentual de afirmação foi na M2 com 72,4% e o menor na M1 com 60,3%. Já nas regiões de saúde o quantitativo mais expressivo de afirmação ocorreu na Carajás – R11 com 82,1% e Marajó II – R7 com 77,1%, e o menor na Rio Caetés – R4 com 50,0% (tabela 9).

Sobre a utilização do Telessaúde para Telediagnóstico, 56,7% das equipes no Pará afirmaram utilizar para essa finalidade. Entre as macrorregiões de saúde a M4 foi a que mais declarou utilizar para esse propósito, com 65,9%, e a M2 a menor, com 50,9%. Nas regiões de saúde, Rio Caetés – R4 com 100,0% foi o maior percentual de utilização para telediagnóstico e Marajó I – R6, com 36,5%, o menor (tabela 9).

Na utilização do programa para Teleconsultoria, 54,5% das equipes no estado informaram empregar esse instrumento para o objetivo questionado. Entre as macrorregiões, o maior percentual de uso para a finalidade apresentada está na M4 com 60,2% e o menor na M3 com 45,8%. Já nas regiões de saúde esse quantitativo é maior na Carajás – R11 com 85,7%, e a Rio Caetés – R4 não utiliza o programa para Teleconsultoria (tabela 9).

Na aplicação da ferramenta para Tele-educação, 54,2% no Pará informaram o uso para essa função. Já nas macrorregiões, o uso para esse objetivo é maior na M4 com 58,0% e menor na M1 com 51,7%. Entre as regiões de saúde, esse valor foi maior na Baixo Amazonas – R8 com 69,2%; a Rio Caetés – R4 não utiliza o programa para tele-educação (tabela 9).

Quanto à utilização do 0800 do Telessaúde, 51,1% na região afirmam utilizar. Entre as macrorregiões, o maior percentual de afirmação está na M3 com 61,0% e o menor na M1, com 37,9%. Nas regiões de saúde, esse quantitativo é maior na Xingu, com 79,3%. Metropolitana III – R3 e Rio Caetés - R4 não utilizam (tabela 9).

Na avaliação da equipe pelo atendimento recebido no 0800, o maior percentual das equipes entrevistadas no estado mencionou Bom (66,5%) para o atendimento recebido, 26,8% avaliaram como Muito Bom, 4,9% como Razoável, 1,2% como Muito Ruim e 0,6% como Ruim. Nas macrorregiões, entre os conceitos qualificadores apresentados, o maior percentual para avaliação foi Bom, com M1 (86,4%), M3 (69,4%), M4 (66,7%) e M2 (56,9). Apenas M1 (4,5%) e M2 (1,7%) julgaram como Muito Ruim e M2 (1,7%) como Ruim o atendimento. Nas regiões de saúde, o maior percentual entre os conceitos avaliados, analisando cada região de saúde, foi para Bom, com Metropolitana I – R1 (88,9%), Metropolitana II – R2 (75,0%), Tocantins - R5 (83,3%), Marajó I - R6 (46,4%), Marajó II - R7 (62,5%),

Baixo Amazonas – R8 (80,0%), Tapajós – R9 (75,0%), Xingu (65,2%), Carajás – R11 (66,7%), Lago Tucuruí – R12 (58,3%) e Araguaia – R13 (71,4%). Apenas Tocantins – R5 (16,7%) e Metropolitana I – R1 (5,6%) consideraram o atendimento Muito Ruim e Marajó I – R6 (3,6%) como Ruim. Não obtiveram respostas das regiões Metropolitana III – R3 e Rio Caetés – R4 (tabela 9).

Ao considerar o questionamento sobre a adequação das ações de Telessaúde às demandas e necessidades da equipe, o maior percentual das respondentes do estado do Pará referiu contemplam muito (38%) e contemplam (38,3%), perfazendo um percentual de 76,3% de respostas positivas. Ainda 19,9% das equipes respondentes no estado do Pará referiram que as ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam razoavelmente as demandas e necessidades da equipe (tabela 10).

O percentual de respondentes que referiu que as ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe pouco ou não contemplam foi inferior a 5% no estado (tabela 10).

A maioria das macrorregiões referiu que as ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe, em que 50% das equipes da M4 referiram que contemplam muito, 44,1% das equipes da M3 e 41,4% das equipes da M1 e 37,1% das equipes da M2 referiram que contemplam. Entre as regiões, os maiores percentuais estiveram também entre as respostas contemplam muito e contemplam com a média percentual acima de 40% para todas as regiões de saúde, com exceção da Rio Caetés – R4, onde 50% das equipes referiram que as ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam razoavelmente as demandas e necessidades da equipe e outros 50% responderam que contemplam pouco (tabela 10).

O percentual de equipes, tanto no estado quanto nas macrorregiões e regiões, que referiu que as ações realizadas por meio do Telessaúde não contemplam as demandas e necessidades das equipes foi inferior a 3% (tabela 10).

Conclusão

É evidente que as peculiaridades do trabalho em saúde requerem ferramentas como a educação permanente para promover a construção da transformação nos seus processos. Entende-se que por meio dela busca-se aprimorar e instruir os trabalhadores dos serviços nos diversos níveis de atenção.

Percebe-se, ainda, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é fortemente alicerçada em normativas nacionais, como a sua portaria de criação, as diretrizes para sua implantação, a portaria de fortalecimento das práticas de Educação Permanente no SUS, entre outras.

Ao analisar os dados do terceiro ciclo do Pmaq no estado do Pará relacionados à Educação Permanente em Saúde, observou-se que a maior parte das ações de educação permanente que contou com a participação das equipes de Atenção Básica no estado foi organizada pela gestão municipal. A razão citada como causa principal para a não participação da equipe nas ações de educação permanente foi a não organização de processos de educação permanente por parte da gestão.

Os tipos de educação permanente dos quais as equipes de Atenção Básica mais participaram no estado do Pará foram cursos presenciais e troca de experiências e o tipo de ação de educação permanente com menor participação foram as ações de tutoria e preceptoria.

A maior parte das equipes contempladas com ações de educação permanente considerou que tais ações contemplam ou contemplam muito as demandas e necessidades da equipe. A maioria considerou que o Nasf promove ou participa de espaços de reflexão sobre o processo de trabalho e que o mesmo promove momentos de educação permanente sobre as temáticas consideradas pertinentes pelas equipes de Atenção Básica. Entre as atividades de educação permanente realizadas pelo Nasf no território, a maioria dos profissionais da equipe de saúde afirmou participar da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente; da mesma forma, os profissionais do Nasf afirmaram participar da escolha dos temas de educação permanente. Parte das equipes confirmou a participação da gestão municipal na escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente, enquanto outra parte, não. A maioria das equipes afirmou que a gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do Nasf para atuar na Atenção Básica.

Quanto à integração ensino-serviço na saúde todos os indicadores apontaram para baixa integração entre a equipe e os profissionais provenientes das instituições de ensino, tanto com os estudantes de graduação, quanto com os estudantes de nível técnico, com os residentes de medicina, com os residentes multiprofissionais, bem como quanto aos pesquisadores, sendo que cerca de metade das equipes entrevistadas referiu não ter contato com nenhum dos tipos de integração de ensino-serviço acima citados.

Menos de um terço das equipes de Atenção Básica do estado do Pará contempladas na pesquisa referiu utilizar o Telessaúde; a maior parte dessas equipes referiu não utilizar o programa por problema de conectividade ou por não possuir o Telessaúde implantado na UBS. Entre as funcionalidades do Telessaúde utilizadas pela equipe de Atenção Básica, a “Segunda opinião formativa” e o “Telediagnóstico” foram as duas funcionalidades informadas como as mais utilizadas por aqueles que referiram utilizar o Telessaúde como ferramenta de trabalho. Mais de dois terços das equipes de Atenção Básica do Pará que referiram utilizar as ações de Telessaúde para

atender as demandas e necessidades da equipe consideraram que tais ações contemplam muito ou contemplam as demandas e necessidades da equipe.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 8 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf. Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: www.ufpe.br/documents/40070/1837975/ABNT+NBR+6023+2018+%281%29.pdf/3021f721-5be8-4e6d-951b-fa354dc490ed. Acesso em: 10 ago. 2020.

FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne. Políticas, Programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 4-7, ago. 2019. Suplemento 1. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500004. Acesso em: 8 out. 2020.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trianta anos de avanços e

desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1917-1981, jun. 2018. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 out. 2020.

PIROPO, Thiago Gonçalves do Nascimento; AMARAL, Helena Oliveira Salomão do. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-287, jan./mar. 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100279&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 out. 2020.

4.14 Capítulo XIV – Participação, Controle Social, satisfação e canal de comunicação com o usuário da Atenção Básica no estado do Pará

Beatriz Fragoso Cruz
Eric Campos Alvarenga
Luciano Garcia Lourenção

Introdução

Neste capítulo, traremos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) sobre as atuais condições de participação popular, controle social, satisfação e comunicação com usuários dos serviços de atenção primária em saúde no estado do Pará. Busca-se, com a produção deste material, fomentar e amparar o desenvolvimento e a efetivação de ações e políticas que possibilitem o amplo exercício da cidadania, através da participação social na saúde pública.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) possui como uma de suas diretrizes a participação popular. De forma complementar, a Lei Orgânica 8.080/90 prevê a criação dos Conselhos de Saúde (em nível nacional, estadual, municipal e distrital), que têm como dever fiscalizar o repasse e a aplicação de fundos do Ministério da Saúde às esferas de governança; verificar o cumprimento de políticas e ações em saúde; avaliar a gestão de saúde e ser ativos no planejamento de políticas públicas (BRASIL, 2013), possuindo caráter participativo e deliberativo (VALE *et al.*, 2017).

Os Conselhos de Saúde são constituídos, de forma paritária, por membros representantes da gestão, profissionais da saúde e usuários dos serviços, sendo, portanto, representativos (BRASIL, 1990). Outra característica que descreve os conselhos é seu imperativo de autonomia administrativa e financeira (BRASIL, 2013), a fim de garantir o exercício pleno da democracia e da cidadania.

Segundo Vale *et al.* (2017), a organização coletiva se estabelece como estratégia para soluções de problemas de interesse à saúde pública, entre os quais se destacam a insatisfação de usuários, a precariedade dos serviços de saúde e as condições de trabalho. A participação popular ativa é ferramenta de garantia da democracia e de direitos fundamentais, através da representação civil. Contudo, os autores ainda citam que, em contraste com essa proposta, membros de um Conselho Local de Saúde apontam que a comunidade assume,

de forma geral, uma postura passiva frente às atividades desenvolvidas pela organização, delegando aos conselheiros toda a responsabilidade pela resolução das demandas locais. Dessa maneira, apesar do sentimento de relevância pessoal e social que o desempenho da função promove, os conselheiros mostram-se desmotivados frente ao desinteresse da comunidade, além de haver um posicionamento duvidoso e parcial da gestão municipal.

Sob esse mesmo contexto, enfermeiras descrevem um cenário semelhante na comunidade onde trabalham. Segundo elas, o caráter burocrático, focado no acúmulo de demandas e na priorização de interesses pessoais dos conselheiros, contribui para a pouca resolutividade do conselho local. Além disso, a escassez de informações claras sobre os objetivos e o funcionamento do conselho favorecem a baixa adesão da população. Os profissionais admitem que, além de espontânea, a participação popular pode ser estimulada por trabalhadores comprometidos com a qualidade do serviço e, portanto, apesar de perceberem o controle social como uma novidade na atuação em saúde, buscam promover a participação de usuários nas decisões pertinentes à unidade. Entretanto, essas práticas estão restritas a convidá-los a participar das reuniões do conselho local de saúde e da leitura dos comentários deixados na caixa de sugestões do estabelecimento (ARANTES *et al.*, 2007).

A criação dos Conselhos de Saúde possibilitou à população:

[...] Exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde. (BRASIL, 2013, p. 38).

Contudo, não é apenas através de organizações de representação coletiva que o controle social é exercido, mas também pelo envolvimento direto dos membros da comunidade no cotidiano dos serviços de saúde, no contato com os profissionais e com a gestão, na construção conjunta de demandas e soluções pertinentes à realidade local. Nunes (2019) aponta que uma comunicação efetiva entre médico e usuário possibilitaria a resolução da maioria das demandas concernentes à atenção primária, minimizando o inchaço dos serviços hospitalares de urgência e emergência. Contudo, depoimentos de pessoas atendidas pelos serviços indicam que a comunicação médico-usuário na atenção primária é impossibilitada pela grande demanda por atendimento e que o diálogo com os demais profissionais só ocorre mediante encaminhamento médico. Nesse contexto, os enfermeiros são apontados como os profissionais que possuem contato mais próximo com os usuários. Assim, o autor expõe a importância de

uma comunicação interprofissional efetiva, que garanta o cuidado integral ao paciente, e destaca como essa ferramenta é imprescindível às práticas de educação em saúde.

Silva e Caldeira (2010) demonstram que há um fraco desempenho entre equipes de saúde da família em relação à participação comunitária e ao controle social. Segundo os autores, no que se refere à participação comunitária, as equipes a relacionam com algo que diz respeito a uma iniciativa da própria população e não tanto dos profissionais. Isso demonstra que há pouca compreensão entre os trabalhadores da atenção primária do seu papel político na integração com a comunidade.

Já Crevelim e Peduzzi (2005) destacam que as equipes não costumam incluir os usuários na discussão de seus processos de trabalho e planejamento de ações. Dessa forma, a atividade de profissionais da atenção primária em saúde pode figurar em desconexão com as demandas do público atendido, distanciando-se da construção de um projeto assistencial comum.

Adiante, são descritos os resultados sobre a avaliação da participação popular, controle social, satisfação e comunicação com usuários dos serviços de atenção primária em saúde no estado do Pará. Na sequência, ressaltamos os principais resultados, refletindo sobre possíveis direções para futuras políticas públicas que venham fortalecer a participação popular na atenção primária em saúde e no SUS.

Resultados

Na tabela 1, os dados mostram que 71,2% das equipes de todo o Pará afirmaram realizar avaliações de satisfação com usuários do serviço de saúde. Entre as regiões, 97% dos profissionais da região Tapajós – R9 e 86,5% da Rio Caetés – R4 realizaram essa avaliação; no outro extremo encontram-se as regiões do Marajó II – R7 e da Metropolitana I – R1, com apenas 42,3% e 53,2%, respectivamente, dos profissionais indicando que realizam essa prática.

No que se refere às macrorregiões de saúde, a número 3 (86,1%) encontra-se em primeiro lugar na aplicação de avaliações de satisfação com usuários. Em último lugar, fica a macrorregião 1 (57,1%).

Sobre a existência de canais de comunicação que possibilitem aos usuários expressar demandas, sugestões e reclamações sobre o serviço da unidade básica de saúde, 77,1% das equipes do estado do Pará afirmam possuir esse canal. Novamente a região do Tapajós – R9 (100%) se destaca, juntamente às regiões do Baixo Amazonas – R8 (92,4%) e Tocantins – R5 (92,2%); em

contraste com as regiões do Marajó II – R7 e Metropolitana I – R1, nas quais somente 53,8% e 58,9% dos profissionais de saúde alegaram a existência dessas vias de comunicação. Nesse fator, as macrorregiões 3 e 1 permanecem nos extremos, com 91,7% e 64,8% de respostas afirmativas, respectivamente.

Ao serem inquiridos sobre a existência de documentos que atestam o estabelecimento dos canais de comunicação entre profissionais e usuários, 82,1% das equipes de todo o estado responderam positivamente. Nas regiões, 100% dos trabalhadores do Tapajós – R9 e 96,5% do Baixo Amazonas – R8 alegam ter esses registros; enquanto na região de Marajó II – R7 e Metropolitana I – R1 esse quantitativo foi de apenas 57,1% e 57,4%, respectivamente. Nas macrorregiões 3 e 1, os profissionais que alegaram possuir esses documentos somam 95,2% e 63%, respectivamente. Observando atentamente, é possível inferir que apenas as UBS que dispõem dessa comunicação entre servidores e usuários realizam o registro dessa atividade, uma vez que o número de profissionais que afirmaram existir essa política na sua unidade é próximo ao percentual daqueles que garantem a existência de documentos que a comprovem.

Em contrapartida, deve-se destacar que os índices de comunicação direta entre usuários e equipe de saúde são otimistas, atingindo 98,6% das equipes do Pará. Entre as regiões, a menor porcentagem de profissionais confirmando a existência dessa relação na unidade foi observada nas regiões Marajó II – R7 (92,9%) e Metropolitana II – R2 (96,2%), sendo valores considerados elevados. No que se refere às macrorregiões, os números permaneceram entre 97,9% e 99,4%.

A comunicação direta entre a gestão municipal e os usuários, por outro lado, alcançou resultados pouco expressivos, atingindo 61,1% das equipes do Pará. Nas regiões, as que apresentaram maior comunicação gestão-usuário foram Rio Caetés – R4 (82,5%) e Metropolitana III – R3 (78,9%), e as que apresentaram os menores foram Metropolitana I - R1 (39,4%) e Marajó I - R6 (40,0%). A macrorregião 1 foi a que apresentou o menor percentual (47,7%), e a macrorregião 2, o maior percentual (72,6%) na comunicação gestão-usuário.

Por sua vez, os indicadores relacionados à existência de espaços de discussão entre os membros da equipe e a gestão das demandas dos usuários foram favoráveis, alcançando 96,5% em todo o estado. As regiões se situaram em um intervalo de 100% (Marajó II – R7 e Tapajós – R9) e 93,3% (Marajó I – R6). De forma semelhante, a comunicação interna nas macrorregiões apresentou índices entre 98,1% (macrorregião 2) e 94,7% (macrorregião 1).

Finalmente, os espaços de participação popular, como o Conselho Local de Saúde, não são tão recorrentes. Apenas 42% dos profissionais de saúde do estado do Pará alegaram que sua unidade básica desfruta de espaços formais de participação popular; desse total, apenas 37,3% possuem documentos comprobatórios. Entre as regiões de saúde, a maior ocorrência foi na Tapajós – R9 e na Metropolitana III – R3, com apenas 54,5% e 53,0% respectivamente; já no que concerne às macrorregiões, a macrorregião 2 foi o primeiro lugar, com 45%, e o resultado mais baixo foi registrado na macrorregião 1 (39,5%).

É interessante observar, ainda, que as regiões com mais alegações de comprovação não coincidem com aquelas que afirmam possuir esses espaços de participação popular, como no caso da região Tapajós – R9, na qual 54,5% dos profissionais tiveram respostas afirmativas nesse critério, mas apenas 44,4% indicaram possuir registros formais dessa atividade.

Conclusão

De forma geral, os dados apontam uma adesão pouco expressiva das equipes de saúde a canais formais de comunicação com os usuários, como avaliações de satisfação, registro de sugestões, reclamações e, sobretudo, espaços de deliberação popular, como Conselhos Locais de Saúde. Em contrapartida, vias de comunicação mais informais, como a existente entre a equipe e os usuários, são priorizadas na atenção primária, de forma que o estado do Pará alcança um índice de 98,6%. Por outro lado, a comunicação direta entre a gestão municipal e os usuários do serviço ainda é pouco exercida no estado, o que pode demonstrar um significativo distanciamento entre os gestores e a população atendida.

As regiões do Marajó II – R7 e Metropolitana I – R1 figuraram entre as regiões com os números mais baixos, apontando a necessidade de melhorias dos mecanismos de participação popular. Já as regiões do Tapajós – R9 e Baixo Amazonas – R8 possuem os melhores resultados entre todas, na maior parte dos critérios avaliados.

Dessa maneira, entende-se que a qualidade da atenção primária é atualmente mediada por uma comunicação mais orgânica entre os diferentes segmentos do serviço básico de saúde e por uma participação popular diluída no cotidiano das unidades. Contudo, essa forma de organização do controle social, apesar de favorecer o vínculo equipe-usuário e a resolutividade das demandas, não encontra reverberação institucional no longo prazo, uma vez que prescinde do envolvimento da comunidade e dos profissionais, na deliberação e na

formulação de políticas e práticas que promovam a qualidade do serviço de saúde ofertado.

Referências

ARANTES, Cássia Irene Spinelli *et al.* O controle social no sistema único de saúde: Concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RhvWjtpV6wTmCfYBrLS5Sdp/?lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, 31 dez. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=31/12/1990>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2020.

NUNES, Alexandre Moraes. A importância da comunicação com profissionais da saúde: o olhar dos usuários na atenção primária à saúde no interior de Portugal. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 113-121, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116198>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2020.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do *et al.* Movimento social de bairro: potencialidades e limites da participação em conselhos locais de saúde num município de interior no nordeste brasileiro. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.

3, n. 3, p. 230-241, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n3p230-241>. Acesso em: 24 jul. 2020.

4.15 Capítulo XV – Satisfação dos usuários com os serviços de Atenção Básica do estado do Pará

Alizandra Mendonça Reis
Lunara Saraiva Miranda
Zannifer Borges Carneiro Jorge
Juliana Gagno Lima
Francisco Jadson Silva Bandeira
Luciano Garcia Lourenção

Introdução

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil sofreram grandes avanços nos últimos anos, com a expansão do número de equipes de Saúde da Família (eSF), em todo o território nacional. Contudo, as diferenças regionais na organização e na infraestrutura das Unidades de Saúde da APS podem impactar na satisfação dos usuários e evidenciam a necessidade de avanços (PINHO *et al.*, 2020).

O Pará possui características muito peculiares se comparado ao restante dos estados brasileiros. E por ser um estado com grande extensão territorial e poucos investimentos em todas as áreas, enfrenta dificuldades visíveis quando o tema se volta à saúde pública, em especial à Acessibilidade aos Serviços de Atenção Básica. Sendo esse um fator determinante para avaliar a qualidade do serviço e a satisfação do usuário inserido na realidade de cada Micro e Macrorregião de Saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), para a melhor organização do serviço devem-se aplicar os princípios e as diretrizes vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização, Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado Centrado na Pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do Cuidado, Coordenação do Cuidado, Ordenação das Redes e Participação da Comunidade (BRASIL, 2017). Portanto, para que haja qualidade nos serviços, todos esses princípios e diretrizes devem ser assegurados pelo governo e executados, com comprometimento, pela equipe profissional.

Os estudos de Donabedian (1984) marcam a importância da percepção e satisfação do usuário nas discussões de avaliação da qualidade em saúde, ampliando o olhar sobre o tema, até então focado na avaliação dos profissionais

da área (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Entre seus principais estudos, destaca-se a apreensão da percepção dos usuários, por meio da dimensão de aceitabilidade, ou seja, o fornecimento do serviço de acordo com as normas culturais e sociais e expectativas dos usuários e seus familiares (FRIAS *et al.*, 2010).

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde descritos por Starfield (2002) é o do “primeiro contato”. Ele se refere aos serviços de porta de entrada procurados pelos usuários, regularmente, nos momentos em que estes necessitam de atenção, seja para acompanhamento de rotina, seja para uma nova questão de saúde. Esse atributo aborda a APS como porta preferencial do sistema de saúde, ou seja, o “ponto de início de atenção e filtro para acesso a serviços especializados” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 505).

Assim, apresentamos, neste capítulo, uma análise dos resultados do 3º Ciclo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), referentes à satisfação dos usuários com os serviços de atenção básica do estado do Pará, destacando o tipo de serviço que a população procura quando precisa de atendimento; qual serviço a população procura na unidade de saúde; realização de consultas na unidade de saúde, no último ano; tipo de marcação de consulta na unidade de saúde; disponibilidade para marcação de consulta; horário de atendimento de consultas e avaliação da forma de consulta.

Resultados

a) Perfil dos usuários entrevistados

O perfil dos usuários entrevistados pelo Pmaq-AB contemplou variáveis como gênero e estado civil (tabela 1), etnia (tabela 2) e escolaridade (tabela 3).

A partir da tabela 1 observa-se que no estado do Pará, a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (80,8%) e é casada (65,3%). O destaque foi para a região Baixo Amazonas – R8, com o maior percentual de atendimentos femininos (87,8%), e a região Araguaia – R13, com o menor percentual feminino 73,7%.

Quanto ao estado civil dos entrevistados, podem-se destacar os casados ou com união estável (Tapajós – R9 = 77,9%), seguidos dos solteiros (Metropolitana I – R1= 33,4%), viúvos (Metropolitana III – R3 = 8,3%) e divorciado, desquitado ou separado (Metropolitana I – R1 = 6,9%).

A tabela 2 mostra que no estado do Pará, a maioria dos entrevistados considera-se de cor parda/mestiça, com 72,1% das respostas, seguida da cor

preta (12,4%) e branca (12,3%). Os extremos de respostas - maiores e menores percentuais – foram observados da seguinte forma: cor parda/mestiça foi maior na região Marajó II – R7 (86,2%) e menor na Metropolitana III – R3 (8,3%); cor da pele preta maior na Xingu – R10 (18,6%) e menor na Marajó II – R7 (3,9%); cor da pele branca foi maior na Araguaia – R13 (16,8%) e menor na Tocantins – R5 (7,4%). Já amarelo teve valores abaixo de 4,0%, indígena, abaixo de 2,9% e ignorada, abaixo de 2,5%.

A partir da tabela 3, observa-se que os maiores percentuais de escolaridade dos entrevistados do estado do Pará foram: ensino fundamental incompleto (31,5%), ensino médio completo (29,5%) e ensino médio incompleto (12,3%). Destaca-se negativamente que 5,2% não são alfabetizados e apenas 4,9% possui nível superior completo.

Na comparação entre as regiões e macrorregiões de saúde, destaca-se a região Metropolitana III – R3 sem analfabetos e com o maior percentual de ensino fundamental incompleto (41,7%); a região Rio Caetés – R4 com o maior percentual de não alfabetizados (13,8%) e menor percentual de ensino médio completo (11,2%); e as regiões Metropolitana I — R1 (37,7%) e Baixo Amazonas - R8 (36,5%) com o maior percentual de ensino médio completo.

b) Acesso ao atendimento

Em relação ao acesso ao atendimento, a atenção básica é o serviço de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Nesta etapa do Pmaq-AB, o processo de avaliação abrange a percepção dos usuários quanto ao atendimento de saúde, a partir das variáveis “Qual serviço a população procura quando precisa de atendimento” e “Realizou alguma consulta nesta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses” (tabela 4) e “Qual serviço a população procura nesta Unidade de Saúde” (tabela 5).

A partir da tabela 4, observa-se que no estado do Pará o serviço mais buscado pelos usuários foi a Unidade Básica de Saúde onde foi realizada a entrevista, abarcando 84,6% dos respondentes, seguido de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou outro Pronto-Socorro 24h do SUS (6,8%), Hospitais públicos (5,3%) ou outra Unidade Básica de Saúde (1,7%). Esse padrão de respostas foi visualizado no conjunto de regiões de saúde e macrorregiões.

As demais Unidades de Saúde listadas como opção nessa pergunta foram: policlínica do SUS, hospital particular com convênio do SUS, clínica/consultório particular com plano de saúde, clínica/consultório particular sem plano de saúde, hospital particular com plano de saúde, hospital particular sem plano de saúde, além de outros e não sabe/não respondeu. Na maior parte dessas

opções, independentemente do recorte regional, em geral, os percentuais foram 0% ou abaixo de 1,2%.

Entre as Regiões de Saúde, a região Araguaia – R13 possui a maior proporção de busca pela Unidade de Saúde (93,4%) e em seguida a Marajó II – R7, com 92,1% das respostas. Em contrapartida, a região 1 obteve a menor proporção nesta UBS (71,7%) e a maior proporção na busca por UPA ou outro pronto-socorro SUS (20,6%). Comportamento de respostas similar foi observado na Macrorregião 1, com 74,8% de respondentes buscando a UBS de origem e 15,8% buscando UPA ou pronto-socorro SUS. O maior percentual de buscas por hospitais públicos foi observado nas regiões Rio Caetés – R4 (13,8%) e Tocantins – R5 (12,0%).

Referente à frequência por busca ao atendimento, ao serem perguntados “O(A) senhor(a) realizou alguma consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde nos últimos 12 meses?”, os resultados expressos no estado do Pará foram de 96,7% dos respondentes tendo utilizado o serviço na UBS/Posto de Saúde nos últimos 12 meses. Percentuais próximos ao estado do Pará foram visualizados em todo o conjunto de regiões e macrorregiões.

Os dados da tabela 5, sobre a variável “Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta Unidade Básica de Saúde/posto de saúde?”, expressam que no estado do Pará os serviços mais buscados na Unidade Básica de Saúde referência para os usuários são: consultas agendadas (90,9%), vacinação (75,7%) e medicação (62,7%). Mais de 1/3 dos respondentes também se referem a consultas não agendadas (40,4%), atendimento odontológico (40,0%) e atendimento de emergência (33,8%). Tais respostas, de certa forma, nos informam indiretamente sobre os serviços ofertados com mais frequência nessas UBS.

A região de saúde 11 detém o maior percentual de procura por consultas agendadas (96,2%), seguida pela Metropolitana I – R1 (95,3%) e Macrorregião 1 – M1 (94,2%). Já a região Araguaia – R13 apresentou o menor percentual de procura, sendo 15,3%, seguida da Tapajós – R9 (14,8%).

Para consultas não agendadas (exemplo: solicitação de atestado, exames, encaminhamentos, renovação de receita), a região Araguaia – R13 é que mais disse utilizar esse serviço, com o resultado de 61,7%, uma proporção bem superior às demais regiões. Já a região Metropolitana I – R1 é a que detém a maior taxa de não procura pelo serviço (72,6%). Em relação à procura por atendimentos de emergência, a única região com mais de 50% de respostas foi a região Araguaia – R13 (51,1%). E a maior taxa de não procura pelo serviço ficou com a região Metropolitana – R1 (83,5%). Para busca de medicamentos,

os usuários da região Tapajós - R9 e região Marajó – R7 foram os que mais disseram utilizar esse serviço com o resultado de 78,7% e 78,6%, respectivamente. Já a região Rio Caetés – R4 é a que detém a maior taxa de não procura pelo serviço (66,2%), seguida da região Metropolitana I – R1 (57,5%).

Os usuários da Tapajós – R9 foram os que mais sinalizaram busca por vacinação (90,2%), seguida da Baixo Amazonas – R8 (88,8%). E a maior taxa de não procura pelo serviço ficou com a Metropolitana I – R1 (44,9%) e Rio Caetés – R4 (40,0%).

O atendimento odontológico foi mais referido na Marajó – R7 (60,8%) e na Macrorregião 2-M2 (55,6%). Já a Rio Caetés – R4 e a Metropolitana – R1 são aquelas com menor procura pelo serviço (Rio Caetés – R4 = 77,5% e Metropolitana – R1=76,9%).

c) Marcação de consulta

A marcação de consulta abarcou um conjunto de variáveis sobre oferta das UBS e satisfação do usuário, sendo elas: “Como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?” (tabela 6), “A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?” (tabela 7), “Como o (a) senhor (a) avalia essa forma de marcação de consulta?” (tabela 8), “Quando o (a) senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?” (tabela 9), horário de atendimento das consultas (tabela 10), “Na maioria das vezes que o (a) senhor (a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado (a)?” (tabela 11) e preferência de horário de consulta para facilitar o atendimento (tabela 12).

A maior parte dos respondentes do estado do Pará vai à unidade e marca o atendimento, quando precisa (81,3%), ou o ACS marca a consulta (15,7%). Os outros formatos são muito incomuns: telefone (0,4%), internet (0,2%), UBS não marca consultas (1,6%), outros (0,6%) (tabela 7).

Valores similares ao estado se repetiram no conjunto das regiões. Quanto a ir à unidade e marcar o atendimento, o maior percentual ocorreu na Tapajós – R9 (92,6%) e na Rio Caetés – R4 (90,0%) e o menor na Tocantins – R5 (73,1%). No caso de o ACS marcar a consulta, a maior referência ocorreu na Metropolitana III – R3 (21,7%) e na Metropolitana – R1 (20,0%) e o menor na Tapajós – R9 (2,5%) (tabela 7).

Sobre a pergunta se a marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS, a afirmação foi de 53,8% dos usuários participantes do Pmaq-AB do estado do Pará, com uma variação de

mais respostas positivas na Tapajós – R9 (85,0%), e o menor na Rio Caetés – R4 (37,5%). As macrorregiões com melhores resultados foram M4 (62,1%) e M3 (60,3%). Quanto às respostas negativas, o maior número foi na Metropolitana I – R1 (49,9%) e o menor na Carajás – R11 (26,1%) (tabela 7).

Os dados da tabela 8 mostram que embora a maioria dos usuários do estado do Pará estejam satisfeitos com a forma de marcação de consulta (10,9% muito bom e 58,1% bom), mais de 1/3 consideram necessidades de melhorias.

A maior proporção de muito bom foi para a região Araguaia – R13 (17,8%) e a menor para a Metropolitana III – R3 (0,0%). O maior percentual de usuários que avaliou a forma de marcação de consulta como boa foi na Metropolitana III – R3 (71,2%) e o menor foi na Rio Caetés – R4 (48,8%). A maior concentração de nota regular foi na Rio Caetés – R4 (27,5%) e o menor na Araguaia – R13 (7,8%). A maior nota ruim foi na Tocantins – R5 (16,9%) e a menor foi na Tapajós – R9 (2,6%). A nota “muito ruim” foi mais alta na Rio Caetés – R4 (6,2%) e menor na Araguaia – R13 (0,0%). Nas macrorregiões, 14,4% dos respondentes da M3 avaliaram a marcação de consulta como muito boa e 64,3% na M4, como boa.

Quanto a conseguir marcar consulta normalmente para o mesmo dia (tabela 9), 66,3% dos usuários respondentes do estado do Pará referiram não conseguir marcar a consulta para o mesmo dia. O destaque positivo foi para a Araguaia – R13 (com 70,0% dos respondentes conseguindo marcar) e o menor foi para a Macrorregião 1 – M1 (apenas 16,4%).

Perguntados como são na maioria das vezes as consultas na unidade de saúde (tabela 10), 87,3% dos respondentes do estado afirmaram ocorrer por ordem de chegada após agendamento. Nessa variável houve importante diferença entre algumas respostas, com os extremos: hora marcada (Metropolitana III – R3=15,3% e Macrorregião 1 – M1=6,2%; Rio Caetés – R4=0% e Macrorregião 2 – M2=2,5%); ordem de chegada após agendamento (Metropolitana I – R1=90,5, Metropolitana II – R2=90,5, Macrorregião 1 – M1=89,7%; Metropolitana III – R3=74,6% e Macrorregião 4 – M4=85,9%); ordem de chegada sem agendamento (Marajó – R7=13,1% e Macrorregião 4 – M4=10,9%; Carajás – R11=2,7% e Macrorregião 1 – M1=3,4%).

Perguntados como gostariam que fossem as consultas para facilitar o atendimento (tabela 11), cerca da metade dos respondentes do estado do Pará referiu estar satisfeita, não havendo necessidade de mudanças (52,1%), assim como 18,8% referiram preferir hora marcada, 14,8% por ordem de chegada com agendamento e 9,9% por ordem de chegada sem agendamento.

A maior proporção de respostas preferindo “com hora marcada” foi na Baixo Amazonas – R8 (25,7%) e Macrorregião – M2 (23,2%) e o menor na Araguaia – R13 (6,6%) e Macrorregião 4 – M4 (11,9%). A preferência por ordem de chegada pós agendamento foi maior na Metropolitana III – R3 (40,0%) e Macrorregião 1 – M1 (21,0%) e menor na Araguaia – R13 (6,9%) e Macrorregião 4 – M4 (10,3%). Por ordem de chegada sem agendamento obteve mais respostas na Tocantins – R5 (16,6%) e Macrorregião – M1 (11,4%) e menor na Araguaia – R13 (2,2%) e Macrorregião – M4 (6,9%).

A maior concentração de respostas “Estou satisfeito, não há necessidade de mudança” foi para a Araguaia – R13 (82,5%) e Macrorregião – M4 (66,8%) e o menor para a Tocantins – R5 (34,3%) e Macrorregião – M1 (42,5%). Perguntados se conseguiram ser escutados na maioria das vezes em que foram à unidade de saúde sem ter hora marcada, para resolver qualquer problema (tabela 12), 65,7% dos usuários respondentes do estado referiram que sim.

O maior percentual de respostas positivas foi na Araguaia – R13 (75,2%) e o maior percentual de respostas negativas foi também na Araguaia – R13 (4,0%). Sobre nunca precisar ir à unidade sem hora marcada, o maior percentual ocorreu na Rio Caetés – R4 (38,8%) e o menor na Metropolitana III – R3 (8,3%). Ressalta-se aqui que a pergunta se refere à escuta, não necessariamente ao atendimento ou à resolutividade da questão buscada.

Conclusão

Os resultados expressam perfis mais evidentes no estado do Pará, como o de que o gênero masculino ainda não procura os serviços ofertados pela Unidade de Saúde tanto quanto o gênero feminino. Esse resultado evidencia a necessidade de a equipe da APS captar os usuários homens, de forma educativa e preventiva, para que eles não procurem somente os serviços de urgência/emergência.

Outra característica marcante está relacionada à etnia e ao grau de escolaridade dos usuários atendidos nas unidades, cujo predomínio de pardos/mestiços, com ensino fundamental ou médio concluídos, revela a desigualdade presente na sociedade local/regional.

A Unidade Básica de Saúde se mostrou o serviço mais buscado pelos usuários no estado do Pará, condizente com o intuito da atenção básica ser a porta de entrada do SUS. Contudo, evidenciou-se a necessidade de melhorias na marcação de consulta em qualquer dia/qualquer horário, assim como no atendimento com hora marcada ou priorização de risco. O formato mais referido

de atendimento por ordem de chegada estimula, por exemplo, a formação de filas de madrugada para atendimento.

Quanto ao serviço de imunização, é notável a procura desigual entre as Regiões de Saúde do estado, o que norteia a necessidade de conscientizar a população sobre a importância de manter a vacinação em dia, em todas as faixas etárias.

As diferenças encontradas revelam que o estado precisa de maiores investimentos em educação em saúde, capacitação profissional, organização dos serviços e suporte laboral adequado, para que os serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde sejam realizados com qualidade, pela equipe de saúde, de forma a impactar positivamente na saúde da população paraense.

A avaliação da percepção dos usuários por meio do Pmaq-AB representa, simultaneamente, uma potência e uma limitação no que se refere ao formato do programa. Embora o Pmaq-AB abarque entrevistas com apenas quatro usuários por equipe de atenção básica, trata-se do mais abrangente programa nacional de avaliação, contemplando mais de 38.800 equipes AB e 140.000 usuários das UBS brasileiras, em mais de 1.100 equipes AB e 3.500 usuários do estado do Pará. Por outro lado, limita-se a entrevistar usuários que previamente acessaram o SUS e a Atenção Básica, provavelmente excluindo usuários com importantes dificuldades de acesso. Nas diferentes regiões do Pará, tal dificuldade se acentua, ao considerarmos os cenários de populações tradicionais ou moradores de áreas rurais e remotas, de difícil acesso.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 out. 2020.
- FRIAS, Paulo Germano *et al.* Atributos da qualidade em saúde. *In*: SAMICO, Isabella *et al.* (org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro, Medbook, 2010. p. 43-56.
- GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-546.

PINHO, Ellen Christiane Corrêa *et al.* Acesso e acessibilidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 166-173, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3449/786>. Acesso em: 28 out. 2020.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2020.

5 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DO ESTADO DO PARÁ

- a) Ampliar o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com melhores condições de acessibilidade para os usuários com alguma deficiência;
- b) Fomentar a permanência de programas que suscitem a melhoria da estrutura e, conseqüentemente, o acesso e a qualidade dos serviços de Atenção Básica;
- c) Viabilizar recursos para obtenção de prédios próprios, em oposição aos de aluguel ou provisórios de funcionamento das UBS, proporcionando uma melhor adequação de suas estruturas, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008)⁸;
- d) Incentivar a realização de estudos que fomentem a importância da estrutura adequada para o processo de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde;
- e) Sensibilizar os gestores sobre a importância da estrutura adequada das UBS para garantia do acesso e da qualidade da assistência;
- f) Promover a ampliação de estruturas voltadas a proporcionar a valorização da ambiência das UBS, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização.

2. PERFIL DOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ

- a) Apoiar o desenvolvimento da Política Nacional de Desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde (DesprecarizaSUS) nos municípios;
- b) Instituir Comitê Estadual e Municipais de Desprecarização do trabalho no SUS e valorização salarial para os trabalhadores da saúde;
- c) Instituir Grupo de Trabalho (GT) estadual e municipal para desenvolver o plano de carreira no SUS;
- d) Lançar edital para concurso público no SUS no âmbito estadual e municipal.

⁸ Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008. (Normas e Manuais Técnicos, A).

3. PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Ampliar ações de cobertura da Estratégia Saúde da Família no estado do Pará com vistas ao fortalecimento do território, da adscrição e do fortalecimento do vínculo entre equipes e população;
- b) Estruturar e sistematizar a utilização dos instrumentos de organização, como os controles documentais de ações e serviços;
- c) Substituir prontuários de papel, ainda utilizados de maneira significativa no estado, pelo prontuário eletrônico, através da informatização dos serviços de atenção básica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- d) Fortalecer as ações de planejamento e qualificação da gestão da Atenção Básica por meio do engajamento e suporte aos avanços técnicos e estruturais do sistema de saúde com vistas à melhoria das condições de trabalho das equipes;
- e) Fortalecer as ações de educação em saúde, de forma sistemática, regular e oportuna em seus diversos espaços e ambientes de realização;
- f) Adotar tecnologias e ferramentas de planejamento e organização do trabalho na Atenção Básica para a organização da agenda, seleção e priorização das demandas por atendimentos, consultas e exames nas Estratégias Saúde da Família, bem como ampliar a oferta de ações e serviços a esse público.

4. PROCESSO DE TRABALHO DOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Investir na estruturação das unidades, permitindo uma melhor qualidade no trabalho da equipe e um melhor alcance à população, especialmente no que concerne melhoria dos meios de transporte, uma das dificuldades relatadas pelas equipes;
- b) Promover processos de educação permanente, visando fortalecer as ações das equipes, preferencialmente as relacionadas à interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, mas também em relação aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, para que reconheçam o papel do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção-Básica (Nasf-AB) e possam trabalhar de forma integrada e articulada;
- c) Estimular o acompanhamento da população no território, por meio da análise dos indicadores de saúde, favorecendo a identificação de pontos onde há maior necessidade de intervenção para que possam ser definidas novas

estratégias de ação no território, bem como o acompanhamento dos processos de referência e contrarreferência;

- d) Reforçar, por parte da gestão, as articulações intersetoriais e intrasetoriais, para ampliar o alcance da equipe e a disseminação de informações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças para a população;
- e) Criar estratégias para aumentar a eficácia do diagnóstico da população coberta no território, objetivando aprimorar os critérios para a escolha dos profissionais que deverão compor a equipe do Nasf de acordo com as necessidades de atenção em saúde;
- f) Estabelecer, de forma clara, a responsabilidade de cada equipe no território, bem como as responsabilidades de cada profissional dentro do serviço e junto à população, uma vez que foram relatadas dúvidas acerca do território apoiado pelas equipes de saúde e que nem todos os profissionais envolvidos nas equipes participaram do estudo.

5. ATENÇÃO À PESSOA COM HIPERTENSÃO, DIABETES E OBESIDADE

- a) Realizar treinamento prático do exame de fundo do olho para médicos das equipes de atenção básica, a fim de que o profissional consiga identificar lesões na retina relacionadas a diabetes e hipertensão de forma rotineira anualmente, para então, conforme necessidade, encaminhá-los ao serviço especializado;
- b) Desenvolver ações de educação permanente e continuada para os profissionais visando a oferta dos diversos serviços no escopo da atenção básica, aumentando a capacidade resolutiva das equipes de atenção básica e reduzindo as filas virtuais nas centrais de regulação;
- c) Garantir a manutenção da continuidade e vínculo dos usuários com as equipes de AB, visto que o cuidado continuado no território favorece a promoção de apoio social requerido, bem como fortalece o apoio informal (família e cuidadores);
- d) Melhorar a qualidade no processo de regulação e na oferta de serviços especializados.

6. ATENÇÃO À PESSOA COM TUBERCULOSE E HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Ampliar a realização de consulta diária relativas às ações de controle da tuberculose;
- b) Ampliar o número de equipes que realizam coleta de escarro no primeiro contato;
- c) Ampliar o diagnóstico de casos novos de hanseníase;
- d) Garantir que todas as equipes realizem ações de vigilância em saúde.

7. ATENÇÃO À POPULAÇÃO RURAL E INDÍGENA E A COMUNIDADES TRADICIONAIS NAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Criar estratégias para ampliar o acolhimento, atendimento e acompanhamento longitudinal da população rural, indígena e comunidades tradicionais na Atenção Primária à Saúde (APS) do Pará;
- b) Investir em formas de ampliar a produção de registros do cuidado oferecido as populações rural, indígena e comunidades tradicionais na APS do Pará, com destaque especial para as populações caiçaras que são a que menos figuram nos registros;
- c) Manter o investimento em transporte, tanto terrestre quanto fluvial para garantir o atendimento das populações que vivem em ilhas e regiões mais afastadas;
- d) Ampliar o número de Equipes de Saúde da Família ribeirinha (eSFR);
- e) Tecer uma boa rede de cuidado e atenção em parceria com as equipes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), não esquecendo dos indígenas não aldeados que residem em zona urbana e não estão cobertos pelas equipes do Sasi. Os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) apontam que as regiões mais próximas da capital são as que mais precisam de atenção neste item;
- f) Investir em estratégias de cuidado na APS à população indígena;
- g) Investir em processos de educação permanente, que tenham como enfoque a diversidade das populações.

8. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ

- a) Ampliar o acesso e os registros de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico nos serviços da APS do Pará, bem como manter os documentos comprobatórios;
- b) Investir na ampliação dos registros de usuários com sofrimento psíquico acolhidos na APS em acompanhamento por outras equipes, buscando constituir um trabalho em rede e em linha de cuidado;
- c) Ampliar o investimento das equipes para realização do registro de usuários com maior risco e gravidade a outros pontos da rede, em especial aos usuários de crack, álcool e outras drogas;
- d) Manter o investindo na manutenção dos Nasfs e ampliar dentro do possível, como forma de fortalecer o matriciamento e o apoio referente à atenção as pessoas em sofrimento psíquico ou uso de substância psicoativa;
- e) Ampliar a oferta de medicamentos e trabalhar estratégias de cuidado em território que possam ajudar a desmedicalizar a vida como: adoção de Práticas Integrativas e Complementares, constituição de grupos e oficinas, realização de hortas, exercícios físicos etc;
- f) Favorecer, incentivar e ampliar os espaços de educação permanente como forma de manter o espaço de debate horizontalizado com as equipes da APS para a construção do cuidado universal, longitudinal, integrado e equânime das populações;
- g) Adotar na APS ferramentas de planejamento e avaliação que permitam indagar os fluxos do cuidado, o trabalho em rede intersetorial e as ações ofertadas em território as diferentes populações atendidas;
- h) Ampliar a utilização do dispositivo de grupos e manter a utilização do recurso da consulta ampliada e o registro da história de vida.

9. ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO PARÁ

- a) Seguir ampliando e investindo nos registros de atendimento à pessoa com deficiência nos serviços da APS do Pará, bem como manter os documentos comprobatórios deles;
- b) Investir na ampliação dos registros de usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes, buscando constituir um trabalho em rede e em linha de cuidado;
- c) Seguir investindo na manutenção dos Nasfs como forma de fortalecer o matriciamento e o apoio referente à atenção as pessoas com deficiências;

- d) Ampliar no estado o número de Centros Especializados em Reabilitação, assim como outros serviços de apoio, trabalhando de forma cooperativa e articulada para a promoção do desenvolvimento e qualidade de vida e saúde das pessoas com deficiência;
- e) Favorecer, incentivar e ampliar os espaços de educação permanente como forma de manter o espaço de debate horizontalizado com as equipes da APS para a construção do cuidado universal, longitudinal, integrado e equânime das populações;
- f) Necessidade de utilizar na APS ferramentas que permitam o planejamento e a avaliação das ações a serem fomentadas em território.

10. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Ampliar a adoção das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em todo o território do Pará;
- b) Ampliar a utilização do recurso de Educação em Saúde ofertado na APS pelas equipes do Pará;
- c) Ampliar os espaços de educação permanente com as equipes da APS com o tema das PICs; Ampliar o repasse destinados a compra de recursos necessários a implementação das PICs na APS;
- d) Incentivar o trabalho em rede intersetorial e multiprofissional com as PICs ofertando a tecnologia em diferentes espaços da cidade para além das unidades de saúde.

11. AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Fortalecer as ações de promoção à saúde e do Programa Saúde na Escola com base nos determinantes sociais e de saúde, visando a problematização da realidade, diagnóstico e acompanhamento intersetorial das ações de educação e saúde;
- b) Realizar processos de planejamento participativo entre a tríade gestores, profissionais e usuários dos serviços para consolidação das ações de promoção à saúde e do Programa Saúde na Escola para melhor atender as necessidades de saúde locais.

12. RELAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM OS OUTROS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE NO PARÁ

- a) Melhorar o acesso dos profissionais aos exames do pré-natal e exames complementares;

- b) Informatizar as UBS e proporcionar mais acesso à internet para uso das TIC como telessaúde, prontuário eletrônico e teleconferência;
- c) Organizar o fluxo de regulação do acesso a atenção secundária e terciária, com acesso ao Sistema de Regulação (SisReg) a todas UBS e responsabilização do agendamento dos atendimentos pelas equipes, para evitar a fragmentação do cuidado e peregrinação do usuário em busca de atendimento.

13. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

- a) Realizar processos de educação permanente por parte das gestões municipais;
- b) Fomentar o desenvolvimento de cursos presenciais, trocas de experiências, ações de tutoria e preceptoria;
- c) Aumentar a integração ensino-serviço, proporcionando maior diálogo entre equipe de saúde, profissionais e estudantes de instituições de ensino públicas e privadas;
- d) Implantar, fomentar e dar condições tecnológicas para que profissionais das equipes possam utilizar o Telessaúde, dirimindo possíveis problemas como a falta de conectividade com a internet.

14. PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL, SATISFAÇÃO E CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO ESTADO DO PARÁ

- a) Melhorar a adesão das equipes de saúde a estratégias de canais formais de comunicação com os usuários como: avaliações de satisfação, registro de sugestões, reclamações e, sobretudo, espaços de deliberação popular, em especial incentivar a implantação dos Conselhos Locais de Saúde;
- b) Implementar ações que promovam melhor comunicação direta entre a gestão municipal e os usuários;
- c) Manter a boa comunicação existente entre as macrorregiões como forma de trabalhar cooperativamente e em rede, promovendo o compartilhamento das boas práticas e das expertises locais adotadas nas equipes em todo o território paraense, favorecendo o compartilhamento do cuidado e das técnicas;

- d) Incentivar as equipes a registrarem as ações desenvolvidas nos territórios referentes a comunicação, participação e controle social;
- e) Adotar e ampliar os mecanismos já existentes de participação social, incentivando a população a participar dos espaços ofertados na APS;
- f) Favorecer, incentivar e ampliar ações de educação permanente nas equipes como forma de manter o espaço de debate horizontalizado da APS, enfatizando a importância de instituir espaços de participação social em território.

15. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DO PARÁ

- a) Implementar melhorias na marcação de consulta em qualquer dia/qualquer horário, assim como no atendimento com hora marcada ou priorização de risco;
- b) Realizar investimentos em educação em saúde, capacitação profissional, organização dos serviços e suporte laboral adequado, para que os serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde sejam realizados com qualidade, pela equipe de saúde, de forma a impactar positivamente na saúde da população paraense;
- c) Incentivar e promover a maior participação dos usuários nos cenários de populações tradicionais ou moradores de áreas rurais e remotas, de difícil acesso;
- d) Promover a satisfação dos usuários de forma integral e humanizada, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização.

POSFÁCIO

Avaliação da Atenção Básica num pedaço do Centro do Mundo

Amazonizar-se e se florestar são imperativos contemporâneos, num tempo em que a Amazônia é cada vez mais o Centro do Mundo. Esse processo, porém, não é lento, nem simples, conforme nos conta Eliane Brum em seu fenomenal livro *Banzeiro Òkòtó* (BRUM, 2021). Nele, Eliane nos relata os deslocamentos de si no mundo ao se propor a produzir, em si, mundos outros, a partir da radical assunção da necessidade de se levar a sério os sintomas que o planeta vem nos mostrando do esgotamento por que tem passado.

No caso de Eliane Brum, esse caminho a levou para além da sua opção por mudar-se para Altamira, epicentro de processos políticos que se apresentam dentre os mais potentes analisadores do Brasil atual. Para ela, também “amazonizar-se é mudar a linguagem e a estrutura de pensamento” (BRUM, 2021, p. 98). E para se entender/criar linguagens outras, é preciso compartilhar poder.

Essas foram algumas das recorrências que me pairaram à mente, ao exercitar o prazer de folhear em primeira mão as páginas que o leitor terá agora à sua frente. Nossas forma(ta)ções ainda nos impõem importantes dificuldades para identificarmos quantos mundos são produzidos (e podem vir a ser) na Amazônia. E tal limitação se materializa de diferentes formas, não apenas na destruição da floresta e seus viventes, mas também na incapacidade de se pensar a Amazônia a partir do olhar que ela lança sobre ela mesma. Com isso, deixamos não apenas de entendermos melhor aqueles mundos, mas perdemos a oportunidade de enriquecermos as possibilidades de usarmos múltiplas lentes para vermos nossos mundos de povos desflorestados, fragilizando ainda mais nossas ecologias ambientais, sociais e subjetivas, como diria Guattari (1990).

É nessas disputas e tensões entre perspectivas que penso o modo como a saúde coletiva brasileira tem olhado pouco para o que se produz na e sobre a Amazônia. Em boa parte das vezes, ou se aborda apenas na saúde indígena (área, diga-se de passagem, em cuja imersão saímos sempre transformados, digo por experiências próprias que não cabe explorar nesse prefácio, mas que não esgota as conexões daquela região) ou então se imagina lá como o lugar do exótico, do pitoresco, de onde as dificuldades atingem o nível do folclórico. Ao não perceber com atenção essa delimitação, temos desperdiçado possibilidades de apreendermos aspectos que podem deslocar-nos de nós mesmos.

Tem uma produção cada vez mais consolidada sendo elaborada e aprofundada por pesquisadores amazônicos (naquela extensa região que dividimos arbitrariamente em estados), realizada na e sobre as especificidades da saúde na Amazônia, que poderia nos ajudar a recolocar para os moradores de outros brasis as maneiras como encaramos nossas questões. Para ficar apenas numa fonte mais óbvia: basta passar uma vista rápida nos livros publicados na série “Saúde & Amazônia”, disponíveis gratuitamente pela Editora Rede Unida, para se deparar com diversas produções extensas e intensas, que têm potencial enorme de agregar conceitualmente a pessoas e experiências das mais diversas regiões do Brasil e do mundo.

Foi com esse sentimento que li este livro: com o de aprender com o modo que colegas da Universidade Federal do Pará (UFPA) desenvolveram sua pesquisa, recorrendo aos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e assim puderam refletir sobre a Atenção Básica (AB) naquele estado. Um contato anterior com parte dos autores tive por eu ter coordenado a avaliação externa do PMAQ-AB na Paraíba, durante os dois primeiros ciclos do Programa, colaborando no mesmo grupo que – coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul –, também envolvia as pessoas responsáveis pela mesma pesquisa naquele enorme estado da região norte. Naquele momento, entre meados de 2011 e início de 2012, começamos a refletir enquanto grupo sobre os desafios de se realizar avaliação in loco em praticamente toda a rede básica do Pará, incluindo municípios maiores do que muitos dos estados de nosso país. Os desafios em termos de logística eram tamanhos, que uma pessoa com ainda poucos contatos com a vida naquele Brasil, como eu era então, acabava me restringindo também a uma perspectiva limitada, transitando entre o indígena (visto sempre como o outro de mim) e o pitoresco.

Embora eu tenha me dedicado, por mais de 10 anos já, a explorar o PMAQ como um dos objetos de pesquisa que permitem refletir sobre os desafios da AB no Brasil, é importante reconhecer (pelo menos para mim mesmo) que eu não teria lido o livro atual da mesma maneira como o faria hoje, se ele tivesse sido feito a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ. E não pela evolução do onhecimento provocado no âmbito da AB ou sobre o próprio PMAQ-AB, que não têm sido pouco explorados na década de 2010; os motivos são outros. Por um lado, ter lido obras como *A queda do céu* (KOPENAWA; ALBERT; 2015) ou os livros do Ailton Krenak (KRENAK, 2019; 2020) – para ficar apenas nos mais arrebatadores –, me abriu outras possibilidades de interagir com a obra atual. Mas também e principalmente porque, recorrendo

novamente a Eliane, um dos efeitos mais intensos da Amazônia em nós é que ela não nos permite esquecer que somos sempre corpo (BRUM, 2021). Assim, para além de deslocamentos intelectuais, mais do que acompanhando e compartilhando o cotidiano daqueles ciclos de avaliação com colegas do Pará ou lendo autores revolucionários como Viveiros de Castro (2015), foi mesmo é nas muitas ocasiões em que pude jogar meu corpo nas florestas (nos estados do Amazonas e Roraima), que consegui vislumbrar as limitações de minha visão para aqueles mundos que se me apresentavam e dos quais eu não conseguia ver e falar.

Todo esse já longo preâmbulo é apenas para indicar, por exemplo, que tem diferentes maneiras como podemos ler o capítulo em que pesquisadores que realizaram a Avaliação Externa no Pará analisam suas “Notas de Campo”. Por um lado, ele é uma contribuição importante para pensarmos na realização de pesquisas de uma tal complexidade. Ao mesmo tempo que, também, é muito mais do que se refletir sobre o inusitado do campo desafiador pelas dificuldades que apresenta, e sim sobre pensarmos na invenção de modos diferentes de se pesquisar a AB quando o território é um absoluto outro. Isso, porque, ao reconhecer a singularidade de tal construção, também posso me permitir a pensar outros modos de pesquisar a AB em territórios em que me adaptei a ver como sendo sempre os mesmos. Ao transfigurar o território amazônico que havia preconcebido em mim, aprendi que posso reposicionar também o urbano em que vivo, e ser um pesquisador-outro em mim, onde quer que esteja.

E antes que esse texto assuste o leitor, que pode imaginar que estará diante de um livro que explora de maneira exaustiva reflexões “filosóficas” e “antropológicas”, para as quais muitos de nós da saúde têm menos abertura, digo que o texto não se encaminha por tais rotas. Pelo contrário. Ele apresenta uma linguagem direta e objetiva, característica das pesquisas bem elaboradas e em que se colocam problemas que demandam métodos consolidados, com pesquisadores experientes elaborando contribuições relevantes para se compreender o objeto em estudo.

Como professor de saúde coletiva, vejo que as análises dos dados presentes em muitos capítulos permitiriam excelentes debates em aulas de Epidemiologia Descritiva, ou em pesquisas que se debruçassem sobre temas ainda tão pouco explorados, como ao se propor estudar o perfil da estrutura física das unidades básicas de saúde e como isso pode ampliar ou restringir as possibilidades de se produzir o cuidado.

Ao mesmo tempo, creio ser relevante se evidenciar que, em sua maioria, os trabalhadores continuam com vínculos de trabalho baseados em contratos

temporárias, recolocando assim a necessidade de criticarmos o papel que boa parte das políticas públicas reservam aos trabalhadores. Também é notório que uma pesquisa feita a partir da avaliação externa realizada no âmbito de um Programa que estimulada o alcance de resultados melhores por parte dos serviços, com destinação de estímulo financeiros variados para os municípios, identificou que “a presença de qualquer incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho é muito baixa” nas diversas regiões do estado.

Posso explorar ainda muitos exemplos, para falar de como o livro tem um uso na saúde coletiva corrente e que é, por si, relevante. Ler que a pesquisa conseguiu identificar que “a maioria das equipes entrevistadas nas regiões e macrorregiões do Pará referiu que existe aumento de evidência da resolutividade da atenção básica a partir do NASF”, dá mais forças para lutar contra a medida do Governo Federal que levou a descontinuar o financiamento específico aos municípios para contratar Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

Também, é importante se identificar que, em análises criteriosas como as realizadas, tais autores apontam que “a coordenação do cuidado foi um dos principais entraves apontados nos resultados, indicando a necessidade de maior comunicação entre os diversos serviços ofertados nos mais variados níveis de atenção, garantindo cuidado em tempo oportuno, permanência do vínculo e integralidade do cuidado”.

Do mesmo modo, se compreender como, embora uma quantidade não desprezível de Equipes de Saúde da Família indique atender populações rurais e indígenas, esses grupos ainda apresentam dificuldades de acesso (no Pará! onde englobam porção importante dos moradores). Algo parecido se pôde identificar na pesquisa em relação ao acesso à assistência por Pessoas com Deficiência e às ofertas de Práticas integrativas e Complementares na AB. E, como professor universitário, não posso perder a oportunidade de refletir sobre os fatores que ainda levam a se constatar que “quanto à integração ensino-serviço na saúde todos os indicadores apontaram para baixa integração entre a equipe e os profissionais provenientes das instituições de ensino”.

E para finalizar essas indicações, pois acho que já são suficientes para apontar contribuições relevantes do livro para o debate atual: o Capítulo “RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, mais do que sintetizar para o leitor aspectos fundamentais desenvolvidos ao longo do livro, poderia ser incorporado quase sem reparos a um projeto, por exemplo, de uma candidatura a governo de estado comprometida com a melhoria da AB em seu território. E não apenas para o Pará.

Feitos tais apontamentos (dentre outros, que deixo às pessoas que se embrenharem na obra registrarem para si), retorno o fio da exposição inicial. Não por recurso técnico de manuais de produção textual, em que se orienta que é bom retomar ao final elementos apresentados na abertura, para explorar no arremate de textos. E sim porque, em alguns aspectos, é preciso reconhecer que tanto eu como também parte dos capítulos presentes no livro também não se encontram efetivamente reflorestados. Ao mesmo tempo que há muita riqueza nas análises realizadas, como indiquei nos parágrafos anteriores, também há tensionamentos consigo mesmos que se fazem perceber (ou que minha leitura, enviesada pelos meus próprios deslocamentos internos, me fazem colocar a mim mesmo). Entre a realização de uma pesquisa com o rigor acadêmico apontado desde o objeto sobre o qual se debruçam, passando pelos recortes metodológicos que se fizeram (em alguma medida, pelas próprias limitações das fontes, que também não deixam de ser escolhas dos pesquisadores), até às recomendações realizadas, disputam diferentes mundos também no livro. Parte do olhar que os autores, pesquisadores da UFPA, elaboram para a Amazônia, permite falar da AB que viram lá com palavras que também a desflorestam, pois eles mesmos reconhecem que o PMAQ é insuficiente para ver suas complexidades. Assim, lidar com tais contradições é também parte do difícil ofício de pesquisadores que, estando na Amazônia, precisam usar de ferramentas que despem a região para poder dialogar com leitores de outros mundos. Ao mesmo tempo, dialogar com essa linguagem é preciso, como forma de levar aos limites o que pode a ciência de matriz ocidental, seja em suas capacidades de ver regularidades molares, seja em suas impotências para lidar com molecularidades que transversalizam corpos rizomaticamente (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Para lidar com as tensões constitutivas de produções acadêmicas como essas, retorno a Eliane Brum, para quem “o futuro depende de nossa capacidade de transformar radicalmente o modo como nossa espécie se coloca em relação a si mesma e ao que chama de natureza. Para isso é preciso gerar não só outros conhecimentos, mas outra estrutura de pensamento e até mesmo outra linguagem” (BRUM, 2021, p. 343). Pensemos os muitos mundos que produzimos com e a partir dos pensadores amazônicos, e que nossa produção acadêmica e nossas políticas de saúde se vejam em dobras a partir de livros como este.

Felizmente, nesse desafio, temos pessoas como as que escreveram a presente obra, que se arriscaram a andar sobre esse fio de delicado equilíbrio, que nos aciona ao mesmo tempo que nos ameaça. Elas, direta ou indiretamente, nos ajudam a constatar que “o único caminho é se florestar. O futuro não está no

Velho Mundo, na Europa, nem nos Estados Unidos, essa superpotência em queda, tampouco na China, a superpotência em ascensão. Mas no sempre novo velho mundo das comunidades originárias que resistiram a todos os dominadores por séculos e se compreendem e vivem como parte orgânica da terra” (BRUM, 2021, p. 198). Sejamos povos-florestas ou nos aliemos a eles, para, independentemente de onde estivermos, renovarmos nossos conhecimentos e a nós mesmos a partir do que se cria na Amazônia Centro do Mundo.

João Pessoa, fevereiro de 2022

Luciano Bezerra Gomes
Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Referências

BRUM, E. **Banzeiro òkòtó**: uma viagem à Amazônia Centro do Mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Volume 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Tradução de Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas, SP: Papirus, 1990.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu**: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Metafísicas Canibais**: elementos para uma antropologia pós-estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

TABELAS

Capítulo I

Tabela 1

Distribuição do percentual de Unidades Básicas de Saúde, segundo presença de sinalização interna e externa, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Totem externo conforme recomendação do Ministério da Saúde																		
%	10,1	10,2	9,5	15,0	11,9	8,9	9,5	1,3	17,9	18,2	13,3	18,9	5,3	10,5	9,8	10,1	12,4	10,7
Placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização																		
%	65,5	39,0	23,8	60,0	32,8	52,6	60,0	60,0	50,0	56,4	73,3	35,8	76,6	54,8	50,8	57,0	59,4	55,0
Faixa na parede da entrada da unidade de saúde																		
%	24,5	15,3	33,3	20,0	31,3	31,1	24,8	9,3	10,7	16,4	13,3	16,8	20,2	22,6	29,0	12,0	17,5	21,6
Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde																		
%	28,1	49,2	52,4	40,0	61,2	45,9	38,1	37,3	39,3	30,9	33,3	48,4	31,9	36,4	46,6	35,4	38,9	40,2
Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro)																		
%	69,8	84,7	85,7	95,0	76,1	77,8	88,6	85,3	78,6	72,7	80,0	84,2	85,1	77,0	81,1	79,7	83,8	80,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Distribuição do percentual de Unidades Básicas de Saúde, segundo presença ou não dos componentes de acessibilidade em suas dependências, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Entrada externa adaptada para cadeira de rodas																		
Sim	61,2	61,0	47,6	40,0	70,1	68,9	62,9	48,0	71,4	81,8	66,7	72,6	83,0	58,2	67,1	63,9	75,6	66,4
Não	38,8	39,0	52,4	60,0	29,9	31,1	37,1	52,0	28,6	18,2	33,3	27,4	17,0	41,8	32,9	36,1	24,4	33,6
Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc.)																		
Sim	6,5	3,4	4,8	10,0	4,5	5,9	9,5	8,0	0,0	5,5	6,7	5,3	9,6	5,9	6,8	5,7	7,3	6,5
Não	93,5	96,6	95,2	90,0	95,5	94,1	90,5	92,0	100,0	94,5	93,3	94,7	90,4	94,1	93,2	94,3	92,7	93,5
Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas																		
Sim	38,1	33,9	38,1	40,0	53,7	41,5	44,8	41,3	57,1	50,9	53,3	46,3	52,1	37,2	45,3	47,5	50,0	44,8
Não	61,9	66,1	61,9	60,0	46,3	58,5	55,2	58,7	42,9	49,1	46,7	53,7	47,9	62,8	54,7	52,5	50,0	55,2
Piso tátil para acesso as dependências da unidade																		
Sim	25,9	27,1	14,3	10,0	34,3	25,2	21,0	8,0	14,3	32,7	15,6	29,5	24,5	23,8	25,7	17,7	24,8	23,7
Não	74,1	72,9	85,7	90,0	65,7	74,8	79,0	92,0	85,7	67,3	84,4	70,5	75,5	76,2	74,3	82,3	75,2	76,3
Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas																		
Sim	36,0	42,4	47,6	40,0	56,7	39,3	42,9	40,0	53,6	50,9	55,6	47,4	50,0	38,9	44,3	46,2	50,0	44,7
Não	64,0	57,6	52,4	60,0	43,3	60,7	57,1	60,0	46,4	49,1	44,4	52,6	50,0	61,1	55,7	53,8	50,0	55,3
Cadeira de rodas disponível e em condição de uso para deslocamento do usuário																		
Sim	48,2	47,5	38,1	30,0	34,3	52,6	57,1	46,7	85,7	60,0	51,1	48,4	81,9	45,6	50,2	58,2	62,4	53,4
Não	51,8	52,5	61,9	70,0	65,7	47,4	42,9	53,3	14,3	40,0	48,9	51,6	18,1	54,4	49,8	41,8	37,6	46,6
Sanitário para pessoa com deficiência																		
Sim	35,3	30,5	38,1	40,0	35,8	34,8	37,1	32,0	50,0	52,7	24,4	43,2	60,6	34,7	35,8	42,4	46,6	39,3
Não	64,7	69,5	61,9	60,0	64,2	65,2	62,9	68,0	50,0	47,3	75,6	56,8	39,4	65,3	64,2	57,6	53,4	60,7

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 3

Distribuição do percentual de Unidades Básicas de Saúde em reforma e ampliação, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Esta unidade está funcionando em local provisório?																		
Sim	18,7	8,5	9,5	15,0	4,5	8,9	16,2	12,0	0,0	14,5	15,6	10,5	7,4	15,1	10,4	10,8	10,3	11,6
Não	81,3	91,5	90,5	85,0	95,5	91,1	83,8	88,0	100,0	85,5	84,4	89,5	92,6	84,9	89,6	89,2	89,7	88,4
A Unidade está em reforma?																		
Sim	12,2	11,9	4,8	10,0	7,5	11,1	15,2	5,3	0,0	5,5	15,6	4,2	6,4	11,3	11,7	4,4	7,3	9,3
Não	87,8	88,1	95,2	90,0	92,5	88,9	84,8	94,7	100,0	94,5	84,4	95,8	93,6	88,7	88,3	95,6	92,7	90,7
A Unidade está em ampliação?																		
Sim	4,3	5,1	4,8	0,0	6,0	4,4	13,3	4,0	0,0	5,5	4,4	2,1	11,7	4,2	7,8	3,8	6,4	5,9
Não	95,7	94,9	95,2	100,0	94,0	95,6	86,7	96,0	100,0	94,5	95,6	97,9	88,3	95,8	92,2	96,2	93,6	94,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 4

Distribuição do percentual de Unidades Básicas de Saúde, segundo as características estruturais e ambiência, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Sanitário para os usuários																		
Sim	94,2	94,9	100,0	90,0	98,5	96,3	93,3	93,3	96,4	87,3	97,8	98,9	96,8	94,6	95,8	91,8	97,9	95,3
Não	5,8	5,1	0,0	10,0	1,5	3,7	6,7	6,7	3,6	12,7	2,2	1,1	3,2	5,4	4,2	8,2	2,1	4,7
Banheiro para funcionários																		
Sim	84,9	78,0	61,9	70,0	83,6	84,4	80,0	86,7	89,3	92,7	80,0	76,8	88,3	79,9	82,7	89,2	82,1	82,9
Não	15,1	22,0	38,1	30,0	16,4	15,6	20,0	13,3	10,7	7,3	20,0	23,2	11,7	20,1	17,3	10,8	17,9	17,1
Vestiário para funcionários																		
Sim	4,3	5,1	0,0	0,0	4,5	5,2	1,0	10,7	0,0	5,5	0,0	7,4	4,3	3,8	3,6	7,0	4,7	4,5
Não	95,7	94,9	100,0	100,0	95,5	94,8	99,0	89,3	100,0	94,5	100,0	92,6	95,7	96,2	96,4	93,0	95,3	95,5
Sala exclusiva para recepção/ espera																		
Sim	77,0	74,6	71,4	95,0	82,1	88,9	92,4	97,3	96,4	85,5	82,2	85,3	93,6	77,4	88,6	93,0	88,0	86,4
Não	23,0	25,4	28,6	5,0	17,9	11,1	7,6	2,7	3,6	14,5	17,8	14,7	6,4	22,6	11,4	7,0	12,0	13,6
Sala exclusiva de vacina																		
Sim	61,2	83,1	61,9	80,0	67,2	83,0	80,0	86,7	82,1	76,4	84,4	76,8	79,8	68,2	78,5	82,3	79,5	76,8
Não	38,8	16,9	38,1	20,0	32,8	17,0	20,0	13,3	17,9	23,6	15,6	23,2	20,2	31,8	21,5	17,7	20,5	23,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Capítulo II

Tabela 1

Distribuição dos percentuais dos profissionais entrevistados, segundo a categoria profissional, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Qual profissional entrevistado?																		
Enfermeiro	89,7	96,9	100	96,2	98,5	96,0	99,1	98,9	100	94,5	92,9	92,5	98,0	92,0	97,6	97,8	94,7	95,1
Médico	9,9	3,1	0,0	3,8	1,5	4,0	0,9	1,1	0,0	5,5	7,1	6,5	2,0	7,7	2,4	2,2	4,9	4,7
Outro profissional de nível superior da equipe	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	0,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Distribuição dos percentuais dos profissionais, segundo os tipos de vínculos dos profissionais entrevistados, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Qual o seu tipo de vínculo?																		
Servidor público estatutário	22,1	34,4	22,7	30,8	7,5	25,5	17,1	34,8	33,3	9,1	42,9	38,3	34,3	24,8	19,0	26,7	37,7	26,4
Cargo comissionado	1,9	0,0	4,5	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,6	0,6	0,0	0,4	0,8
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial	45,6	26,6	40,9	30,8	61,2	48,3	44,1	42,4	27,3	45,5	33,9	43,9	38,2	41,1	49,5	40,6	39,6	43,1
Contrato temporário por prestação de serviço	27,8	34,4	31,8	38,5	31,3	24,2	37,8	21,7	39,4	45,5	23,2	13,1	26,5	29,9	30,3	32,2	20,4	28,2
Empregado público CLT	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,5	0,0	0,0	0,4	0,3
Contrato CLT	0,8	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,4
Autônomo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outro(s)	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,9	1,1	0,0	0,0	0,0	2,8	1,0	0,8	0,6	0,6	1,5	0,9
Qual o seu agente contratante?																		
Administração direta	93,2	98,4	100,0	96,2	97,0	95,3	97,3	93,5	93,9	98,2	96,4	99,1	98,0	94,7	96,3	95,0	98,1	96,0
Consórcio intermunicipal de direito público	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	4,3	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	1,6	0,6	2,2	0,8	1,2
Consórcio intermunicipal de direito privado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1

Tabela 2 – Distribuição dos percentuais dos profissionais, segundo os tipos de vínculos dos profissionais entrevistados, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continuação)

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	MI	M2	M3	M4	PA
Fundação pública de direito público	3,0	1,6	0,0	3,8	1,5	1,3	0,9	1,1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	1,2	1,7	0,0	1,5
Fundação pública de direito privado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Organização Social (OS)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Entidade filantrópica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Organização Não Governamental (ONG)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Empresa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Cooperativa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Qual foi o mecanismo de ingresso?																		
Concurso público	21,3	34,4	18,2	30,8	7,5	24,8	18,0	34,8	33,3	9,1	42,9	38,3	33,3	24,0	19,0	26,7	37,4	26,1
Seleção pública	22,1	7,8	13,6	7,7	16,4	11,4	16,2	14,1	12,1	12,7	8,9	15,0	9,8	18,1	14,1	13,3	11,7	14,7
Outro(s)	56,7	57,8	68,2	61,5	76,1	63,8	65,8	51,1	54,5	78,2	48,2	46,7	56,9	57,9	67,0	60,0	50,9	59,2
O(a) senhor(a) tem plano de carreira?																		
Sim	3,8	10,9	4,5	7,7	1,5	8,7	6,3	17,4	27,3	7,3	7,1	12,1	22,5	5,3	6,4	16,1	15,1	9,6
Não	96,2	89,1	95,5	92,3	98,5	91,3	93,7	82,6	72,7	92,7	92,9	87,9	77,5	94,7	93,6	83,9	84,9	90,4

Tabela 2 – Distribuição dos percentuais dos profissionais, segundo os tipos de vínculos dos profissionais entrevistados, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
No plano, tem progressão por antiguidade?																		
Sim	80,0	71,4	100,0	0,0	100,0	69,2	71,4	62,5	88,9	50,0	100,0	61,5	82,6	70,0	71,4	69,0	77,5	72,7
Não	20,0	28,6	0,0	100,0	0,0	30,8	28,6	37,5	11,1	50,0	0,0	38,5	17,4	30,0	28,6	31,0	22,5	27,3
No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?																		
Sim	40,0	14,3	0,0	0,0	100,0	23,1	14,3	6,2	100,0	50,0	100,0	15,4	69,6	25,0	23,8	41,4	55,0	40,0
Não	60,0	85,7	100,0	100,0	0,0	76,9	85,7	93,8	0,0	50,0	0,0	84,6	30,4	75,0	76,2	58,6	45,0	60,0
No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?																		
Sim	20,0	100,0	100,0	50,0	100,0	53,8	71,4	62,5	77,8	50,0	100,0	61,5	82,6	55,0	61,9	65,5	77,5	67,3
Não	80,0	0,0	0,0	50,0	0,0	46,2	28,6	37,5	22,2	50,0	0,0	38,5	17,4	45,0	38,1	34,5	22,5	32,7
O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?																		
Sim	12,9	29,7	18,2	19,2	14,9	22,8	20,7	35,9	36,4	14,5	32,1	16,8	28,4	16,5	20,5	29,4	24,5	21,5
Não	87,1	70,3	81,8	80,8	85,1	77,2	79,3	64,1	63,6	85,5	67,9	83,2	71,6	83,5	79,5	70,6	75,5	78,5

Fonte: banco de dados PMAQ-AB, III ciclo 2017-2018.

Capítulo III

Tabela 1

Distribuição do percentual de equipes, segundo utilização de critérios de territorialização e população de referência, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Existe definição da área de abrangência da equipe																		
Sim	99,6	98,4	90,9	92,3	98,5	99,3	99,1	96,7	97,0	96,4	100	98,1	99,0	98,4	99,1	96,7	98,9	98,4
A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência																		
Sim	97,0	87,5	77,3	73,1	95,5	94,6	98,2	87,0	90,9	83,6	85,7	95,3	91,2	92,5	96,0	86,7	91,7	92,4
Existe população descoberta pela Atenção Básica no entorno do território de abrangência da equipe																		
Sim	71,9	76,6	72,7	84,6	58,2	47,7	33,3	64,1	45,5	78,2	82,1	52,3	62,7	73,6	45,0	65,0	62,6	61,6
Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?																		
Diariamente	61,9	87,8	75,0	77,3	84,6	78,9	70,3	83,1	53,3	74,4	93,5	78,6	78,1	68,5	78,2	76,1	82,5	75,1
Alguns dias	26,5	10,2	18,8	4,5	10,3	18,3	24,3	11,9	40,0	14,0	4,3	16,1	18,8	21,4	17,7	16,2	13,9	18,0
Raramente	11,1	0,0	6,2	13,6	5,1	2,8	5,4	3,4	6,7	11,6	0,0	5,4	3,1	9,1	4,1	6,8	3,0	6,2
Nenhum dia	0,5	2,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	1,1	0,0	0,9	0,6	0,7
Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?																		
Sim	29,7	17,2	9,1	11,5	7,5	17,4	9,0	35,9	24,2	9,1	35,7	29,0	14,7	25,1	12,5	25,6	24,9	21,5
Não	55,9	14,1	13,6	30,8	16,4	20,1	10,8	19,6	12,1	10,9	8,9	15,9	15,7	44,5	16,2	15,6	14,3	24,9
Não existe outra equipe	14,4	68,8	77,3	57,7	76,1	62,4	80,2	44,6	63,6	80,0	55,4	55,1	69,6	30,4	71,3	58,9	60,8	53,5
A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?																		
Sim	58,6	67,2	54,5	46,2	59,7	73,2	72,1	57,6	63,6	63,6	58,9	67,3	63,7	58,9	70,0	60,6	64,2	63,6
Não	27,4	26,6	27,3	34,6	28,4	16,1	20,7	26,1	27,3	27,3	28,6	19,6	18,6	27,7	20,2	26,7	21,1	23,9
Não sabe	14,1	6,2	18,2	19,2	11,9	10,7	7,2	16,3	9,1	9,1	12,5	13,1	17,6	13,3	9,8	12,8	14,7	12,6

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2

Distribuição do percentual de equipes, segundo a organização dos prontuários das Unidades Básicas de Saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares																		
Sim	89,4	90,6	72,7	42,3	89,6	87,2	96,4	80,4	75,8	72,7	80,4	67,3	70,6	85,3	90,8	77,2	71,3	82,4
Existe documento que comprove																		
Sim	97,9	100	87,5	81,8	98,3	100	99,1	100	100	95,0	97,8	98,6	97,2	97,2	99,3	98,6	97,9	98,2
Informações de saúde registradas em fichas de papel																		
Sim	98,5	100	100	100	100	100	98,2	100	87,9	92,7	92,9	85,0	99,0	98,9	99,4	95,6	92,1	96,9
Informações de saúde registradas em prontuário eletrônico																		
Sim	12,5	0,0	4,5	0,0	0,0	0,7	5,4	5,4	42,4	32,7	17,9	32,7	3,9	9,1	2,1	20,6	18,5	11,1
Tipo de prontuário eletrônico																		
e-SUS AB	93,9	0,0	100	0,0	0,0	100	100	100	100	100	100	100	100	94,1	100	100	100	98,4
Próprio	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	1,6
Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilizar a Classificação Internacional para Atenção Primária (CIAP)?																		
Para todos da equipe	25,1	14,1	13,6	7,7	25,4	36,2	42,3	35,9	54,5	41,8	42,9	39,3	31,4	21,3	36,1	41,1	37,0	32,3
Para alguns da equipe	20,2	29,7	22,7	38,5	22,4	30,9	23,4	33,7	33,3	25,5	28,6	28,0	34,3	23,2	26,6	31,1	30,6	27,1
Não	54,8	56,2	63,6	53,8	52,2	32,9	34,2	30,4	12,1	32,7	28,6	32,7	34,3	55,5	37,3	27,8	32,5	40,6
Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?																		
Para todos da equipe	64,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	40,0	85,7	83,3	90,0	80,0	50,0	62,5	85,7	78,4	79,6	75,2

Tabela 2 –

Distribuição do percentual de equipes, segundo a organização dos prontuários das Unidades Básicas de Saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continuação)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Para alguns da equipe	29,0	0,0	100	0,0	0,0	100	0,0	60,0	14,3	5,6	10,0	20,0	25,0	31,2	14,3	16,2	18,4	20,8
Não	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	25,0	6,2	0,0	5,4	2,0	4,0
Quando sua equipe tem dúvidas sobre a utilização do prontuário eletrônico, você tem um canal para sanar essa dúvida																		
Sim	96,8	0,0	100	0,0	0,0	100	100	100	100	94,4	100	97,1	75,0	96,9	100	97,3	95,9	96,8
Colegas de trabalho																		
	63,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	80,0	42,9	64,7	40,0	64,7	100	61,3	57,1	58,3	61,7	60,3
Materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde																		
	46,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	60,0	35,7	41,2	30,0	26,5	66,7	45,2	42,9	41,7	29,8	38,0
Gestão Municipal																		
	73,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100	66,7	80,0	78,6	82,4	70,0	73,5	66,7	71,0	71,4	80,6	72,3	74,4
Telessaúde																		
	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	14,3	23,5	0,0	5,9	0,0	3,2	14,3	16,7	4,3	8,3
Disque Saúde 136																		
	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	20,0	7,1	17,6	0,0	5,9	66,7	6,5	14,3	13,9	8,5	9,9
Outros																		
	16,7	0,0	100	0,0	0,0	0,0	16,7	60,0	7,1	0,0	20,0	8,8	0,0	19,4	14,3	11,1	10,6	13,2
Folha de Rosto																		
	83,9	0,0	100	0,0	0,0	100	100	100	92,9	72,2	90,0	97,1	75,0	84,4	100	83,8	93,9	88,8
Anotações SOAP – Subjetivo																		
	61,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100	83,3	100	92,9	66,7	90,0	91,4	75,0	59,4	85,7	81,1	89,8	79,2

Tabela 2

Distribuição do percentual de equipes, segundo a organização dos prontuários das Unidades Básicas de Saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Anotações SOAP – Objetivo	67,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100	83,3	100	85,7	66,7	90,0	91,4	75,0	65,6	85,7	78,4	89,8	80,0
Anotações SOAP – Avaliação	61,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100	83,3	100	92,9	77,8	80,0	94,3	100	59,4	85,7	86,5	91,8	81,6
Anotações SOAP – Plano	64,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100	83,3	80,0	92,9	66,7	90,0	91,4	100	62,5	85,7	78,4	91,8	80,0
Lista de problemas	38,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100	66,7	60,0	71,4	61,1	90,0	74,3	100	37,5	71,4	64,9	79,6	64,0
Antecedentes	51,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100	66,7	80,0	64,3	50,0	80,0	62,9	50,0	50,0	71,4	59,5	65,3	60,0

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 3

Distribuição do percentual de equipes, segundo a realização de planejamento e apoio institucional, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A sua equipe realiza reunião de equipe?																		
Sim	99,2	98,4	100	100	100	99,3	100	98,9	100	96,4	100	100	100	99,2	99,7	98,3	100	99,4
Periodicidade das reuniões																		
Semanal	45,6	46,0	27,3	34,6	16,4	33,1	11,7	14,3	21,2	9,4	37,5	26,2	26,5	43,8	22,4	14,1	28,7	29,6
Quinzenal	21,8	28,6	22,7	15,4	29,9	23,0	21,6	20,9	30,3	17,0	26,8	20,6	12,7	22,6	23,9	21,5	18,9	21,9
Mensal	26,4	23,8	45,5	30,8	52,2	37,8	60,4	59,3	42,4	66,0	32,1	44,9	48,0	27,4	48,5	58,2	43,4	41,9
Não definida	6,1	1,6	4,5	19,2	1,5	6,1	6,3	5,5	6,1	7,5	3,6	8,4	12,7	6,2	5,2	6,2	9,1	6,6
Realização de alguma atividade da equipe para o planejamento de suas ações																		
Sim	95,1	98,4	90,9	80,8	95,5	96,6	98,2	97,8	100	96,4	100	97,2	98,0	94,4	96,9	97,8	98,1	96,5
Periodicidade das atividades de planejamento das ações																		
Semanal	25,6	23,8	20,0	19,0	12,5	11,8	6,4	7,8	15,2	13,2	8,9	17,3	24,0	24,6	10,1	10,8	18,1	16,7
Quinzenal	18,4	14,3	10,0	14,3	18,8	13,9	12,8	14,4	15,2	13,2	25,0	15,4	8,0	16,9	14,5	14,2	14,6	15,3
Mensal	44,8	47,6	60,0	57,1	62,5	68,1	70,6	64,4	48,5	71,7	55,4	59,6	54,0	46,9	67,8	63,6	56,5	57,8
Bimestral	3,6	0,0	10,0	9,5	1,6	1,4	3,7	3,3	6,1	0,0	0,0	2,9	2,0	3,7	2,2	2,8	1,9	2,7
Trimestral	4,0	3,2	0,0	0,0	1,6	1,4	1,8	0,0	3,0	1,9	3,6	1,9	1,0	3,4	1,6	1,1	1,9	2,2
Semestral	2,8	9,5	0,0	0,0	1,6	0,7	2,8	6,7	6,1	0,0	7,1	2,9	8,0	3,7	1,6	4,5	5,8	3,7
Anual	0,8	1,6	0,0	0,0	1,6	2,8	1,8	3,3	6,1	0,0	0,0	0,0	3,0	0,8	2,2	2,8	1,2	1,6
Realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde																		
%	74,1	78,1	81,8	50,0	77,6	83,2	88,3	84,8	97,0	80,0	82,1	79,4	78,4	73,6	83,8	85,6	79,6	79,8

Tabela 3 –Distribuição do percentual de equipes, segundo a realização de planejamento e apoio institucional, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continuação)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Consideração dos resultados alcançados em ciclos anteriores de participação do PMAQ na organização do processo de trabalho da equipe																		
Sim	56,7	73,4	31,8	53,8	59,7	67,1	72,1	59,8	75,8	67,3	53,6	66,4	76,5	57,9	67,3	65,0	67,5	63,9
Não	19,4	12,5	18,2	19,2	22,4	16,1	14,4	16,3	6,1	16,4	16,1	17,8	10,8	18,1	16,8	14,4	14,7	16,4
Não participou	24,0	14,1	50,0	26,9	17,9	16,8	13,5	23,9	18,2	16,4	30,4	15,9	12,7	24,0	15,9	20,6	17,7	19,7
Realização de algum processo de autoavaliação pela equipe no último ano																		
Sim	84,4	89,1	77,3	73,1	85,1	80,5	95,5	85,9	87,9	80,0	83,9	87,9	90,2	84,0	86,5	84,4	87,9	85,7
Instrumento realizado de autoavaliação (%)																		
AMQ impresso	30,2	29,8	5,9	52,6	38,6	54,2	46,2	62,0	58,6	34,1	36,2	59,6	37,0	30,2	48,1	53,3	45,9	42,6
AMQ eletrônico	62,6	59,6	88,2	42,1	49,1	44,2	50,9	32,9	41,4	56,8	57,4	37,2	58,7	62,2	47,7	41,4	49,8	51,9
Municipal	0,5	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,7	0,0	0,5
Estadual	2,7	3,5	0,0	5,3	3,5	0,8	0,9	3,8	0,0	4,5	4,3	2,1	2,2	2,9	1,4	3,3	2,6	2,4
Outros	0,5	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,2
Outros	3,6	5,3	5,9	0,0	7,0	0,8	0,0	0,0	0,0	4,5	2,1	1,1	2,2	3,8	1,8	1,3	1,7	2,3
Equipe recebeu apoio institucional permanente para discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados																		
Sim	78,7	95,3	100	80,8	88,1	87,9	95,5	94,6	100	96,4	100	93,5	95,1	82,9	90,5	96,1	95,5	90,1
Avaliação do trabalho conjunto com o apoiador institucional																		
Muito bom	26,1	44,3	31,8	23,8	22,0	48,9	41,5	42,5	48,5	56,6	41,1	32,0	39,2	29,9	40,9	48,0	36,8	37,8
Bom	64,3	44,3	45,5	61,9	66,1	42,7	52,8	47,1	51,5	37,7	55,4	53,0	52,6	58,8	51,0	45,1	53,4	53,0

Tabela 3 – Distribuição do percentual de equipes, segundo a realização de planejamento e apoio institucional, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Razoável	9,7	11,5	22,7	14,3	11,9	6,9	5,7	8,0	0,0	5,7	3,6	15,0	8,2	11,3	7,4	5,8	9,9	8,9
Ruim	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,2	0,0	0,4
Muito ruim	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Disponibilidade de informações pela gestão que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência																		
Sim	82,5	79,7	81,8	73,1	86,6	89,9	94,6	90,2	97,0	96,4	92,9	87,9	92,2	81,3	90,8	93,3	90,6	88,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo as atividades de acolhimento e atendimento a demanda espontânea, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?																		
%	98,5	100	100	92,3	100	100	100	100	100	98,2	98,2	99,1	98,0	98,4	100	99,4	98,5	99,0
Manhã																		
%	99,2	100	100	95,8	98,5	97,3	100	98,9	100	100	96,4	99,1	99,0	99,2	98,5	99,4	98,5	98,9
Tarde																		
%	82,6	76,6	81,8	100	50,7	82,6	90,1	93,5	90,9	83,3	96,4	96,2	98,0	82,7	78,6	89,9	96,9	85,9
Noite																		
%	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	2,0	3,6	1,1	9,1	7,4	7,3	3,8	10,0	1,6	2,1	4,5	6,9	3,4
Segunda																		
%	95,8	100	90,9	100	100	96,6	98,2	97,8	97,0	98,1	96,4	97,2	98,0	96,5	97,9	97,8	97,3	97,3
Terça																		
%	95,0	100	95,5	100	97,0	95,3	96,4	96,7	97,0	96,3	96,4	97,2	95,0	96,2	96,0	96,6	96,2	96,2
Quarta																		
%	95,8	100	95,5	100	98,5	96,6	95,5	95,7	97,0	98,1	94,5	94,3	97,0	96,7	96,6	96,6	95,4	96,4
Quinta																		
%	96,1	100	90,9	100	98,5	97,3	97,3	97,8	100	96,3	98,2	95,3	92,0	96,7	97,6	97,8	94,6	96,7
Sexta																		
%	84,6	95,3	95,5	95,8	95,5	86,6	95,5	94,6	97,0	94,4	92,7	95,3	95,0	87,8	91,4	95,0	94,6	91,5
Sábado																		
%	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	2,7	3,6	1,1	12,1	5,6	5,5	2,8	9,0	1,6	2,4	4,5	5,7	3,3

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo as atividades de acolhimento e atendimento a demanda espontânea, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continuação)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Domingo																		
%	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	2,7	3,6	1,1	12,1	5,6	5,5	0,9	9,0	1,6	2,4	4,5	5,0	3,1
Qual é o principal fluxo para o acolhimento à demanda espontânea?																		
O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha																		
%	15,1	20,3	54,5	66,7	22,4	27,5	27,0	26,1	27,3	46,3	20,0	33,0	35,0	21,7	26,3	32,4	31,0	26,8
O usuário é atendido por ordem de chegada																		
%	70,7	76,6	77,3	79,2	88,1	58,4	58,6	67,4	69,7	72,2	87,3	80,2	86,0	72,6	64,5	69,3	83,9	72,4
A equipe identifica usuários com maior risco e/ou vulnerabilidade																		
%	79,5	90,6	81,8	87,5	91,0	91,3	96,4	94,6	87,9	96,3	89,1	91,5	94,0	82,1	93,0	93,9	92,0	89,3
Nenhuma das anteriores																		
%	2,3	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,8	0,8
No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:																		
Atendimento de urgência																		
%	52,1	89,1	81,8	83,3	95,5	93,3	96,4	88,0	93,9	87,0	100	84,9	95,0	62,3	94,8	88,8	92,0	82,7
Renovação de receitas de medicamentos																		
%	92,3	96,9	95,5	100	100	98,7	98,2	98,9	100	100	100	98,1	99,0	93,8	98,8	99,4	98,9	97,3
Avaliação de risco e vulnerabilidade																		
%	93,1	95,3	100	91,7	100	96,6	99,1	98,9	97,0	100	100	97,2	98,0	93,8	98,2	98,9	98,1	96,8
Outros																		
%	12,7	7,8	0,0	8,3	9,0	16,1	10,8	15,2	12,1	9,3	9,1	9,4	3,0	10,8	12,8	12,8	6,9	10,8

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo as atividades de acolhimento e atendimento a demanda espontânea, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento																		
%	64,5	78,1	50,0	75,0	71,6	77,2	90,1	84,8	93,9	74,1	72,7	85,8	74,0	66,7	80,4	83,2	78,5	76,0
Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários																		
%	76,6	86,0	72,7	55,6	85,4	80,9	86,0	80,8	90,3	90,0	90,0	80,2	85,1	76,8	83,7	85,2	83,9	82,0
O usuário pode ficar em observação até a melhora do quadro agudo, quando necessário																		
%	64,3	89,1	68,2	88,5	88,1	91,9	97,3	95,7	100	98,2	98,2	92,5	96,1	70,4	93,0	97,2	95,1	86,7
Buscar e mostrar resultados de exames																		
%	92,0	96,9	95,5	92,3	91,0	93,3	97,3	93,5	100	100	98,2	96,3	97,1	93,1	94,2	96,7	97,0	94,9
Sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação																		
%	96,2	98,4	95,5	92,3	97,0	98,7	98,2	96,7	100	100	96,4	98,1	98,0	96,3	98,2	98,3	97,7	97,5
Não dispõe dessas estratégias																		
%	2,3	0,0	4,5	3,8	3,0	1,3	0,9	3,3	0,0	0,0	0,0	1,9	1,0	2,1	1,5	1,7	1,1	1,7
A equipe tem acesso ao serviço para remoção do usuário, quando necessário																		
%	56,7	82,8	68,2	96,2	80,6	93,3	98,2	96,7	100	98,2	94,6	91,6	99,0	64,5	92,4	97,8	95,1	84,7

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes, segundo a oferta de ações e procedimentos, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe coleta exames na unidade																		
	56,3	37,5	22,7	30,8	31,3	38,9	43,2	37,0	33,3	40,0	48,2	48,6	46,1	49,3	38,8	37,2	47,5	44,0
A equipe dispõe de um documento orientador com as ações e os procedimentos ofertados ao usuário (ex.: carteira de serviços)																		
	55,9	87,5	68,2	61,5	79,1	79,2	90,1	89,1	100	78,2	80,4	83,2	89,2	62,4	82,9	87,8	84,9	77,4
Existe documento que comprove																		
	87,1	96,4	93,3	87,5	94,3	94,1	95,0	97,6	97,0	88,4	100	98,9	98,9	89,7	94,5	94,9	99,1	94,5
Quais exames são coletados/realizados na unidade?																		
Exames de sangue																		
	70,9	37,5	20,0	25,0	42,9	60,3	47,9	26,5	27,3	27,3	29,6	36,5	23,4	63,2	52,8	26,9	30,2	47,5
Urina																		
	70,9	16,7	20,0	12,5	33,3	53,4	47,9	26,5	36,4	27,3	25,9	36,5	27,7	60,0	48,0	28,4	31,0	45,5
Fezes																		
	69,6	16,7	20,0	12,5	38,1	53,4	47,9	26,5	27,3	18,2	25,9	36,5	25,5	58,9	48,8	23,9	30,2	44,6
Eletrocardiograma																		
	4,1	4,2	0,0	0,0	0,0	3,4	2,1	0,0	9,1	4,5	0,0	5,8	6,4	3,8	2,4	3,0	4,8	3,6
Nenhuma das anteriores																		
	29,1	62,5	80,0	75,0	57,1	37,9	52,1	73,5	54,5	72,7	70,4	57,7	70,2	36,8	46,5	70,1	65,1	50,7
Quais dos seguintes procedimentos sua equipe realiza?																		
Drenagem de abscesso																		
	26,6	75,0	68,2	61,5	68,7	75,8	91,0	69,6	90,9	70,9	69,6	67,3	81,4	39,7	79,5	73,9	73,2	64,2

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes, segundo a oferta de ações e procedimentos, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																			
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA	
Sutura de ferimentos	11,4	68,8	59,1	53,8	59,7	77,9	89,2	65,2	78,8	67,3	64,3	59,8	82,4	26,9	78,0	68,3	69,4	57,8	
Retirada de pontos	81,0	93,8	86,4	80,8	97,0	94,0	100	97,8	100	92,7	94,6	96,3	100	83,5	96,6	96,7	97,4	92,5	
Lavagens de ouvido	27,8	81,2	72,7	65,4	67,2	80,5	91,0	82,6	97,0	76,4	78,6	69,2	92,2	42,1	81,3	83,3	80,0	68,5	
Extração de unha	14,4	65,6	59,1	53,8	56,7	76,5	91,9	68,5	78,8	69,1	64,3	49,5	82,4	28,5	77,7	70,6	65,3	57,6	
Nebulização/inalação	51,3	92,2	68,2	88,5	79,1	95,3	99,1	93,5	100	90,9	94,6	87,9	97,1	61,9	93,3	93,9	92,8	83,0	
Curativos	81,4	100	81,8	80,8	97,0	96,6	100	98,9	100	90,9	100	96,3	99,0	84,5	97,9	96,7	98,1	93,4	
Medicações injetáveis intramusculares	87,8	98,4	95,5	92,3	95,5	99,3	99,1	97,8	97,0	98,2	100	92,5	98,0	90,4	98,5	97,8	96,2	95,2	
Medicações injetáveis endovenosas	%	62,4	90,6	86,4	88,5	91,0	95,3	99,1	96,7	100	92,7	96,4	89,7	96,1	70,4	95,7	96,1	93,6	87,0
Inserção de DIU	%	1,1	9,4	0,0	3,8	3,0	4,0	0,9	5,4	6,1	9,1	5,4	8,4	17,6	2,7	2,8	6,7	11,3	5,3
Nenhuma das anteriores	%	9,5	0,0	4,5	0,0	0,0	0,7	0,0	1,1	0,0	1,8	0,0	1,9	0,0	6,9	0,3	1,1	0,8	2,7

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 7 – Distribuição do percentual de equipes, segundo as informações correspondentes ao Agente Comunitário de Saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Existe ACS na equipe																		
%	100	100	100	100	100	99,3	100	100	97,0	100	100	100	99,0	100	99,7	99,4	99,6	99,7
Existe população descoberta de ACS																		
%	68,8	81,2	68,2	92,3	50,7	47,3	36,9	60,9	53,1	81,8	85,7	57,0	56,4	72,5	44,5	65,9	62,9	61,3
A Secretaria Municipal de Saúde fornece normas para o desenvolvimento do trabalho dos ACS																		
%	89,7	90,6	95,5	84,6	91,0	92,6	92,8	93,5	100	98,2	92,9	96,3	96,0	89,9	92,3	96,1	95,5	92,8
As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade																		
%	97,7	98,4	100	88,5	100	98,7	100	98,9	97,0	92,7	100	100	100	97,3	99,4	96,7	100	98,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Capítulo IV

Tabela 1 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo profissional entrevistado, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Assistente Social	40,7	100	100	100	85,7	40,0	84,6	0,0	0,0	0,0	100	33,3	35,3	50,0	70,0	43,5	55,3
Farmacêutico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	3,3	4,3	2,4
Fisioterapeuta	55,6	33,3	100	0,0	85,7	20,0	46,2	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	64,7	53,1	46,7	65,2	54,1
Fonoaudiólogo	37,0	33,3	0,0	0,0	28,6	10,0	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	29,4	34,4	26,7	26,1	29,4
Médico Acupunturista	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico Clínico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico do Trabalho	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico Geriatra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico Ginecologista e Obstetra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico Homeopata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico Pediatra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médico Psiquiatra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabela 1 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo profissional entrevistado, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Médico Veterinário	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nutricionista	40,7	66,7	100	100	71,4	70,0	61,5	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	35,3	46,9	66,7	39,1	51,8
Psicólogo	44,4	66,7	0,0	0,0	42,9	40,0	46,2	0,0	0,0	0,0	66,7	100	58,8	43,8	43,3	65,2	49,4
Prof. de Educação Física na Saúde	22,2	0,0	0,0	0,0	42,9	40,0	30,8	0,0	0,0	0,0	100	0,0	17,6	18,8	36,7	26,1	27,1
Terapeuta Ocupacional	25,9	33,3	0,0	0,0	28,6	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	5,9	25,0	16,7	8,7	17,6
Sanitarista	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Educador Social	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	11,8	0,0	0,0	13,0	3,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017- 2018

Tabela 2 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo a Gestão do Nasf em âmbito municipal, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Existência de responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município																	
Sim	88,9	100	100	100	100	80,0	92,3	0,0	0,0	0,0	100	100	100	90,6	90,0	100	92,9
Não	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,4	10,0	0,0	7,1
Realização de encontros mensais entre a equipe do NASF e sua referência técnica/coordenação																	
Sim	91,7	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	88,2	93,1	100	91,3	94,9
Não	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	6,9	0,0	8,7	5,1
Mediação ativa e monitoramento dos pactos de trabalho colaborativo entre profissionais do NASF e das ESF																	
Sim	87,5	66,7	100	100	85,7	62,5	91,7	0,0	0,0	0,0	100	66,7	94,1	86,2	81,5	91,3	86,1
Não	12,5	33,3	0,0	0,0	14,3	37,5	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	5,9	13,8	18,5	8,7	13,9
Planejamento das atividades do NASF																	
Sim	91,7	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	93,1	100	100	97,5
Não	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	2,5
Monitoramento e avaliação das atividades do NASF																	
Sim	100	100	100	100	100	100	91,7	0,0	0,0	0,0	100	100	100	100	96,3	100	98,7
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	1,3
Oferta de atividades pedagógicas (capacitações, cursos etc.)																	
Sim	66,7	100	100	100	100	87,5	83,3	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	88,2	72,4	88,9	82,6	81,0
Não	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	16,7	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	11,8	27,6	11,1	17,4	19,0
Apoio para articulação intersetorial																	
Sim	79,2	100	100	0,0	100	100	83,3	0,0	0,0	0,0	100	100	88,2	79,3	92,6	91,3	87,3
Não	20,8	0,0	0,0	100	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	20,7	7,4	8,7	12,7
Apoio para articulação intrasetorial																	
Sim	70,8	100	100	0,0	100	100	83,3	0,0	0,0	0,0	66,7	100	82,4	72,4	92,6	82,6	82,3
Não	29,2	0,0	0,0	100	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	17,6	27,6	7,4	17,4	17,7

Tabela 2 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo a Gestão do Nasf em âmbito municipal, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Número de equipes de Atenção Básica que o NASF apoia																	
2	3,7	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	3,1	3,3	4,3	3,5
3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	1,2
4	14,8	33,3	0,0	0,0	14,3	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	15,6	6,7	4,3	9,4
5	11,1	0,0	100	0,0	14,3	10,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,5	12,5	10,0	17,4	12,9
6	18,5	66,7	0,0	100	14,3	20,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,5	25,0	13,3	17,4	18,8
7	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	15,4	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	23,5	12,5	13,3	21,7	15,3
8	11,1	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	9,4	6,7	4,3	7,1
9	14,8	0,0	0,0	0,0	14,3	10,0	38,5	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	5,9	12,5	23,3	8,7	15,3
10	11,1	0,0	0,0	0,0	14,3	40,0	7,7	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	11,8	9,4	20,0	21,7	16,5
Existência de diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF																	
Sim	81,5	66,7	100	0,0	100	60,0	69,2	0,0	0,0	0,0	100	66,7	76,5	78,1	73,3	78,3	76,5
Não	14,8	0,0	0,0	100	0,0	30,0	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	11,8	15,6	20,0	13,0	16,5
Não sabe/Não respondeu	3,7	33,3	0,0	0,0	0,0	10,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	6,2	6,7	8,7	7,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017- 2018

Tabela 3 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo incorporação da educação permanente no processo de trabalho do Nasf, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
O NASF promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica?																	
Sim	96,3	66,7	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	66,7	100	93,8	100	95,7	96,5
Não	3,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	6,2	0,0	4,3	3,5
O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes?																	
Sim	100	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	100	100	95,7	98,8
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	4,3	1,2
Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente?																	
Profissionais da Equipe de Atenção Básica																	
Sim	92,6	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	66,7	100	100	93,8	100	95,5	96,4
Não	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	6,2	0,0	4,5	3,6
Profissionais do NASF																	
Sim	96,3	100	100	0,0	100	100	100	0,0	0,0	0,0	66,7	100	87,5	93,8	100	86,4	94,0
Não	3,7	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	12,5	6,2	0,0	13,6	6,0
Gestão municipal																	
Sim	51,9	66,7	0,0	0,0	85,7	60,0	69,2	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	37,5	50,0	70,0	45,5	56,0
Não	48,1	33,3	100	100	14,3	40,0	30,8	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	62,5	50,0	30,0	54,5	44,0
Nenhuma das anteriores																	
Sim	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Não	100	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	100	100	100	100
A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica?																	
Sim	70,4	66,7	100	100	85,7	80,0	84,6	0,0	0,0	0,0	66,7	100	70,6	71,9	83,3	73,9	76,5
Não	29,6	33,3	0,0	0,0	14,3	20,0	15,4	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	29,4	28,1	16,7	26,1	23,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017- 2018

Tabela 4 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo coordenação do cuidado e integração na rede de atenção à saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Nos últimos três meses o NASF foi acionado para atendimento não programado no mesmo dia?																	
Sim	96,3	66,7	100	100	100	90,0	92,3	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	93,8	93,3	95,7	94,1
Não	3,7	33,3	0,0	0,0	0,0	10,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	6,2	6,7	4,3	5,9
O NASF analisa as solicitações de apoio das equipes, identificando suas principais demandas?																	
Sim	100	100	100	0,0	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	96,9	100	100	98,8
Não	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	1,2
O NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco?																	
Sim	88,9	100	100	0,0	100	80,0	100	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	87,5	93,3	95,7	91,8
Não	11,1	0,0	0,0	100	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	12,5	6,7	4,3	8,2
O NASF realiza, mediado pela eAB, a gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas?																	
Sim	81,5	66,7	100	100	85,7	60,0	76,9	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	81,2	73,3	95,7	82,4
Não	18,5	33,3	0,0	0,0	14,3	40,0	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	18,8	26,7	4,3	17,6
Há evidências de aumento da resolutividade da Atenção Básica a partir do NASF?																	
Sim	100	66,7	100	100	100	90,0	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	96,9	96,7	100	97,6
Não	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	3,3	0,0	2,4
Qualificação dos encaminhamentos para a atenção especializada																	
Sim	85,2	100	100	100	100	55,6	76,9	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	87,1	75,9	95,7	85,5
Não	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	44,4	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	12,9	24,1	4,3	14,5
Redução dos encaminhamentos para a atenção especializada																	
Sim	74,1	50,0	0,0	0,0	85,7	66,7	92,3	0,0	0,0	0,0	100	100	88,2	67,7	82,8	91,3	79,5
Não	25,9	50,0	100	100	14,3	33,3	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	32,3	17,2	8,7	20,5
Mudança no perfil dos casos compartilhados entre eAB e NASF																	
Sim	77,8	50,0	100	100	85,7	77,8	76,9	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	94,1	77,4	79,3	87,0	80,7
Não	22,2	50,0	0,0	0,0	14,3	22,2	23,1	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	5,9	22,6	20,7	13,0	19,3

Tabela 4 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo coordenação do cuidado e integração na rede de atenção à saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continuação)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Melhora dos indicadores de saúde da população do território																	
Sim	77,8	100	100	100	100	77,8	69,2	0,0	0,0	0,0	100	66,7	100	80,6	79,3	95,7	84,3
Não	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	30,8	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	19,4	20,7	4,3	15,7
Aumento do número de casos concluídos pelo NASF																	
Sim	85,2	100	100	100	100	88,9	92,3	0,0	0,0	0,0	100	66,7	100	87,1	93,1	95,7	91,6
Não	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	12,9	6,9	4,3	8,4
Maior diversidade de ações ofertadas na AB																	
Sim	92,6	100	100	100	100	100	92,3	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	100	93,5	96,6	91,3	94,0
Não	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	6,5	3,4	8,7	6,0
O NASF auxilia a eAB a fim de qualificar os encaminhamentos de usuários para outros serviços de saúde?																	
Sim	100	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	100	100	100	100
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Discussão de casos																	
Sim	96,3	100	100	100	100	90,0	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	96,9	96,7	100	97,6
Não	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	3,3	0,0	2,4
Análise das listas de espera para determinadas especialidades e discussão dos motivos de encaminhamento																	
Sim	51,9	66,7	100	100	85,7	50,0	84,6	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	82,4	56,2	73,3	78,3	68,2
Não	48,1	33,3	0,0	0,0	14,3	50,0	15,4	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	17,6	43,8	26,7	21,7	31,8
Capacitação da equipe																	
Sim	88,9	66,7	0,0	100	100	100	84,6	0,0	0,0	0,0	66,7	100	94,1	84,4	93,3	91,3	89,4
Não	11,1	33,3	100	0,0	0,0	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	5,9	15,6	6,7	8,7	10,6

Tabela 4 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo coordenação do cuidado e integração na rede de atenção à saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
O NASF tem acesso à contrarreferência dos usuários encaminhados (por ele ou pela ESF)?																	
Sempre	7,4	33,3	100	0,0	0,0	20,0	7,7	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	35,3	12,5	10,0	39,1	18,8
Na maioria das vezes	37,0	33,3	0,0	0,0	42,9	40,0	61,5	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	23,5	34,4	50,0	21,7	36,5
Algumas vezes	37,0	33,3	0,0	0,0	42,9	40,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	35,3	34,4	30,0	26,1	30,6
Nunca	18,5	0,0	0,0	100	14,3	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	5,9	18,8	10,0	13,0	14,1
Com que frequência os profissionais do NASF, mediados pela eAB, entram em contato com profissionais da rede de referência para trocar informações sobre os pacientes encaminhados?																	
Sempre	22,2	66,7	0,0	0,0	14,3	50,0	38,5	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	47,1	25,0	36,7	52,2	36,5
Na maioria das vezes	22,2	33,3	100	100	57,1	20,0	23,1	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	23,5	28,1	30,0	21,7	27,1
Algumas vezes	40,7	0,0	0,0	0,0	28,6	20,0	30,8	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	23,5	34,4	26,7	21,7	28,2
Nunca	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	12,5	6,7	4,3	8,2
Com que frequência os profissionais da rede contatam o NASF, mediados pela eAB, para trocar informações sobre os pacientes encaminhados?																	
Sempre	22,2	33,3	100	100	42,9	60,0	30,8	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	58,8	28,1	43,3	56,5	41,2
Na maioria das vezes	25,9	33,3	0,0	0,0	42,9	10,0	30,8	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	5,9	25,0	26,7	17,4	23,5
Algumas vezes	29,6	33,3	0,0	0,0	14,3	20,0	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,5	28,1	20,0	17,4	22,4
Nunca	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	18,8	10,0	8,7	12,9
O NASF desenvolve atividades com equipes de outros serviços de saúde/pontos de atenção à saúde que não seja a UBS?																	
Sim	85,2	100	0,0	100	71,4	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	84,4	93,3	100	91,8
Não	14,8	0,0	100	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,6	6,7	0,0	8,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017- 2018

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo o fortalecimento das ações intersetoriais, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
O NASF desenvolve atividades que contam com a participação de outros setores sociais ou com entidades da sociedade civil?																	
Sim	81,5	100	100	100	100	100	92,3	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	84,4	96,7	95,7	91,8
Não	18,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	15,6	3,3	4,3	8,2
Educação																	
Sim	95,5	100	100	0,0	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	92,6	100	100	97,4
Não	4,5	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4	0,0	0,0	2,6
Assistência social (CRAS, CREAS, Centro de Juventude etc.)																	
Sim	95,5	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	100	96,3	100	100	98,7
Não	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	1,3
Cultura, Esporte e Lazer																	
Sim	72,7	66,7	0,0	100	85,7	70,0	33,3	0,0	0,0	0,0	100	100	62,5	70,4	58,6	72,7	66,7
Não	27,3	33,3	100	0,0	14,3	30,0	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5	29,6	41,4	27,3	33,3
Associações de bairro																	
Sim	77,3	66,7	0,0	100	57,1	70,0	50,0	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	56,2	74,1	58,6	59,1	64,1
Não	22,7	33,3	100	0,0	42,9	30,0	50,0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	43,8	25,9	41,4	40,9	35,9
Instituições religiosas diversas																	
Sim	63,6	100	100	100	71,4	70,0	66,7	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	75,0	70,4	69,0	72,7	70,5
Não	36,4	0,0	0,0	0,0	28,6	30,0	33,3	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	25,0	29,6	31,0	27,3	29,5
ONGs																	
Sim	13,6	33,3	0,0	0,0	28,6	30,0	25,0	0,0	0,0	0,0	100	33,3	25,0	14,8	27,6	36,4	25,6
Não	86,4	66,7	100	100	71,4	70,0	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	75,0	85,2	72,4	63,6	74,4
O gestor de saúde (secretário, coordenadores da Atenção Básica e de Unidades Básicas de Saúde) favorece, estimula e orienta o desenvolvimento de práticas intersetoriais																	
Sim	85,2	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	87,5	100	95,7	94,1
Não	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	12,5	0,0	4,3	5,9

Tabela 5

Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo o fortalecimento das ações intersetoriais, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	MI	M2	M4	PA
O NASF participa das ações do Programa Saúde na Escola?																	
Sim	100	100	100	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	88,2	100	100	91,3	97,6
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	0,0	0,0	8,7	2,4
O NASF participa das ações do Programa Bolsa Família?																	
Sim	74,1	100	0,0	100	85,7	90,0	92,3	0,0	0,0	0,0	100	66,7	64,7	75,0	90,0	69,6	78,8
Não	25,9	0,0	100	0,0	14,3	10,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	35,3	25,0	10,0	30,4	21,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017- 2018

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo a qualificação do cuidado na Atenção Básica, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	MI	M2	M4	PA
A equipe NASF realiza planejamento de suas ações a partir de diagnóstico do território?																	
Sim	85,2	100	100	0,0	100	90,0	100	0,0	0,0	0,0	100	66,7	94,1	84,4	96,7	91,3	90,6
Não	14,8	0,0	0,0	100	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	5,9	15,6	3,3	8,7	9,4
As ações do NASF são planejadas de forma articulada ao planejamento das Equipes de Atenção Básica?																	
Sempre	59,3	100	0,0	100	57,1	60,0	84,6	0,0	0,0	0,0	66,7	100	52,9	62,5	70,0	60,9	64,7
Na maioria das	25,9	0,0	0,0	0,0	28,6	40,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	35,3	21,9	26,7	26,1	24,7
Algumas vezes	14,8	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	5,9	12,5	3,3	8,7	8,2
Nunca	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	3,1	0,0	4,3	2,4
A equipe NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho?																	
Sim	100	100	100	100	100	90,0	100	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	100	96,7	95,7	97,6
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	3,3	4,3	2,4
O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?																	
Sim	85,2	100	0,0	0,0	71,4	70,0	100	0,0	0,0	0,0	100	33,3	88,2	81,2	83,3	82,6	82,4
Não	14,8	0,0	100	100	28,6	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	11,8	18,8	16,7	17,4	17,6
O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos 12 meses?																	
Sim	81,5	66,7	100	100	85,7	100	100	0,0	0,0	0,0	100	100	94,1	81,2	96,7	95,7	90,6
Não	18,5	33,3	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	18,8	3,3	4,3	9,4
Consultas compartilhadas entre profissionais da equipe do NASF e com a ESF																	
Sim	96,3	100	100	100	100	80,0	100	0,0	0,0	0,0	100	66,7	94,1	96,9	93,3	91,3	94,1
Não	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	5,9	3,1	6,7	8,7	5,9
Grupos terapêuticos ou operativos – Geral																	
Sim	100	66,7	100	100	85,7	100	84,6	0,0	0,0	0,0	100	100	82,4	96,9	90,0	87,0	91,8
Não	0,0	33,3	0,0	0,0	14,3	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,6	3,1	10,0	13,0	8,2
Ações de vigilância em saúde																	
Sim	70,4	100	0	0	71,4	60	61,5	0	0	0	66,7	66,7	76,5	68,8	63,3	73,9	68,2
Não	29,6	0	100	100	28,6	40	38,5	0	0	0	33,3	33,3	23,5	31,2	36,7	26,1	31,8

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes do Nasf, segundo a qualificação do cuidado na Atenção Básica, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular para casos complexos																	
Sim	77,8	66,7	0	0	71,4	60	84,6	0	0	0	33,3	66,7	70,6	71,9	73,3	65,2	70,6
Não	22,2	33,3	100	100	28,6	40	15,4	0	0	0	66,7	33,3	29,4	28,1	26,7	34,8	29,4
Há definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional do NASF?																	
Sim	85,2	100	100	100	85,7	100	100	0	0	0	100	66,7	100	87,5	96,7	95,7	92,9
Não	14,8	0	0	0	14,3	0	0	0	0	0	0	33,3	0	12,5	3,3	4,3	7,1
A equipe NASF tem dificuldades de locomoção para desenvolver suas atividades no território (por grandes distâncias ou ausência de veículo)?																	
Sim	85,2	66,7	100	100	28,6	50	46,2	0	0	0	66,7	66,7	47,1	84,4	43,3	52,2	61,2
Não	14,8	33,3	0	0	71,4	50	53,8	0	0	0	33,3	33,3	52,9	15,6	56,7	47,8	38,8
O NASF registra suas ações em prontuários comuns com as equipes de Atenção Básica?																	
Sim	88,9	100	100	100	85,7	100	100	0	0	0	66,7	66,7	94,1	90,6	96,7	87	91,8
Não	11,1	0	0	0	14,3	0	0	0	0	0	33,3	33,3	5,9	9,4	3,3	13	8,2
O NASF analisa a efetividade das atividades coletivas que produz ou participa?																	
Sim	92,6	100	100	100	100	100	100	0	0	0	100	100	94,1	93,8	100	95,7	96,5
Não	7,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9	6,2	0	4,3	3,5
O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território?																	
Sim	96,3	100	100	0	71,4	90	100	0	0	0	100	100	94,1	93,8	90	95,7	92,9
Não	3,7	0	0	100	28,6	10	0	0	0	0	0	0	5,9	6,2	10	4,3	7,1
A equipe do NASF desenvolve suas atividades de forma integrada com as EABs?																	
Sim	100	100	100	100	85,7	100	100	0	0	0	100	100	100	100	96,7	100	98,8
Não	0	0	0	0	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,3	0	1,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017- 2018

Capítulo V

Tabela 1 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão																		
Sim	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?																		
Sim	75,3	84,4	72,7	57,7	73,1	80,5	91,9	76,1	90,9	80	89,3	83,2	84,3	75,5	82,9	80	84,9	80,5
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?																		
Sim	96,6	96,9	95,5	88,5	95,5	97,3	98,2	95,7	100	96,4	94,6	96,3	96,1	96	97,2	96,7	95,8	96,4
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?																		
Sim	96,2	100	90,9	100	98,5	97,3	97,3	100	100	96,4	94,6	91,6	92,2	96,8	97,6	98,9	92,5	96,3
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?																		
Sim	89	95,3	72,7	73,1	91	95,3	90,1	92,4	97	92,7	87,5	96,3	84,3	88	92,7	93,3	89,8	90,6
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?																		
Sim	95,8	98,4	90,9	92,3	97	97,3	97,3	94,6	97	98,2	91,1	96,3	96,1	95,7	97,2	96,1	95,1	96,1
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?																		
Sim	76	79,7	36,4	42,3	71,6	80,5	78,4	63	75,8	60	73,2	72,9	65,7	72	78	64,4	70,2	72,1
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?																		
Sim	73,8	76,6	54,5	65,4	79,1	82,6	84,7	70,7	69,7	76,4	75	84,1	75,5	72,5	82,6	72,2	78,9	76,8
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?																		
Sim	66,9	67,2	31,8	26,9	52,2	69,8	65,8	52,2	57,6	56,4	51,8	65,4	59,8	62,1	64,8	54,4	60,4	61,3

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes?																		
Sim	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?																		
Sim	76,4	87,5	72,7	76,9	67,2	85,2	91	78,3	90,9	81,8	87,5	86	87,3	78,1	83,5	81,7	86,8	82,2
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?																		
Sim	76,4	82,8	40,9	42,3	65,7	78,5	81,1	67,4	81,8	67,3	71,4	71	66,7	73,1	76,8	70	69,4	72,8
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com DM?																		
Sim	93,2	98,4	81,8	96,2	98,5	95,3	97,3	98,9	100	90,9	94,6	89,7	93,1	93,6	96,6	96,7	92,1	94,6
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com DM que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?																		
Sim	77,2	71,9	59,1	69,2	77,6	84,6	83,8	70,7	78,8	78,2	85,7	84,1	75,5	74,7	82,9	74,4	81,1	78,5
A equipe possui o registro dos usuários com DM de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?																		
Sim	66,9	70,3	36,4	26,9	56,7	67,8	67,6	53,3	63,6	50,9	57,1	64,5	59,8	62,9	65,4	54,4	61,1	61,9
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?																		
Sim	92,8	95,3	77,3	76,9	91	96	97,3	92,4	100	96,4	85,7	96,3	97,1	91,2	95,4	95	94,3	93,7
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?																		
Sim	79,5	82,8	68,2	42,3	80,6	78,5	85,6	68,5	57,6	78,2	85,7	79,4	66,7	76,8	81,3	69,4	75,8	76,7
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?																		
Sim	20,9	26,6	9,1	11,5	31,3	26,8	36	23,9	45,5	52,7	42,9	28	36,3	20,5	30,9	36,7	34,3	29,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 3 – Distribuição do percentual de equipes, segundo ações de atenção à Pessoa com Obesidade, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?																		
Sim	98,9	96,9	95,5	100	98,5	99,3	100	100	97	100	100	99,1	100	98,4	99,4	99,4	99,6	99,1
Após a identificação de usuário com obesidade, a equipe realiza alguma ação?																		
Sim	95,4	96,8	100	96,2	97	95,9	97,3	96,7	100	100	98,2	97,2	99	95,9	96,6	98,3	98,1	97
A equipe realiza de acompanhamento deste usuário na UBS?																		
Sim	72,6	86,7	76,2	80	85,9	77,5	78,7	80,9	68,8	70,9	78,2	69,9	79,2	75,7	79,6	75,6	75,3	76,7
A equipe oferta ações voltadas à atividade física?																		
Sim	52,4	63,3	28,6	44	51,6	56,3	52,8	40,4	46,9	60	41,8	44,7	47,5	52,3	54,1	47,7	45,2	50,4
A equipe oferta ações voltadas à alimentação saudável?																		
Sim	65,3	70	42,9	32	71,9	65,5	61,1	55,1	46,9	49,1	61,8	52,4	58,4	62,4	65,3	51,7	56,8	60,2
A equipe aciona a equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS?																		
Sim	71	81,7	61,9	68	68,8	86,6	94,4	20,2	59,4	85,5	78,2	73,8	82,2	72	85,7	47,7	78	73,4
A equipe encaminha para serviço especializado?																		
Sim	79,8	88,3	57,1	56	85,9	73,2	67,6	83,1	78,1	61,8	70,9	65	61,4	78,2	73,9	75,6	64,9	73,4
A equipe oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso?																		
Sim	37,9	40	9,5	20	32,8	40,8	39,8	29,2	40,6	32,7	29,1	28,2	31,7	35,3	38,9	32,4	29,7	34,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Capítulo IV

Tabela 1 – Descrição percentual das equipes, segundo ações de controle da tuberculose, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACROREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe de atenção básica que possui registro do número de usuários de tuberculose																		
Sim	98,1	85,9	95,5	100	98,5	94,6	96,4	90,2	97,0	94,5	92,9	79,4	73,5	96,0	96,0	92,8	80,0	91,8
Quando há usuário diagnosticado com Tuberculose a equipe:																		
Realiza a consulta	100	95,3	95,5	96,2	98,5	98,0	99,1	96,7	90,9	98,2	96,4	97,2	94,1	98,7	98,5	96,1	95,8	97,6
Encaminha para referência	0,0	4,7	4,5	3,8	1,5	2,0	0,9	3,3	9,1	1,8	3,6	2,8	5,9	1,3	1,5	3,9	4,2	2,4
Qual a disponibilidade de oferta de consulta para pessoas com tuberculose?																		
Diariamente	80,6	83,6	85,7	88,0	75,8	75,3	79,1	80,9	93,3	81,5	81,5	88,5	85,4	81,9	76,7	83,2	85,8	81,5
Entre 2 a 4 vezes na semana	8,4	8,2	9,5	8,0	9,1	12,3	9,1	4,5	6,7	9,3	9,3	8,7	6,2	8,4	10,6	6,4	7,9	8,6
Menos de 2 vezes na semana	11,0	8,2	4,8	4,0	15,2	12,3	11,8	14,6	0,0	9,3	9,3	2,9	8,3	9,7	12,7	10,4	6,3	9,9
A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário																		
Sim	41,4	59,0	38,1	28,0	37,9	44,5	46,4	24,7	40,0	44,4	50,0	35,6	45,8	43,2	43,8	33,5	42,5	41,7
A equipe realiza a notificação de casos de tuberculose na unidade																		
Sim	98,5	98,4	100	100	100	100	98,2	96,6	100	100	98,1	97,1	95,8	98,6	99,4	98,3	96,9	98,4
A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado do usuário?																		
Sim	92,4	100	85,7	88,0	93,9	93,8	94,5	96,6	96,7	88,9	96,3	87,5	91,7	93,0	94,1	94,2	90,9	93,0
A equipe realiza busca ativa para sintomático respiratório																		
Sim	95,1	98,4	90,5	80,0	100	98,6	96,4	96,6	96,7	96,3	100	91,3	92,7	94,3	98,1	96,5	93,7	95,6
A equipe realiza busca ativa para pessoas contatos de tuberculose																		
Sim	96,6	100	95,2	92,0	100	98,6	96,4	94,4	96,7	98,1	100	95,2	91,7	96,8	98,1	96,0	94,9	96,6
A equipe realiza busca ativa para faltosos do tratamento (até o período de 29 dias)																		
Sim	97,0	98,4	95,2	92,0	95,5	96,6	93,6	95,5	96,7	98,1	98,1	92,3	90,6	96,8	95,3	96,5	92,9	95,4
A equipe realiza busca ativa para abandono de tratamento (após o período de 30 dias)																		
Sim	95,1	98,4	95,2	92,0	92,4	95,9	91,8	94,4	96,7	96,3	98,1	92,3	89,6	95,4	93,8	95,4	92,5	94,3

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Descrição percentual das equipes, segundo ações de controle à Hanseníase, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACROREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase																		
	94,3	95,3	86,4	100	95,5	96	92,8	90,2	97	100	94,6	89,7	89,2	94,4	94,8	94,4	90,6	93,6
Quando há usuário diagnosticado com Hanseníase a equipe:																		
Realiza consulta	95,4	96,9	95,5	96,2	97	98	99,1	95,7	93,9	100	98,2	96,3	98	95,7	98,2	96,7	97,4	96,9
Encaminha para referência	4,6	3,1	4,5	3,8	3	2	0,9	4,3	6,1	0	1,8	3,7	2	4,3	1,8	3,3	2,6	3,1
A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase																		
Sim	88,4	87,1	90,5	100	98,5	93,8	94,5	85,2	96,8	100	98,2	96,1	97	89,1	95	92	96,9	93,1
Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade																		
Sim	98,8	96,8	90,5	100	93,8	95,9	95,5	95,5	100	98,2	98,2	98,1	98	98,1	95,3	97,1	98,1	97,1
A equipe realiza notificação de casos de hanseníase na unidade																		
Sim	98,4	96,8	100	100	98,5	98,6	98,2	98,9	100	100	98,2	98,1	97	98,3	98,4	99,4	97,7	98,4
A equipe faz acompanhamento dos usuários encaminhados para serviços de saúde de referência																		
Sim	98	98,4	95,2	96	98,5	95,9	96,4	90,9	100	94,5	96,4	97,1	91	97,8	96,6	93,7	94,6	96
A equipe realiza busca ativa para sintomático (lesões na pele)																		
Sim	94,8	100	100	96	100	96,6	97,3	97,7	96,8	98,2	100	99	98	96,1	97,5	97,7	98,8	97,4
A equipe realiza busca ativa para pessoas contatos de hanseníase																		
Sim	97,2	100	90,5	96	100	97,3	96,4	96,6	96,8	100	100	98,1	95	97,2	97,5	97,7	97,3	97,4
A equipe realiza busca ativa para faltosos do tratamento																		
Sim	97,2	100	100	92	98,5	95,2	93,6	95,5	93,5	98,2	98,2	98,1	94	97,5	95,3	96	96,5	96,4
A equipe realiza busca ativa para abandono de tratamento																		
Sim	95,2	100	100	92	93,8	94,5	91,8	95,5	93,5	96,4	98,2	97,1	92	96,1	93,5	95,4	95,3	95,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Capítulo VII

Tabela 1 – Distribuição dos percentuais das equipes de atenção básica que atendem a população rural e indígena e as comunidades tradicionais, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?																		
Sim	16,7	54,7	86,4	61,5	67,2	67,8	69,4	78,3	87,9	87,3	78,6	71	80,4	30,4	68,2	82,8	76,2	60
Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe	44,1	21,9	9,1	15,4	16,4	21,5	12,6	8,7	9,1	9,1	16,1	16,8	12,7	36,3	17,4	8,9	15,1	21,7
Quilombolas																		
	18,6	45,7	26,3	12,5	22,2	5,9	13	16,7	3,4	4,2	9,1	2,6	4,9	27,4	11,7	10,1	5	12
Indígenas																		
	16,3	8,6	5,3	0	13,3	11,9	2,6	30,6	51,7	45,8	38,6	18,4	40,7	9,7	9	39,6	31,8	22,4
Pescadores																		
	51,2	60	52,6	50	35,6	27,7	53,2	65,3	62,1	52,1	52,3	21,1	29,6	54	38,1	60,4	31,3	43,6
Ribeirinhos																		
	53,5	71,4	78,9	87,5	42,2	22,8	31,2	72,2	55,2	45,8	54,5	22,4	22,2	68,1	29,6	60,4	29,4	42,6
Assentados da reforma agrária																		
	25,6	8,6	5,3	6,2	11,1	13,9	10,4	29,2	31	29,2	20,5	39,5	38,3	14,2	12,1	29,5	34,8	22,9
População rural																		
	76,7	80	78,9	81,2	91,1	94,1	93,5	91,7	93,1	93,8	97,7	98,7	88,9	78,8	93,3	92,6	94,5	91,1

Tabela 1 – Distribuição dos percentuais das equipes de atenção básica que atendem a população rural e indígena e as comunidades tradicionais, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Caboclos	16,3	11,4	21,1	0	15,6	2	7,8	29,2	27,6	4,2	13,6	3,9	6,2	13,3	6,7	20,8	7	10,9
Caiçaras	0	2,9	5,3	0	4,4	1	2,6	9,7	0	0	6,8	1,3	4,9	1,8	2,2	4,7	4	3,2
Extrativistas	4,7	14,3	10,5	12,5	6,7	6,9	7,8	29,2	24,1	25	15,9	7,9	9,9	9,7	7,2	26,8	10,4	12,8
Acampados sem-terra	9,3	0	5,3	0	0	3	2,6	16,7	13,8	10,4	15,9	22,4	25,9	4,4	2,2	14,1	22,4	11,1
Ciganos	0	2,9	0	0	4,4	0	0	13,9	3,4	8,3	2,3	1,3	8,6	0,9	0,9	10,1	4,5	3,9
Nenhuma das anteriores	2,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,2	0,9	0	0	0,5	0,3
Existe transporte disponível para a equipe, a fim de viabilizar o atendimento a essa população?	40,9	60	68,4	56,2	86,7	78,2	84,4	51,4	65,5	79,2	63,6	59,2	63,4	53,5	82,1	63,1	61,9	67,3
A equipe realiza acompanhamento dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	79,5	82,9	78,9	43,8	82,2	86,1	90,9	81,9	82,8	81,2	75	82,9	76,8	75,4	87	81,9	78,7	81,5
Existe documento que comprove?	51,4	41,4	26,7	14,3	40,5	48,3	54,3	42,4	62,5	43,6	24,2	30,2	55,6	40,7	49	46,7	39	44,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Capítulo VIII

Tabela 1 – Percentuais das Equipes de Atenção Básica do estado do Pará que realizam atenção a pessoas em sofrimento psíquico Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Usuários em sofrimento psíquico	89	85,9	77,3	69,2	86,6	94	95,5	93,5	100	87,3	89,3	86	87,3	86,4	93	92,8	87,2	89,5
Usuários de crack, álcool e outras drogas	68,4	68,8	36,4	34,6	67,2	69,1	72,1	73,9	72,7	70,9	75	70,1	69,6	64,3	69,7	72,8	70,9	68,7
Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor	81,4	81,2	63,6	76,9	79,1	87,9	93,7	94,6	97	90,9	87,5	84,1	89,2	80	88,1	93,9	86,8	86,1
Não realiza esse tipo de consulta	8,7	7,8	22,7	23,1	7,5	5,4	1,8	3,3	0	7,3	7,1	9,3	8,8	10,4	4,6	3,9	8,7	7,3
Usuários em sofrimento psíquico	90,6	97,8	92,9	77,8	98,1	92,5	99,1	96,2	100	81,8	85,7	89,3	92	91,1	95,9	92,9	89,7	92,6
Usuários de crack, álcool e outras drogas	61,5	71,7	42,9	50	58,5	64,7	64,5	65	53,3	63,6	77,1	61,3	70,7	61,5	63,5	62,3	68,1	63,6
Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor	87,3	89,1	85,7	100	86,8	87,2	96,3	92,5	100	84,1	88,6	90,7	97,3	88,3	90,4	91,6	93	90,5
Não realiza registro desses usuários	19	28,1	36,4	30,8	20,9	10,7	3,6	13	9,1	20	37,5	29,9	26,5	22,4	10,4	14,4	30,2	19,5
Consulta específica com tempo maior		59,8	57,4	43,8	42,9	69,1	63,6	53,8	59,5	64,5	47,9	53,5	50	57,7	61,2	57,1	50,9	57,1
Registro da história de vida	63,5	62,5	44,4	31,2	70,2	59,7	63,8	68,4	71	38,3	44,9	50,6	44,2	60,6	63,2	59,9	46,8	58,2

Tabela 1 – Percentuais das Equipes de Atenção Básica do estado do Pará que realizam atenção a pessoas em sofrimento psíquico Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	32,4	37,5	16,7	18,8	31,6	41,8	40	50,6	35,5	38,3	26,5	35,6	31,4	31,7	39,2	43,9	32	36
Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)	86,9	87,5	88,9	93,8	82,5	89,6	94,3	62	83,9	91,5	81,6	92	97,7	87,5	89,9	75,2	91,9	87,2
Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos	15,6	12,5	18,2	38,5	14,9	10,1	5,4	14,1	6,1	14,5	12,5	18,7	15,7	16,8	9,5	12,8	16,2	13,9
Usuários em sofrimento psíquico	80,5	91,4	87,5	80	75,9	79,6	79,5	87	76,5	82,6	85,2	86,4	90	82,5	79	83,7	87,6	82,6
Usuários de crack, álcool e outras drogas	64,8	74,3	37,5	50	69	65,6	69,9	76,1	52,9	56,5	70,4	77,3	70	64,6	67,7	66,3	72,7	67,4
Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor	84,3	80	87,5	90	86,2	89,2	93,2	91,3	88,2	73,9	88,9	93,2	96	84	90,3	86	93,4	88,1
Não realiza registro desses usuários	39,5	45,3	63,6	61,5	56,7	37,6	34,2	50	48,5	58,2	51,8	58,9	51	43,5	40,4	52,2	54,3	46,5

Fonte: Banco de Dados Pmaq-AB, III Ciclo, 2017-2018.

Capítulo IX

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros de usuário com deficiência e dos serviços prestados a esse público, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe possui registro do número dos casos de pessoas com deficiência?																		
	74	69	46	31	63	73	75	80	73	65,5	58,9	76,6	65,7	68	72	74	69	70
Existe documento que comprove?																		
	85	80	70	38	88	80	83	87	96	77,8	81,8	85,4	83,6	82	83	86	84	83
A equipe possui o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços?																		
	46	45	23	15	40	54	52	38	39	47,3	46,4	47,7	41,2	42	51	41	45	45
Existe documento que comprove?																		
	79	79	100	50	67	74	78	83	69	61,5	73,1	82,4	81	79	74	73	80	77
NASF																		
	83	75	61	75	69	87	96	26	60	98,1	87	81,4	85,7	80	86	58	84	80
Centro Especializado de Reabilitação (CER)																		
	37	71	17	40	49	42	56	36	37	35,8	70,4	35,1	40,7	42	48	36	45	43
Outros serviços																		
	51	61	50	40	43	47	39	80	53	43,4	53,7	59,8	48,4	52	44	62	54	52
Não conta com serviço/equipe de apoio																		
	11	13	18	23	9	4,7	8,1	24	9,1	3,6	3,6	9,3	10,8	12	6,7	15	8,7	10

Fonte: banco de dados Pmaq-AB, III ciclo 2017-2018.

Capítulo X

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros de realização de Práticas Integrativas e Complementares, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?																		
Sim	16,7	6,2	9,1	3,8	3	14,8	10,8	12	3	10,9	12,5	7,5	3,9	13,6	11	10	7,2	10,8
Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia																		
	27,3	0	0	0	0	77,3	16,7	9,1	0	16,7	14,3	25	25	23,5	52,8	11,1	21,1	29,8
Reiki																		
	2,3	25	0	0	0	0	8,3	0	0	16,7	0	0	0	3,9	2,8	5,6	0	3,2
Yoga																		
	9,1	0	0	0	0	0	0	9,1	0	16,7	0	25	0	7,8	0	11,1	10,5	6,5
Ayurveda																		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,5	0	0	0	0	5,3	0,8
Florais																		
	0	0	0	0	0	0	0	9,1	0	16,7	0	0	25	0	0	11,1	5,3	2,4
Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia																		
	2,3	0	0	0	0	0	16,7	9,1	0	16,7	0	0	0	2	5,6	11,1	0	4
Shantala																		
	13,6	50	0	0	0	4,5	0	9,1	0	0	42,9	0	25	15,7	2,8	5,6	21,1	11,3
Talassoterapia																		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biodança																		
	9,1	0	0	0	0	9,1	25	9,1	0	33,3	28,6	12,5	0	7,8	13,9	16,7	15,8	12,1

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros de realização de Práticas Integrativas e Complementares, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continuação)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Musicoterapia	36,4	50	0	0	50	13,6	25	36,4	0	50	28,6	37,5	25	35,3	19,4	38,9	31,6	30,6
Dança circular	22,7	25	0	0	50	0	8,3	0	100	66,7	28,6	12,5	25	21,6	5,6	27,8	21,1	17,7
Naturologia	2,3	0	0	0	0	4,5	0	9,1	0	0	0	0	25	2	2,8	5,6	5,3	3,2
Terapia comunitária	27,3	50	100	100	50	36,4	16,7	36,4	0	66,7	42,9	0	0	33,3	30,6	44,4	15,8	31,5
Terapia com Argila	6,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9	0	0	0	2,4
Sistema Rio Aberto (Movimento Vital expressivo)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,7	0	0	0	0	0	5,6	0	0,8
Osteopatia	2,3	0	0	0	0	0	8,3	0	0	0	0	0	0	2	2,8	0	0	1,6
Quiropraxia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aromaterapia, Meditação (Mindfulness), <u>Bioenergética</u>	15,9	0	0	0	0	0	0	0	0	16,7	0	25	0	13,7	0	5,6	10,5	8,1
Uso de plantas medicinais e fitoterápicos	57,1	100	100	100	100	80	83,3	100	100	100	75	100	100	62,5	81,5	100	90,9	79,5

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros de realização de Práticas Integrativas e Complementares, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica																		
	21,4	0	0	0	0	40	50	36,4	0	16,7	100	100	0	18,8	40,7	27,8	63,6	33
A equipe não realiza atividades de educação em saúde																		
Sim	32,1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	28,1	3,7	0	0	11,4
Nenhuma das anteriores																		
Sim	36,4	50	50	0	50	9,1	50	0	0	0	42,9	62,5	0	37,3	25	0	42,1	29
A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?																		
Sim	50	75	50	0	50	31,8	58,3	72,7	0	83,3	85,7	50	50	51	41,7	72,2	63,2	53,2
Os profissionais <u>tem</u> o apoio da gestão para realizar as PICs, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?																		
Sim	63,6	75	100	0	50	77,3	75	81,8	100	100	100	62,5	50	64,7	75	88,9	73,7	72,6
A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICs?																		
Sim	45,5	50	50	0	50	68,2	50	72,7	100	83,3	71,4	75	50	45,1	61,1	77,8	68,4	58,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Capítulo XI

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros de ações de Promoção da Saúde e Programa Saúde na escola, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?																		
Sim	99,2	98,4	100	92,3	97	100	99,1	100	97	98,2	100	98,1	100	98,7	99,1	98,9	99,2	99
Desenvolve ações de apoio ao autocuidado?																		
Sim	91,9	95,2	100	95,7	96,9	94,5	97,3	100	96,9	96,2	94,4	94,1	98	93,2	95,9	98,3	95,7	95,4
Desenvolve ações de promoção da cultura de paz e dos direitos humanos?																		
Sim	56	73	65	65,2	46,9	63,7	72,7	67,4	43,8	60,4	72,2	59,8	63,7	60	63,4	61	64	62,1
Desenvolve ações de promoção do desenvolvimento sustentável?																		
Sim	45,6	57,1	60	34,8	46,9	53,4	60	60,9	43,8	56,6	74,1	49	58,8	47,7	54,4	56,5	58,1	53,4
Desenvolve ações de mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade?																		
Sim	70,3	87,3	75	78,3	68,8	80,1	85,5	84,8	81,2	90,6	83,3	83,3	81,4	74	79,7	85,9	82,6	79,5
Desenvolve ações de articulação intersetorial com outros serviços públicos?																		
Sim	57,9	77,8	70	56,5	60,9	78,8	80	81,5	81,2	84,9	66,7	80,4	74,5	61,9	75,6	82,5	75,2	72,1
Desenvolve ações de organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território?																		
Sim	69,5	85,7	55	43,5	71,9	76,7	86,4	75	78,1	75,5	79,6	69,6	75,5	69,9	79,1	75,7	74	74,4
Nenhuma das anteriores																		
Sim	0,8	0	9,1	4,2	1,5	2	0	0	0	1,9	3,6	2,9	0	1,4	1,2	0,6	1,9	1,3
A equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde?																		
Sim	75,3	75	54,5	26,9	61,2	74,5	74,8	72,8	93,9	74,5	73,2	70,1	70,6	70,7	71,9	77,2	70,9	72,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos registros de atividades na Escola e Programa Saúde na Escola, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe sabe se existe o Programa Saúde na Escola no município?																		
Sim	96,2	98,4	90,9	96,2	98,5	100	100	98,9	100	98,2	100	99,1	100	96,3	99,7	98,9	99,6	98,4
A equipe participa do Programa Saúde na Escola?																		
Sim	81	95,2	75	96	92,4	93,3	98,2	96,7	100	94,4	98,2	99,1	100	84,2	94,8	96,6	99,2	92,7
É realizado planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola?																		
Sim	75,3	89,1	68,2	61,5	82,1	87,9	91	90,2	90,9	92,7	92,9	86	94,1	76,3	87,8	91,1	90,6	85,2
Realização de reuniões conjuntas entre equipe de saúde e equipe das escolas																		
Sim	92,5	98,2	100	93,3	81,1	94,5	90,9	97,6	96,7	98	100	93,3	97,9	94,1	90,7	97,5	96,6	94,3
Realização do levantamento do número de escolares atendidos na UBS																		
Sim	77,4	93	61,5	86,7	73,6	81,1	85,9	70,7	90	73,5	86,3	85,6	76,6	80,4	81,4	75,2	82,1	80,2
Utilização das informações registradas no e-SUS																		
Sim	69,9	70,2	84,6	53,3	60,4	75,6	90,9	79,3	90	71,4	80,4	71,1	79,8	69,7	78,1	78,9	76,6	75,5
Utilização das informações contidas no FORM-SUS																		
Sim	22,6	26,3	30,8	33,3	13,2	33,9	37,4	25,6	30	26,5	35,3	34,4	42,6	24,4	31,2	26,7	37,9	30,1
Não monitora as ações																		
Sim	6,1	0	13,3	6,2	3,6	3,1	2	1,2	0	3,9	1,9	2,2	2,1	5,2	2,8	1,8	2,1	3,2

Tabela 2 – Distribuição percentual dos registros de atividades na Escola e Programa Saúde na Escola, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Qual a principal forma que a equipe lida com as demandas de saúde identificadas nos estudantes?																		
Realiza diagnóstico das condições de saúde dos escolares.	19,8	23,4	27,3	7,7	22,4	20,1	18	20,7	15,2	32,7	19,6	11,2	5,9	20	19,9	23,3	10,9	18,4
Comunica à escola os casos alterados e faz recomendações para auxiliar no cuidado com o educando.	17,5	20,3	18,2	26,9	19,4	20,8	16,2	20,7	21,2	18,2	16,1	23,4	16,7	18,7	19	20	19,2	19,1
Discute casos com os profissionais da escola	5,3	1,6	0	0	6	6,7	1,8	1,1	12,1	0	5,4	2,8	1	4	4,9	2,8	2,6	3,7
Problematiza com a escola questões de vulnerabilidade à saúde do educando a partir das situações de risco detectadas.	6,8	7,8	4,5	3,8	14,9	14,1	19,8	9,8	15,2	14,5	7,1	8,4	15,7	6,7	16,2	12,2	10,9	11,2
Envolve a família e a escola no cuidado com o educando.	26,6	45,3	27,3	46,2	29,9	28,2	42,3	44,6	36,4	34,5	48,2	45,8	58,8	31,2	33,3	40	51,3	37,8
Realiza ações.	24	1,6	22,7	15,4	7,5	10,1	1,8	3,3	0	0	3,6	8,4	2	19,5	6,7	1,7	4,9	9,7

Legenda: Unidade Básica de Saúde (UBS)

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III ciclo 2017-2018

Capítulo XII

Tabela 1 – Distribuição do percentual de equipes, segundo exames para o pré-natal solicitados para serem realizados na rede, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
ABO RH	98,9	96,9	95,5	100	97,0	98,7	100	98,9	97,0	98,2	100	100	100	98,4	98,8	98,3	100	98,9
Coombs indireto	88,2	90,6	63,6	88,5	80,6	88,6	85,6	92,4	93,9	83,6	94,6	92,5	94,1	87,2	85,9	90,0	93,6	88,8
Dosagem de hemoglobina e hematócrito	98,5	95,3	95,5	96,2	97,0	95,3	100	95,7	100	100	92,9	97,2	96,1	97,6	97,2	97,8	95,8	97,1
Glicemia de jejum	98,9	100	100	100	98,5	99,3	100	98,9	100	100	100	100	100	99,2	99,4	99,4	100	99,5
Tolerância à glicose (teste oral)	68,	68,8	59,1	88,5	79,1	61,7	77,5	87,0	90,9	72,7	87,5	79,4	82,4	69,1	70,6	83,3	82,3	74,8
Sorologia para HIV	97,7	96,9	90,9	100	98,5	98,0	97,3	97,8	100	100	98,2	100	100	97,3	97,9	98,9	99,6	98,3
Sorologia para sífilis (VDRL)	98,5	98,4	95,5	100	100	98,0	100	97,8	100	100	100	100	100	98,4	99,1	98,9	100	99,0
Sorologia para hepatite B	97,7	98,4	90,9	96,2	98,5	96,0	97,3	95,7	100	98,2	100	100	100	97,3	96,9	97,2	100	97,8
Sorológico para toxoplasmose	98,9	92,2	90,9	100	94,0	94,6	98,2	95,7	90,9	98,2	96,4	100	95,1	97,3	95,7	95,6	97,4	96,6
Exame de ultrassonografia obstétrica	95,8	98,4	90,9	96,2	100	99,3	100	95,7	100	100	98,2	97,2	98,0	96,0	99,7	97,8	97,7	97,7
Sumário de urina (Urina tipo 1)	96,6	96,9	90,9	100	97,0	98,0	98,2	97,8	100	100	98,2	99,1	100	96,5	97,9	98,9	99,2	97,9
Urocultura	90,5	90,6	77,3	96,2	85,1	86,6	87,4	94,6	87,9	90,9	87,5	86,9	88,2	90,1	86,5	92,2	87,5	88,8

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 2 – Distribuição do percentual de equipes, segundo exames solicitados para serem realizados na rede de serviços, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Baciloscopia para tuberculose	99,2	98,4	95,5	96,2	98,5	100	98,2	97,8	100	100	100	97,2	97,1	98,7	99,1	98,9	97,7	98,6
Baciloscopia para hanseníase	93,9	96,9	86,4	96,2	97,0	97,3	95,5	98,9	100	100	98,2	97,2	97,1	94,1	96,6	99,4	97,4	96,4
Glicemia de jejum	99,6	100	95,5	100	98,5	98,7	100	98,9	100	100	100	100	100	99,5	99,1	99,4	100	99,5
Creatinina	99,2	98,4	77,3	92,3	98,5	97,3	100	97,8	100	100	100	98,1	100	97,3	98,5	98,9	99,2	98,3
Ecocardiograma	89,4	89,1	59,1	96,2	91,0	83,9	90,1	95,7	84,8	89,1	83,9	86,0	92,2	88,0	87,5	91,7	87,9	88,4
Eletrocardiograma	92,8	93,8	100	100	95,5	96,6	100	97,8	100	100	98,2	92,5	98,0	93,9	97,6	98,9	95,8	96,2
Hemoglobina glicosilada	97,7	89,1	77,3	92,3	91,0	83,9	93,7	90,2	90,9	80,0	89,3	91,6	88,2	94,7	88,7	87,2	89,8	90,7
Mamografia	96,2	90,6	86,4	100	94,0	91,9	99,1	96,7	90,9	98,2	94,6	91,6	96,1	94,9	94,8	96,1	94,0	94,9
Perfil lipídico	85,2	84,4	81,8	96,2	88,1	82,6	95,5	92,4	90,9	94,5	92,9	93,5	96,1	85,6	88,1	92,8	94,3	89,5
Radiografia de tórax (tuberculose)	95,8	98,4	100	100	97,0	98,7	99,1	97,8	100	100	98,2	99,1	99,0	96,8	98,5	98,9	98,9	98,1
Teste de Sensibilidade (Antibiograma)	89,0	87,5	59,1	92,3	89,6	81,9	88,3	84,8	90,9	85,5	89,3	88,8	91,2	87,2	85,6	86,1	89,8	87,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 3 – Distribuição do percentual de equipes, segundo tipo de fluxo institucional de comunicação, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado entre a sua equipe e a atenção especializada?																		
Sim	73,0	93,8	86,4	65,4	79,1	83,2	90,1	87,0	81,8	87,3	85,7	86,0	82,4	76,8	84,7	86,1	84,5	82,3
Reuniões técnicas com os especialistas da rede																		
	23,6	29,7	31,8	19,2	20,9	18,1	36,9	26,1	36,4	40,0	44,6	29,9	26,5	24,8	25,1	32,2	31,7	27,6
Teleconferência																		
	1,9	0,0	0,0	3,8	1,5	4,7	9,9	1,1	6,1	7,3	7,1	3,7	3,9	1,6	5,8	3,9	4,5	3,8
Telessaúde																		
	3,0	10,9	9,1	7,7	3,0	7,4	17,1	1,1	12,1	16,4	28,6	6,5	4,9	5,1	9,8	7,8	10,6	8,1
Prontuário eletrônico																		
	3,0	1,6	4,5	3,8	0,0	0,7	2,7	1,1	12,1	12,7	7,1	8,4	2,0	2,9	1,2	6,7	5,7	3,7
Comunicação eletrônica																		
	31,2	56,2	45,5	30,8	38,8	29,5	47,7	40,2	63,6	47,3	66,1	58,9	57,8	36,3	37,6	46,7	60,0	43,8
Ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e Sugestões de conduta																		
	61,6	84,4	86,4	57,7	76,1	77,9	85,6	79,3	75,8	76,4	80,4	74,8	76,5	66,7	80,1	77,8	76,6	74,5
Contato telefônico																		
	33,5	48,4	54,5	46,2	41,8	33,6	47,7	54,3	45,5	56,4	55,4	64,5	56,9	38,1	40,1	53,3	59,6	46,0
Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?																		
Sempre	14,1	45,3	27,3	15,4	32,8	34,2	37,8	30,4	36,4	36,4	46,4	36,4	40,2	20,3	35,2	33,3	40,0	31,1
Algumas vezes	34,6	31,2	36,4	42,3	28,4	28,2	39,6	38,0	36,4	38,2	33,9	36,4	33,3	34,7	32,1	37,8	34,7	34,4
Nunca	24,3	17,2	22,7	7,7	17,9	20,8	12,6	18,5	9,1	12,7	5,4	13,1	8,8	21,9	17,4	15,0	9,8	16,7
Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?																		
Sempre	8,4	31,2	18,2	11,5	25,4	15,4	16,2	18,5	24,2	10,9	23,2	15,0	22,5	13,1	17,7	17,2	19,6	16,6
Algumas vezes	27,0	39,1	18,2	23,1	26,9	30,9	39,6	33,7	42,4	54,5	46,4	39,3	40,2	28,3	33,0	41,7	41,1	34,7
Nunca	37,6	23,4	50,0	30,8	26,9	36,9	34,2	34,8	15,2	21,8	16,1	31,8	19,6	35,5	33,9	27,2	23,8	31,0

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 4 – Distribuição do percentual de equipes, segundo atendimento, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama																		
Sim	64,6	89,1	77,3	65,4	70,1	71,8	89,2	80,4	75,8	83,6	80,4	78,5	80,4	69,6	77,4	80,6	79,6	75,9
Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero																		
Sim	65,0	90,6	72,7	65,4	74,6	81,2	90,1	81,5	75,8	87,3	82,1	82,2	79,4	69,9	82,9	82,2	81,1	78,1
Parto (maternidade)																		
Sim	62,7	92,2	81,8	65,4	74,6	79,2	88,3	84,8	72,7	83,6	83,9	78,5	80,4	69,1	81,3	82,2	80,4	77,2
Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)																		
Sim	61,2	87,5	81,8	61,5	76,1	81,2	90,1	85,9	75,8	83,6	82,1	82,2	82,4	66,9	83,2	83,3	82,3	77,7
Outros																		
Sim	22,1	31,2	13,6	19,2	16,4	26,2	26,1	23,9	33,3	20,0	30,4	21,5	13,7	22,9	24,2	24,4	20,4	22,9
Nenhumas das anteriores																		
Sim	1,9	1,6	4,5	0,0	1,5	0,7	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,9	0,6	0,6	0,8	1,0
Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?																		
Sim	93,2	95,3	86,4	96,2	92,5	97,3	99,1	92,4	93,9	100	92,9	98,1	99,0	93,3	96,9	95,0	97,4	95,6

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 5 – Distribuição do percentual de equipes, segundo disponibilidade de marcações de consultas, exames e leitos, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Marcação de consulta especializada																		
Sim	92,8	95,3	81,8	96,2	91,0	97,3	99,1	92,4	93,9	100	92,9	97,2	99,0	92,8	96,6	95,0	97,0	95,2
Marcação de exames																		
Sim	85,9	90,6	72,7	96,2	88,1	95,3	99,1	82,6	81,8	98,2	91,1	95,3	98,0	86,7	95,1	87,2	95,5	91,2
Marcação de leitos																		
Sim	61,6	64,1	31,8	69,2	71,6	73,2	82,0	76,1	66,7	94,5	69,6	77,6	67,6	60,8	75,8	80,0	72,1	70,7

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes, segundo formas possíveis de encaminhamento para consulta especializada, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	19,4	40,6	9,1	7,7	11,9	6,7	10,8	6,5	24,2	5,5	25,0	22,4	12,7	21,6	9,2	9,4	19,2	15,6
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	82,5	53,1	36,4	57,7	64,2	73,2	56,8	68,5	57,6	36,4	35,7	50,5	44,1	73,1	65,7	56,7	44,9	61,9
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas	8,4	18,8	13,6	19,2	28,4	28,2	28,8	30,4	24,2	54,5	50,0	40,2	36,3	11,2	28,4	36,7	40,8	26,9
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe	38,4	50,0	54,5	38,5	41,8	35,6	54,1	33,7	30,3	45,5	55,4	47,7	54,9	41,3	43,1	36,7	52,1	43,6
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado	3,4	4,7	4,5	0,0	4,5	2,0	3,6	3,3	6,1	10,9	7,1	3,7	8,8	3,5	3,1	6,1	6,4	4,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes, segundo formas possíveis de encaminhamento para consulta especializada, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018



REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário																		
	19,4	40,6	9,1	7,7	11,9	6,7	10,8	6,5	24,2	5,5	25,0	22,4	12,7	21,6	9,2	9,4	19,2	15,6
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário																		
	82,5	53,1	36,4	57,7	64,2	73,2	56,8	68,5	57,6	36,4	35,7	50,5	44,1	73,1	65,7	56,7	44,9	61,9
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas																		
	8,4	18,8	13,6	19,2	28,4	28,2	28,8	30,4	24,2	54,5	50,0	40,2	36,3	11,2	28,4	36,7	40,8	26,9
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe																		
	38,4	50,0	54,5	38,5	41,8	35,6	54,1	33,7	30,3	45,5	55,4	47,7	54,9	41,3	43,1	36,7	52,1	43,6
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado																		
	3,4	4,7	4,5	0,0	4,5	2,0	3,6	3,3	6,1	10,9	7,1	3,7	8,8	3,5	3,1	6,1	6,4	4,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 6 – Distribuição do percentual de equipes, segundo formas possíveis de encaminhamento para consulta especializada, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	19,4	40,6	9,1	7,7	11,9	6,7	10,8	6,5	24,2	5,5	25,0	22,4	12,7	21,6	9,2	9,4	19,2	15,6
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	82,5	53,1	36,4	57,7	64,2	73,2	56,8	68,5	57,6	36,4	35,7	50,5	44,1	73,1	65,7	56,7	44,9	61,9
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas	8,4	18,8	13,6	19,2	28,4	28,2	28,8	30,4	24,2	54,5	50,0	40,2	36,3	11,2	28,4	36,7	40,8	26,9
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe	38,4	50,0	54,5	38,5	41,8	35,6	54,1	33,7	30,3	45,5	55,4	47,7	54,9	41,3	43,1	36,7	52,1	43,6
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado	3,4	4,7	4,5	0,0	4,5	2,0	3,6	3,3	6,1	10,9	7,1	3,7	8,8	3,5	3,1	6,1	6,4	4,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Capítulo XIII

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros de Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e a qualificação das ações desenvolvidas nesse serviço, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela Gestão Municipal																		
Sim	92,8	92,2	63,6	80,8	85,1	91,9	95,5	84,8	97	96,4	92,9	88,8	90,2	90,1	91,7	90,6	90,2	90,7
Não	7,2	7,8	36,4	19,2	14,9	8,1	4,5	15,2	3	3,6	7,1	11,2	9,8	9,9	8,3	9,4	9,8	9,3
No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela Gestão Estadual																		
Sim	56,3	68,8	45,5	69,2	53,7	66,4	68,5	62	66,7	43,6	64,3	61,7	55,9	58,7	64,5	57,2	60	60,4
Não	43,7	31,2	54,5	30,8	46,3	33,6	31,5	38	33,3	56,4	35,7	38,3	44,1	41,3	35,5	42,8	40	39,6
No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela própria equipe/unidade de Saúde																		
Sim	67,7	87,5	63,6	61,5	67,2	70,5	73,9	75	57,6	72,7	91,1	72	73,5	70,4	70,9	71,1	76,6	72,1
Não	32,3	12,5	36,4	38,5	32,8	29,5	26,1	25	42,4	27,3	8,9	28	26,5	29,6	29,1	28,9	23,4	27,9
No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas por outras equipes/unidades de saúde																		
Sim	27	28,1	45,5	26,9	23,9	41,6	47,7	29,3	27,3	38,2	50	36,4	40,2	28,3	40,1	31,7	40,8	35
Não	73	71,9	54,5	73,1	76,1	58,4	52,3	70,7	72,7	61,8	50	63,6	59,8	71,7	59,9	68,3	59,2	65
No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela Universidade																		
Sim	21,3	4,7	13,6	0	1,5	4	10,8	25	15,2	9,1	37,5	4,7	11,8	16,5	5,8	18,3	14,3	13,3
Não	78,7	95,3	86,4	100	98,5	96	89,2	75	84,8	90,9	62,5	95,3	88,2	83,5	94,2	81,7	85,7	86,7
Não recebi EP no ano anterior																		
Sim	0,8	1,6	13,6	7,7	4,5	4	0,9	5,4	3	3,6	1,8	0,9	2,9	2,1	3,1	4,4	1,9	2,7
Não	99,2	98,4	86,4	92,3	95,5	96	99,1	94,6	97	96,4	98,2	99,1	97,1	97,9	96,9	95,6	98,1	97,3

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos registros de razões para a não participação da equipe nas ações de Educação Permanente, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe não participou de ações de educação permanente no último ano porque a Gestão não organiza processos de EP (%)																		
Sim	50	100	100	0	33	50	0	80	0	50	0	100	33,3	63	40	63	40	52
Não	50	0	0	100	67	50	100	20	100	50	100	0	66,7	38	60	38	60	48
A equipe não participou de ações de educação permanente no último ano porque a equipe não organiza processos de EP (%)																		
Sim	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	25	0	6,5
Não	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	100	100	100	100	100	75	100	94
A equipe não participou de ações de educação permanente no último ano porque a Gestão não apoia processos de EP (%)																		
Sim	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	3,2
Não	100	100	100	100	100	83	100	100	100	100	100	100	100	100	90	100	100	97

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos registros dos tipos de ações de Educação Permanente de que a equipe participou, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
No último ano, a equipe participou de ações de Telessaúde																		
Sim	18,4	27	31,6	16,7	34,4	41,3	51,8	18,4	50	60,4	45,5	21,7	39,4	20,4	43,5	37,2	33,5	32,6
Não	81,6	73	68,4	83,3	65,6	58,7	48,2	81,6	50	39,6	54,5	78,3	60,6	79,6	56,5	62,8	66,5	67,4
No último ano, a equipe participou de ações de EAD/UNASUS																		
Sim	34,9	38,1	52,6	16,7	31,2	46,9	58,2	36,8	53,1	54,7	45,5	34,9	37,4	35,1	47,6	45,3	38,1	40,9
Não	65,1	61,9	47,4	83,3	68,8	53,1	41,8	63,2	46,9	45,3	54,5	65,1	62,6	64,9	52,4	54,7	61,9	59,1
No último ano, a equipe participou de ações de RUTE – Rede Universitária de Telemedicina																		
Sim	5	6,3	5,3	12,5	1,6	4,2	10	3,4	3,1	5,7	12,7	0,9	4	5,7	5,7	4,1	4,6	5,2
Não	95	93,7	94,7	87,5	98,4	95,8	90	96,6	96,9	94,3	87,3	99,1	96	94,3	94,3	95,9	95,4	94,8
No último ano, a equipe participou de Cursos presenciais																		
Sim	75,5	63,5	63,2	70,8	57,8	72,7	71,8	74,7	90,6	73,6	78,2	76,4	57,6	72,5	69,4	77,3	69,6	71,7
Não	24,5	36,5	36,8	29,2	42,2	27,3	28,2	25,3	9,4	26,4	21,8	23,6	42,4	27,5	30,6	22,7	30,4	28,3
No último ano, a equipe participou de ações de Troca de experiência																		
Sim	65,5	90,5	84,2	79,2	65,6	73,4	77,3	87,4	90,6	77,4	90,9	71,7	77,8	71,7	73,2	84,9	78,1	75,6
Não	34,5	9,5	15,8	20,8	34,4	26,6	22,7	12,6	9,4	22,6	9,1	28,3	22,2	28,3	26,8	15,1	21,9	24,4
No último ano, a equipe participou de ações de Tutoria/preceptoria																		
Sim	19,5	9,5	21,1	8,3	4,7	9,8	12,7	27,6	6,2	9,4	30,9	7,5	12,1	17,2	9,8	18	14,2	14,5
Não	80,5	90,5	78,9	91,7	95,3	90,2	87,3	72,4	93,8	90,6	69,1	92,5	87,9	82,8	90,2	82	85,8	85,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos registros dos tipos de ações de Educação Permanente de que a equipe participou, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
No último ano, a equipe participou de ações de Telessaúde																		
Sim	18,4	27	31,6	16,7	34,4	41,3	51,8	18,4	50	60,4	45,5	21,7	39,4	20,4	43,5	37,2	33,5	32,6
Não	81,6	73	68,4	83,3	65,6	58,7	48,2	81,6	50	39,6	54,5	78,3	60,6	79,6	56,5	62,8	66,5	67,4
No último ano, a equipe participou de ações de EAD/UNASUS																		
Sim	34,9	38,1	52,6	16,7	31,2	46,9	58,2	36,8	53,1	54,7	45,5	34,9	37,4	35,1	47,6	45,3	38,1	40,9
Não	65,1	61,9	47,4	83,3	68,8	53,1	41,8	63,2	46,9	45,3	54,5	65,1	62,6	64,9	52,4	54,7	61,9	59,1
No último ano, a equipe participou de ações de RUTE – Rede Universitária de Telemedicina																		
Sim	5	6,3	5,3	12,5	1,6	4,2	10	3,4	3,1	5,7	12,7	0,9	4	5,7	5,7	4,1	4,6	5,2
Não	95	93,7	94,7	87,5	98,4	95,8	90	96,6	96,9	94,3	87,3	99,1	96	94,3	94,3	95,9	95,4	94,8
No último ano, a equipe participou de Cursos presenciais																		
Sim	75,5	63,5	63,2	70,8	57,8	72,7	71,8	74,7	90,6	73,6	78,2	76,4	57,6	72,5	69,4	77,3	69,6	71,7
Não	24,5	36,5	36,8	29,2	42,2	27,3	28,2	25,3	9,4	26,4	21,8	23,6	42,4	27,5	30,6	22,7	30,4	28,3
No último ano, a equipe participou de ações de Troca de experiência																		
Sim	65,5	90,5	84,2	79,2	65,6	73,4	77,3	87,4	90,6	77,4	90,9	71,7	77,8	71,7	73,2	84,9	78,1	75,6
Não	34,5	9,5	15,8	20,8	34,4	26,6	22,7	12,6	9,4	22,6	9,1	28,3	22,2	28,3	26,8	15,1	21,9	24,4
No último ano, a equipe participou de ações de Tutoria/preceptoría																		
Sim	19,5	9,5	21,1	8,3	4,7	9,8	12,7	27,6	6,2	9,4	30,9	7,5	12,1	17,2	9,8	18	14,2	14,5
Não	80,5	90,5	78,9	91,7	95,3	90,2	87,3	72,4	93,8	90,6	69,1	92,5	87,9	82,8	90,2	82	85,8	85,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 5 – Distribuição percentual dos registros de incorporação da EP no processo de trabalho do NASF, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
O NASF promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica?																	
Sim	96,3	66,7	100	100	100	100	100	0	0	0	100	66,7	100	93,8	100	95,7	96,5
Não	3,7	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,3	0	6,2	0	4,3	3,5
O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes?																	
Sim	100	100	100	100	100	100	100	0	0	0	100	100	94,1	100	100	95,7	98,8
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,9	0	0	4,3	1,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 6 – Distribuição percentual dos registros sobre a adequação das ações de EP às necessidades de saúde do território e da Equipe de Atenção Básica, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																	
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M4	PA
Os profissionais da Equipe de Atenção Básica participam da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente?																	
Sim	92,6	100	100	100	100	100	100	0	0	0	66,7	100	100	93,8	100	95,5	96,4
Não	7,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,3	0	0	6,2	0	4,5	3,6
Os profissionais do NASF participam da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente?																	
Sim	96,3	100	100	0	100	100	100	0	0	0	66,7	100	87,5	93,8	100	86,4	94
Não	3,7	0	0	100	0	0	0	0	0	0	33,3	0	12,5	6,2	0	13,6	6
A gestão municipal participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente?																	
Sim	51,9	66,7	0	0	85,7	60	69,2	0	0	0	66,7	66,7	37,5	50	70	45,5	56
Não	48,1	33,3	100	100	14,3	40	30,8	0	0	0	33,3	33,3	62,5	50	30	54,5	44
A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica?																	
Sim	70,4	66,7	100	100	85,7	80	84,6	0	0	0	66,7	100	70,6	71,9	83,3	73,9	76,5
Não	29,6	33,3	0	0	14,3	20	15,4	0	0	0	33,3	0	29,4	28,1	16,7	26,1	23,5

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018

Tabela 7 – Distribuição percentual dos registros de integração ensino-serviço na saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	RI	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Sobre a integração ensino-serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de Estudantes de graduação?																		
Sim	44,5	17,2	22,7	15,4	11,9	15,4	17,1	45,7	30,3	25,5	48,2	12,1	29,4	36,5	15,3	36,7	26,4	28,2
Não	55,5	82,8	77,3	84,6	88,1	84,6	82,9	54,3	69,7	74,5	51,8	87,9	70,6	63,5	84,7	63,3	73,6	71,8
Sobre a integração ensino-serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de Estudantes de nível técnico?																		
Sim	19,4	45,3	36,4	46,2	34,3	39,6	55,9	52,2	30,3	54,5	60,7	39,3	48	26,7	44	48,9	47,2	39,8
Não	80,6	54,7	63,6	53,8	65,7	60,4	44,1	47,8	69,7	45,5	39,3	60,7	52	73,3	56	51,1	52,8	60,2
Sobre a integração ensino-serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de Residentes de medicina?																		
Sim	19,4	1,6	0	0	0	0,7	8,1	15,2	9,1	5,5	3,6	3,7	3,9	13,9	3,1	11,1	3,8	8
Não	80,6	98,4	100	100	100	99,3	91,9	84,8	90,9	94,5	96,4	96,3	96,1	86,1	96,9	88,9	96,2	92
Sobre a integração ensino-serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de Residentes multiprofissional?																		
Sim	18,6	1,6	0	7,7	1,5	3,4	8,1	17,4	3	3,6	7,1	0,9	2,9	13,9	4,6	10,6	3	8,2
Não	81,4	98,4	100	92,3	98,5	96,6	91,9	82,6	97	96,4	92,9	99,1	97,1	86,1	95,4	89,4	97	91,8
Sobre a integração ensino-serviço na saúde, a sua equipe conta com a participação de Pesquisadores?																		
Sim	10,3	9,4	4,5	0	10,4	6	9	25	6,1	12,7	14,3	3,7	5,9	9,1	8	17,8	6,8	9,6
Não	89,7	90,6	95,5	100	89,6	94	91	75	93,9	87,3	85,7	96,3	94,1	90,9	92	82,2	93,2	90,4
Nenhuma das anteriores.																		
Sim	43,3	46,9	50	53,8	61,2	52,3	39,6	26,1	57,6	38,2	32,1	55,1	41,2	45,1	49,8	35,6	44,9	44,9
Não	56,7	53,1	50	46,2	38,8	47,7	60,4	73,9	42,4	61,8	67,9	44,9	58,8	54,9	50,2	64,4	55,1	55,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 8 – Características da utilização do Telessaúde pelas equipes de Atenção Básica, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe não utiliza o Telessaúde por pouca divulgação do Programa																		
Sim	8,4	8,2	0	4,2	5,9	7,2	4,8	11,4	6,2	7,7	10,7	13,3	7,6	7,6	6,2	9,9	10,7	8,2
Não	91,6	91,8	100	95,8	94,1	92,8	95,2	88,6	93,8	92,3	89,3	86,7	92,4	92,4	93,8	90,1	89,3	91,8
A equipe não utiliza o Telessaúde por não ter necessidade de acessar																		
Sim	1,8	0	0	0	0	0	3,2	1,3	0	0	3,6	1,2	4,5	1,3	0,9	0,8	2,8	1,5
Não	98,2	100	100	100	100	100	96,8	98,7	100	100	96,4	98,8	95,5	98,7	99,1	99,2	97,2	98,5
A equipe não utiliza o Telessaúde por baixa qualificação das respostas																		
Sim	1,3	0	0	0	0	2,1	0	5,1	6,2	0	0	1,2	6,1	0,9	0,9	4,1	2,8	1,8
Não	98,7	100	100	100	100	97,9	100	94,9	93,8	100	100	98,8	93,9	99,1	99,1	95,9	97,2	98,2
A equipe não utiliza o Telessaúde por não estar implantado na UBS																		
Sim	31,9	38,8	27,8	58,3	43,1	43,3	36,5	55,7	25	61,5	50	50,6	48,5	34,7	41,2	52,9	49,7	42,3
Não	68,1	61,2	72,2	41,7	56,9	56,7	63,5	44,3	75	38,5	50	49,4	51,5	65,3	58,8	47,1	50,3	57,7

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III ciclo 2017-2018.

Tabela 9 – Funcionalidades do Telessaúde utilizadas pela equipe na Atenção Básica, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe utiliza o Telessaúde para segunda opinião formativa (%)																		
Sim	59,5	60	75	50	62,5	71,2	77,1	69,2	52,9	65,5	82,1	62,5	58,3	60,3	72,4	62,7	67	67
Não	40,5	40	25	50	37,5	28,8	22,9	30,8	47,1	34,5	17,9	37,5	41,7	39,7	27,6	37,3	33	33
A equipe utiliza o Telessaúde para Telediagnóstico (%)																		
Sim	48,6	60	75	100	43,8	36,5	68,8	46,2	58,8	58,6	85,7	62,5	52,8	55,2	50,9	55,9	65,9	56,7
Não	51,4	40	25	0	56,2	63,5	31,2	53,8	41,2	41,4	14,3	37,5	47,2	44,8	49,1	44,1	34,1	43,3
A equipe utiliza o Telessaúde para Teleconsultoria (%)																		
Sim	56,8	53,3	50	0	37,5	57,7	58,3	53,8	41,2	44,8	85,7	54,2	44,4	53,4	55,2	45,8	60,2	54,5
Não	43,2	46,7	50	100	62,5	42,3	41,7	46,2	58,8	55,2	14,3	45,8	55,6	46,6	44,8	54,2	39,8	45,5
A equipe utiliza o Telessaúde para Tele-educação (%)																		
Sim	48,6	60	75	0	56,2	50	56,2	69,2	47,1	48,3	53,6	58,3	61,1	51,7	53,4	52,5	58	54,2
Não	51,4	40	25	100	43,8	50	43,8	30,8	52,9	51,7	46,4	41,7	38,9	48,3	46,6	47,5	42	45,8
A equipe utiliza o 0800 do Telessaúde (%)																		
Sim	48,6	26,7	0	0	37,5	53,8	50	38,5	47,1	79,3	53,6	50	58,3	37,9	50	61	54,5	51,1
Não	51,4	73,3	100	100	62,5	46,2	50	61,5	52,9	20,7	46,4	50	41,7	62,1	50	39	45,5	48,9
Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800 (%)																		
Muito Bom	5,6	25	0	0	0	46,4	29,2	20	12,5	30,4	26,7	41,7	19	9,1	34,5	25	27,1	26,8
Bom	88,9	75	0	0	83,3	46,4	62,5	80	75	65,2	66,7	58,3	71,4	86,4	56,9	69,4	66,7	66,5
Razoável	0	0	0	0	0	3,6	8,3	0	12,5	4,3	6,7	0	9,5	0	5,2	5,6	6,2	4,9
Ruim	0	0	0	0	0	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7	0	0	0,6
Muito Ruim	5,6	0	0	0	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	4,5	1,7	0	0	1,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 10 – Distribuição percentual dos registros de adequação das ações de Telessaúde às demandas e necessidades da equipe, PMAQ-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
As ações realizadas por meio do Telessaúde contemplam as demandas e necessidades da equipe (%)																		
Contemplam muito	21,6	53,3	25	0	18,8	38,5	39,6	23,1	23,5	41,4	46,4	50	52,8	29,3	36,2	32,2	50	38
Contemplam	48,6	20	75	0	43,8	40,4	31,2	46,2	52,9	37,9	42,9	29,2	30,6	41,4	37,1	44,1	34,1	38,3
Razoável	24,3	20	0	50	25	13,5	27,1	30,8	17,6	20,7	10,7	20,8	16,7	22,4	20,7	22	15,9	19,9
Pouco	2,7	6,7	0	50	12,5	7,7	2,1	0	5,9	0	0	0	0	5,2	6	1,7	0	3,4
Não contemplam	2,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7	0	0	0	0,3

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Capítulo XIV

Tabela 1 – Distribuição percentual de práticas em participação popular, controle social e comunicação com o usuário, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A equipe realiza avaliação de satisfação do usuário?																		
	53	78	59	42	76	69	87	85	97	82	71	74	78	57	76	86	75	71
A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões sobre o serviço da UBS?																		
	59	92	68	54	79	73	87	92	100	86	73	83	85	65	79	92	82	77
Existe documento que comprove?																		
	57	80	60	57	85	84	91	97	100	89	90	87	89	63	87	95	88	82
Comunicação direta com a equipe																		
	97	100	100	93	96	98	100	100	97	100	98	100	99	98	99	99	99	99
Comunicação direta com a gestão municipal																		
	39	66	40	71	42	79	83	62	67	75	49	64	56	48	73	67	58	61
A equipe discute internamente e com a gestão as demandas e reclamações dos usuários?																		
	94	97	93	100	96	99	98	95	100	98	98	94	98	95	98	97	96	97
Existe documento que comprove?																		
	22	53	0	13	10	47	35	38	44	50	18	46	61	27	38	43	46	37

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

4.15 Capítulo XV

Tabela 1 – Distribuição percentual dos registros do gênero e estado civil dos entrevistados, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Gênero																		
Masc.	22,0	23,3	18,3	15,0	18,9	17,9	15,5	12,2	16,4	21,7	15,6	18,7	26,3	21,6	17,2	15,7	20,7	19,2
Fem.	78,0	76,7	81,7	85,0	81,1	82,1	84,5	87,8	83,6	78,3	84,4	81,3	73,7	78,4	82,8	84,3	79,3	80,8
Estado Civil																		
Solteiro	33,4	24,1	30,0	27,5	23,4	26,2	68,3	19,7	16,4	18,6	16,7	17,0	25,2	31,2	25,0	18,7	20	25,0
Casado	53,5	67,0	58,3	62,5	68,6	66,9	23,9	71,4	77,9	75,2	73,7	72,0	63,9	56,7	67,6	73,8	69,4	65,3
União estável																		
Divorciado, desquitado ou separado	6,9	4,7	3,3	5,0	4,6	2,6	3,9	4,3	1,6	3,1	4,8	5,2	5,8	6,2	3,4	3,4	5,3	4,8
Viúvos	6,2	4,2	8,3	5,0	3,4	4,4	3,9	4,6	4,1	3,1	4,8	5,9	5,1	5,9	4,0	4,1	5,3	5,0

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos registros da etnia dos entrevistados, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Cor branca																		
Cor preta	12,8	12,6	8,3	12,5	14,9	12,3	3,9	9,5	13,1	18,6	14,0	14,5	17,9	12,5	9,9	12,8	15,6	12,4
Cor amarela	1,4	0,0	0,0	1,2	4,0	2,6	0,3	1,3	1,6	2,5	2,2	3,5	3,3	1,1	2,0	1,7	3,1	1,9
Cor parda mestiça	71,3	71,2	8,3	72,5	70,3	73,6	86,2	77,3	70,5	64,0	69,9	65,4	61,3	72,0	77,4	72,2	65,0	72,1
Indígena	0,5	0,5	0,0	0,0	2,9	0,6	0,8	1,3	1,6	2,5	0,5	1,0	0,4	0,4	1,1	1,7	0,7	0,9
Ignorada	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	1,0	0,0	0,7	2,5	0,6	0,0	0,3	0,4	0,2	0,6	1,0	0,3	0,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos registros do grau de escolaridade dos entrevistados, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Grau de escolaridade																		
Não alfabetizado	2,4	6,5	0,0	13,8	3,4	6,2	4,8	3,3	4,1	7,5	8,6	5,5	10,2	3,8	5,2	4,6	8,0	5,2
Alfabetizado	2,8	4,7	1,7	3,8	2,9	4,2	3,1	1,6	3,3	3,7	5,9	3,1	4,4	3,1	3,6	2,6	4,3	3,4
Tem ensino																		
fundamental incompleto	25,2	28,8	41,7	36,2	32,0	31,5	40,0	27,0	27,9	40,4	33,3	38,8	31,4	27,4	34,5	30,8	34,3	31,5
Ensino fundamental completo	10,6	7,9	10,0	6,2	5,7	8,7	9,6	7,6	5,7	9,3	9,1	10,0	8,4	9,8	8,5	7,7	9,2	9,0
Ensino médio incompleto	13,1	15,3	10,0	16,2	18,9	11,9	10,4	10,9	14,8	8,1	11,3	10,7	11,3	13,6	12,6	10,9	11,5	12,3
Ensino médio completo	37,7	28,8	26,7	11,2	29,1	28,8	26,2	36,5	30,3	16,8	25,8	24,9	23,0	33,9	27,9	29,8	24,4	29,5
Ensino superior incompleto	3,9	3,7	1,7	5,0	2,3	3,4	2,3	5,3	4,1	3,7	1,6	2,4	5,5	3,8	2,8	4,6	3,3	3,6
Ensino superior completo	4,1	4,2	6,7	6,2	5,1	4,2	3,4	5,9	8,2	9,9	4,3	4,5	5,5	4,4	4,1	7,5	4,8	4,9
<u>Pós graduação</u>	0,1	0,1	0,0	1,2	0,0	0,8	0,3	2,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	0,2	0,5	1,2	0,1	0,4
Não sabe ou não respondeu	0,0	0,0	1,7	0,0	0,6	0,4	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,0	0,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 4 – Distribuição percentual referente a qual serviço a população procura quando precisa de atendimento, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(continua)

Variáveis	REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																	
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Costuma procurar esta Unidade de Saúde	71,7	82,5	80	82,4	84	89,3	92,1	89,5	91,8	87,6	88,7	88,9	93,4	74,8	89,4	89,4	90,5	84,6
Outra Unidade de Saúde	2,9	0,9	0	0	0,6	2,2	2,5	1	0,8	1,9	0,5	1,4	0,7	2,2	2	1,2	0,9	1,7
Hospitais Públicos	2,3	9,3	11,7	13,8	12	4,6	3,9	5,3	6,6	8,1	2,7	6,2	4,7	4,7	5,6	6,3	4,8	5,3
UPA ou outro Pronto-Socorro do SUS	20,6	6,5	0	1,2	1,1	2,4	1,1	3,9	0	1,9	7	1	1,1	15,8	1,7	2,6	2,5	6,8
Policlínica do SUS	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0
Hospital particular conveniado com o SUS	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0	0,2	0	0	0,1	0,1
Clínica/Consultório Particular com Plano de Saúde	0,2	0	0	0	1,1	0,2	0	0	0	0	0,5	0,3	0	0,2	0,3	0	0,3	0,2
Clínica/Consultório Particular sem Plano de Saúde	0,7	0	0	1,2	1,1	0,6	0,3	0	0	0	0,6	0	0	0,6	0,6	0,2	0	0,4
Hospital Particular com Plano de Saúde	0,2	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0	0,2	0	0	0,1	0,1

Tabela 4 – Distribuição percentual referente a qual serviço a população procura quando precisa de atendimento, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

(conclusão)

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Hospital Particular sem Plano de Saúde	0,2	0	0	1,2	0	0	0	0,3	0	0	0,5	1	0	0,2	0	0,2	0,5	0,2
Outros	0,6	0	0	0	0	0,6	0	0	0,8	0	0	0,3	0	0,4	0,3	0,2	0,1	0,3
Não sabe/Não Respondeu	0,2	0	8,3	0	0	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0,1	0	0	0,2
Realizou alguma consulta nesta Unidade de Saúde nos últimos 12 meses?																		
Sim	95,9	97,2	96,7	95	98,9	97,4	98	95,4	95,9	96,9	96,8	97,9	96	96,1	97,9	95,9	96,9	96,7
Não	3	0,5	3,3	3,8	1,1	1,8	1,4	3,9	4,1	3,1	2,2	2,1	3,3	2,6	1,5	3,7	2,5	2,5
Não sabe	1,2	2,3	0	1,2	0	0,8	0,6	0,7	0	0	1,1	0	0,7	1,3	0,6	0,3	0,5	0,8

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 5 – Distribuição percentual referente a qual serviço a população procura nesta unidade de saúde, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Consultas agendadas																		
Sim	95,3	91,6	91,7	91,2	94,9	87,3	87,9	90,5	85,2	86,3	96,2	92,7	84,7	94,2	88,8	88,2	90,7	90,9
Não	4,7	8,4	8,3	8,8	5,1	12,7	12,1	9,5	14,8	13,7	3,8	7,3	15,3	5,8	11,2	11,8	9,3	9,1
Consultas não agendadas																		
Sim	27,4	39,5	51,7	33,8	31,4	37,9	41,4	50	39,3	41,6	43,5	55,7	61,7	31,1	38	45,5	54,9	40,4
Não	72,6	60,5	49,3	66,2	68,6	62,1	58,6	50	60,7	58,4	56,5	44,3	38,3	68,9	62	54,5	45,1	59,6
Atendimento de Emergência																		
Sim	16,5	38,1	25	22,5	38,9	39,7	42,3	41,8	45,1	27,3	34,9	36,7	51,1	21,1	40,4	38,5	41,5	33,8
Não	83,5	61,9	75	77,5	61,1	60,3	57,7	58,2	54,9	72,7	65,1	63,3	48,9	78,9	59,6	61,5	58,5	66,2
Medicação																		
Sim	42,5	68,4	45	33,8	76	68,7	78,6	73	78,7	50,9	66,7	74,7	67,5	46,6	73,3	68,1	70,1	62,7
Não	57,5	31,6	55	66,2	24	31,3	21,4	27	21,3	49,1	33,3	25,3	32,5	53,4	26,7	31,9	29,9	37,3
Vacinação																		
Sim	55,2	80	71,7	60	81,7	85,1	82,8	88,8	90,2	65,2	82,3	85,1	83,6	60,7	83,8	82,6	83,8	75,7
Não	44,8	20	28,3	40	18,7	14,9	17,2	11,2	9,8	34,8	17,7	14,9	16,4	39,3	16,2	17,4	16,2	24,3
Atendimento Odontológico																		
Sim	23,1	39,1	35	22,5	60	50,4	60,8	37,2	18,9	44,7	26,3	49,1	50,4	26,5	55,6	35,4	43,9	40
Não	76,9	60,9	65	77,5	40	49,6	39,2	62,8	81,1	55,3	73,7	50,9	49,6	73,5	44,4	64,6	56,1	60
Nenhuma das anteriores																		
Sim	0,2	0	0	0	0	0,4	0,3	0,3	0	0	0,5	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3
Não	99,8	100	100	100	100	99,6	99,7	99,7	100	100	99,5	99,7	99,6	99,8	99,7	99,8	99,6	99,7

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 6 – Distribuição percentual referente à forma de marcação de consulta na UBS, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Na maioria das vezes, como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?																		
Por telefone	0,1	0,0	1,7	0,0	0,0	0,4	1,1	0,0	0,0	1,9	1,1	0,0	0,4	0,2	0,6	0,5	0,4	0,4
Pela internet	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2
Vai à unidade e marca o atendimento	78,6	87,0	75,0	90,0	73,1	77,2	82,8	82,2	92,6	85,6	79,6	84,1	84,7	80,6	78,4	85,2	83,2	81,3
O ACS marca a consulta	20,0	10,7	21,7	10,0	24,0	19,0	12,7	15,8	2,5	8,9	17,7	10,7	12,8	17,8	17,7	11,1	13,2	15,7
Esta UBS/posto de saúde não realiza marcação de consulta	0,2	2,3	1,7	0,0	1,7	2,4	1,4	1,3	4,1	1,2	1,1	4,2	1,5	0,7	1,9	2,0	2,4	1,6
Outros	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6	1,0	1,4	0,0	0,8	1,2	0,0	0,7	0,4	0,5	1,1	0,5	0,4	0,6
Não sabe/não respondeu/não lembra	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	1,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,1

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 7 – Distribuição percentual referente a disponibilidade para marcação de consultas, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS? (%)																		
Sim	43,6	61,4	44,1	37,5	45,9	53,3	56,3	56,7	85,0	63,9	67,4	56,5	64,1	46,3	53,1	60,3	62,1	53,8
Não	49,9	31,9	47,5	46,2	46,5	39,0	36,9	34,0	9,9	29,7	26,1	36,3	30,4	46,5	39,5	32,0	31,5	39,0
Não sabe/não respondeu	6,5	6,7	8,5	16,2	7,6	7,7	6,9	9,3	5,1	6,3	6,5	7,2	5,6	7,2	7,4	7,7	6,4	7,2

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 8 – Avaliação da forma de marcação de consulta, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIOES E MACRORREGIOES DE SAUDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	MI	M2	M3	M4	PA
Como o (a) senhor (a) avalia essa forma de marcação de consulta?																		
Muito bom	11,8	10,0	0,0	1,2	9,9	10,8	4,6	13,7	19,7	12,0	8,2	10,8	17,8	10,2	8,5	14,4	12,7	10,9
Bom	51,2	61,9	71,2	48,8	51,2	57,9	62,6	56,7	59,0	62,0	63,6	59,6	69,6	53,9	58,4	58,6	64,3	58,1
Regular	22,7	20,0	16,9	27,5	16,9	23,6	23,1	23,0	13,7	15,2	18,5	18,8	7,8	22,3	22,3	19,0	14,6	22,0
Ruim	9,7	4,8	6,8	13,8	16,9	5,3	7,4	4,7	2,6	7,0	7,6	7,9	3,3	9,0	8,0	4,9	6,2	7,4
Muito ruim	3,1	1,4	5,1	6,2	4,1	1,6	1,4	0,7	1,7	1,9	1,1	1,8	0,0	3,1	2,0	1,2	1,0	2,0
Não sabe/não respondeu	1,5	1,9	0,0	2,5	1,2	0,8	0,9	1,3	3,4	1,9	1,1	1,1	1,5	1,6	0,9	1,9	1,2	1,4

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 9 – Marcação de consulta para o mesmo dia, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Quando o (a) senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?																		
Sim	10,7	24,3	42,4	38,8	19,2	34,1	40,0	37,3	53,8	48,7	33,7	42,6	70,0	16,4	33,6	43,8	50,5	32,9
Não	88,6	75,2	54,2	60,0	80,2	65,2	59,4	61,3	45,3	50,6	65,2	56,7	29,3	82,7	65,8	55,1	48,7	66,3
Não sabe/não respondeu	0,7	0,5	3,4	1,2	0,6	0,6	0,6	1,3	0,9	0,6	1,1	0,7	0,7	0,8	0,6	1,0	0,8	0,8

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 10 – Horário de atendimento de consultas, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Na maioria das vezes, suas consultas nesta unidade são:																		
Com hora marcada	5,8	7,6	15,3	0,0	3,5	2,4	2,0	3,0	1,7	1,3	2,7	2,2	0,4	6,2	2,5	2,3	1,6	3,5
Por ordem de chegada após agendamento	90,5	90,5	74,6	90,0	90,1	88,0	81,7	88,3	77,8	88,0	91,8	89,5	78,1	89,7	86,2	86,1	85,9	87,3
Por ordem de chegada sem agendamento	2,8	1,9	10,2	8,8	4,7	8,1	13,1	7,3	12,8	7,6	2,7	6,1	21,5	3,4	9,3	8,5	10,9	7,5
Outros	0,8	0,0	0,0	1,2	1,7	0,8	2,9	1,0	6,0	2,5	1,6	1,8	0,0	0,7	1,7	2,4	1,1	1,3
Não sabe/não respondeu	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,3	1,7	0,6	1,1	0,4	0,0	0,1	0,4	0,7	0,4	0,3

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 11 – Preferência de horário de consulta para facilitar o atendimento, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que as consultas fossem:																		
Com hora marcada	23,7	20,9	8,3	16,2	21,7	14,3	20	25,7	23,8	18	17,7	13,1	6,6	22	17,5	23,2	11,9	18,8
Por ordem de chegada após agendamento	20,8	18,1	40	16,2	15,4	14,1	8,7	14,5	7,4	10,6	17,7	8,7	6,9	21	12,5	11,9	10,3	14,8
Por ordem de chegada sem agendamento	11,5	14	5,7	7,5	16,6	9,9	9,6	9,2	5,7	10,6	10,2	9,3	2,2	11,4	10,9	8,9	6,9	9,9
Estou satisfeito, não há necessidade de mudança	41,2	44,7	43,3	50	34,3	57,9	56,9	46,4	59,8	53,4	50,5	62,3	82,5	42,5	53,6	51,1	66,8	52,1
Outros	1,8	1,4	0	7,5	10,3	3	2,8	3,6	2,5	4,3	2,7	3,1	1,5	2	4,2	3,6	2,4	3
Não sabe/não respondeu	0,9	0,9	2,7	2,5	1,7	0,8	2	0,7	0,8	3,1	1,1	3,5	0,4	1,1	1,4	1,4	1,7	1,3

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

Tabela 12 – Escuta de problemas dos usuários sem hora marcada, Pmaq-AB, Pará, 2017-2018

REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE																		
Variáveis	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	M1	M2	M3	M4	PA
Na maioria das vezes em que o (a) senhor (a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado (a)?																		
Sim	64,9	69,8	66,7	35,0	65,1	67,5	63,7	61,8	58,2	62,7	61,8	68,5	75,2	63,9	65,8	61,3	69,3	65,1
Não	20,4	9,8	23,3	26,2	14,3	13,3	12,4	7,6	9,8	13,7	11,8	11,1	4,0	19,0	13,2	9,7	8,7	13,7
Nunca precisou ir à																		
Unidade sem hora	13,2	17,2	8,3	38,8	17,7	15,7	21,7	29,3	27,0	21,7	24,7	16,3	19,0	15,4	18,1	26,7	19,4	18,8
marcada																		
Outros	0,2	2,3	1,7	0,0	1,7	2,4	1,4	1,3	4,1	1,9	1,1	4,2	1,5	0,7	1,9	2,0	2,4	1,6
Não sabe/não	1,3	0,9	0,0	0,0	1,1	1,2	0,8	0,0	0,8	0,0	0,5	0,0	0,4	1,1	1,1	0,2	0,3	0,8
respondeu																		

Fonte: Banco de dados Pmaq-AB, III Ciclo 2017-2018.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Enfermeiro. Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará (UFPA). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: leocunhama@gmail.com

Eric Campos Alvarenga

Psicólogo. Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: ericsemk@gmail.com

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: grnaiff@gmail.com

Károl Veiga Cabral

Psicóloga. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Helder Henrique Costa Pinheiro

Cirurgião Dentista. Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará (UFPA). Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: helpinheiro@gmail.com

Naíza Nayla Bandeira de Sá

Nutricionista. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: naizabandeira@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Adalberto Lirio de Nazaré Lopes

Pedagogo do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Interdisciplinar da Amazônia do Laboratório de Monitoramento e Avaliação em Saúde da Amazônia (SIA/MASA/UFPA).

E-mail: adalberto1nl@ufpa.br

Alizandra Mendonça Reis

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: alizandra.99@hotmail.com

Amanda Menezes Medeiros

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Estratégia Saúde da Família pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). Mestranda em Saúde, Ambiente e Sociedade pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: amanda_mm12@hotmail.com

Ana Beatriz Pantoja Rosa de Moraes

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: anabeatrizrosawe21@gmail.com

André Lucas de Lima Dias

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: andrelucasd19@gmail.com

Andréa das Graças Ferreira Frazão.

Nutricionista. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca)

E-mail: agff@ufpa.br

Angelina Sousa Pinheiro

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: angelina.s.pinheiro@gmail.com

Átila Augusto Cordeiro Pereira

Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente Sociedade na Amazônia (PPGSAS) /Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: atilaacp@gmail.com

Aurilívia Carolinne Lima Barros

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: aurilivia.barros@gmail.com

Beatriz Fragoso Cruz

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca)

E-mail: fragosobeatriz11@hotmail.com

Débora Thalita Neri

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: tathaneri@gmail.com

Elon de Sousa Nascimento

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: souzaelon@gmail.com

Ellen Christiane Corrêa Pinho

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: ellenpinho.cp@gmail.com

Francisco Jadson Silva Bandeira

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: jadbandeira@gmail.com

Iaron Leal Seabra

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: iaronlealseabra@gmail.com

José Jorge da Silva Galvão

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: jgalvao92@hotmail.com

Juliana Gagno

Docente do Instituto de Saúde Coletiva (Isco) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Estado (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: julianagagno@gmail.com

Juliana Sousa de Abreu

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: juliana.abreu@ics.ufpa.br

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides

Graduada em Farmácia-Bioquímica pelo Centro Univresitário do Estado do Pará (Cesupa). Graduada em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Graduada em Pedagogia pela Centro de Ensino Superior de Maringá (Unicesumar). Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Doutoranda em Políticas Públicas/Educação e Saúde Pública (Uces) - Buenos Aires, Argentina. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca)

E-mail: kellycalderaro@hotmail.com

Laura Soares Tupinambá

Cirurgiã Dentista. Mestre em Gestão e Saúde na Amazônia pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: laurasoarestupi@gmail.com

Liliane Silva do Nascimento

Cirurgiã Dentista. Professora Associada da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Interdisciplinar da Amazônia do Laboratório de Monitoramento e Avaliação em Saúde da Amazônia (SIA/Masa/UFPA)

E-mail: profaliliane@ufpa.br

Luciano Garcia Lourenção

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Titular-Livre da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: lucianolourencao.enf@gmail.com

Lunara Saraiva Miranda

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: lunarasaraiva@gmail.com

Maria Lúcia Chaves Lima

Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), na qual coordena o Grupo Inquietações: arte, saúde e educação.

E-mail: lucialima@ufpa.br

Márcio Mariath Belloc

Psicólogo, psicanalista e artista; Doutor em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili, validado nacionalmente como Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; supervisor clínico-institucional junto à Referência Técnica em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA; professor do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia; professor colaborador do Curso de Educação Social e do Curso de Psicologia da Universitat Oberta de Catalunya; professor convidado do Medical Anthropology Research Center da Universitat Rovira i Virgili; professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

E-mail: mmbelloc@gmail.com

Mayara Sabrina Luz Miranda

Cirurgiã-Dentista. Professora do Centro Universitário Fibrá. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca)

E-mail: may-miranda@hotmail.com

Melissa Barbosa Martins

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: melissabarbosamartins@gmail.com

Messias Lemos

Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente Sociedade na Amazônia (PPGSAS) /Universidade Federal do Pará (UFPA).

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: messelemos01@gmail.com

Nádile Juliane Costa de Castro

Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: nadilebcastro@hotmail.com

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Psicólogo e Professor associado III da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Coordenador do Grupo de Pesquisa: Trabalho e Saúde na Amazônia:

subjetividade, instituições e políticas. Membro do Grupo Saúde Amazônia.

Coordenador Norte da Rede Unida e integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH).

E-mail: ptarso@ufpa.br

Pietra de Sousa Carneiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: pietrasc98@gmail.com

Rosana Nazaré Leão Souza

Assistente Social e Servidora da Universidade Federal do Pará. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde Interdisciplinar da Amazônia do

Laboratório de Monitoramento e Avaliação em Saúde da Amazônia (SIA/Masa/UFPA) E-mail: rosana1.souza@hotmail.com

Tawane Tayla Rocha Cavalcante

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: tawane.cavalcante@outlook.com

Thais Amanda Nunes Cunha

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).
Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: thaisnunes20@gmail.com

Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos

Graduado em Nutrição pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre em Gestão e Saúde pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: thaisgranado@ufpa.br

Valéria Gabriele Caldas Nascimento

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: valerianascimento5@gmail.com

Viviane Albuquerque Farias

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: albuquerquefariasv@gmail.com

Wanderson Santiago de Azevedo Junior

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: wanderson_santiago12@hotmail.com

Zannifer Borges Carneiro Jorge

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (Gepesca).

E-mail: zanniferb12@gmail.com



editora
redeunida

e-livro^e



SUSTENTABILIDADE
editora **redeunida**

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE COM
A EDITORA REDE UNIDA
www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-76-1



9 788554 329761 >