



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CICERO AYRTON BRITO SAMPAIO

**PROGRAMA SAÚDE NA HORA: ANÁLISE DO PERFIL DO
USUÁRIO QUE ACESSA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
NO HORÁRIO ESTENDIDO, POR REGIÃO DO BRASIL.**

Brasília - DF

2022



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**PROGRAMA SAÚDE NA HORA: ANÁLISE DO PERFIL DO
USUÁRIO QUE ACESSA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
NO HORÁRIO ESTENDIDO, POR REGIÃO DO BRASIL.**

Autor: Cicero Ayrton Brito Sampaio

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Helena Eri Shimizu

Brasília - DF

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

CICERO AYRTON BRITO SAMPAIO

Programa Saúde na Hora: análise do perfil do usuário que acessa a atenção primária à saúde, no horário estendido, por região do Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 25 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Helena Eri Shimizu
Orientadora/UnB

Everton Nunes da Silva
(Membro externo)

Rafael Santos Santa
(Membro – UnB)

Dedico todo o esforço empregado neste trabalho à minha mãe e ao meu pai (em memória), por cada recurso financeiro, emocional e racional que investiram em prol da minha educação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado sabedoria, paciência e força para conclusão deste mestrado.

À minha Mãe, Maria do Socorro Brito Sampaio, pela força e coragem de encarar a vida, sempre disseminando amor, respeito, humildade e carinho.

Ao meu pai, Antonio Jucidê Sampaio de Oliveira (em memória), um homem trabalhador que transmitiu, até o último dia da sua vida, valores como a honestidade, a responsabilidade, a solidariedade e a coragem.

À minha irmã, Maria Gracielle Brito Sampaio, por ser tão presente em minha vida, por compartilhar tantos momentos e por sempre ressaltar que sou capaz.

Ao meu Irmão, Clayrton Brito Sampaio, que mesmo no silêncio me transmite segurança e coragem.

Ao meu companheiro de vida, Francisco Tojal, por estar sempre presente, ensinando-me a ser uma pessoa melhor a cada dia e guiando-me com a sua sabedoria e espiritualidade.

À minha cunhada, Fábria e aos meus sobrinhos, Allefy, Ayanne e Yohane, pelo apoio, brincadeiras e momentos de descontração.

Às minhas amigas, Michelle e Renata, por despertarem em mim o interesse em fazer mestrado e por compartilharem muitos momentos especiais no período em que trabalhei no Ministério da Saúde. Cresci muito com vocês, muito obrigado!

Ao amigo Emanuel, pela sua energia contagiante e por ter ajudado na construção do projeto de pesquisa para seleção do mestrado.

Aos amigos Thiago e Julio que, mesmo distantes, contribuíram com a tradução dos textos para o inglês. Minha eterna gratidão.

À minha prima, Élem, por sempre transmitir sabedoria e paciência, pelos momentos compartilhados em Brasília e por ter contribuído para a liberação do banco de dados desta pesquisa. Sou só grato.

À minha orientadora, a prof^a. Helena Eri Shimizu, por ter me conduzido na construção desta pesquisa. Obrigado pelo compartilhamento de conhecimentos, conversas e direcionamentos.

A todos os amigos e familiares por entenderem os momentos de ausência e sempre me incentivarem.

Aos colegas de mestrado, com quem pude dividir, mesmo que virtualmente, momentos enriquecedores pela variedade de saberes e práticas.

Por fim, a todas as professoras e professores do mestrado, pelos ensinamentos, estímulos, transmissão de conhecimento e ampliação do olhar.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estamos começando; a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Fazemos da interrupção um caminho novo. Da queda, um passo de dança. Do medo, uma escada. Do sonho, uma ponte. E, da procura, um encontro.”

FERNANDO SABINO.

RESUMO

Os aspectos organizacionais destacam-se como desafios para garantir a procura do usuário pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS); dentre esses aspectos, evidenciam-se os horários reduzidos de atendimentos. Como forma de aumentar o acesso, sugere-se a ampliação do horário de atendimento desses serviços. Visando à expansão dessa procura, foi lançado em 2019, pelo Ministério da Saúde, o programa Saúde na Hora (SnH), que viabiliza os serviços da APS implantarem o horário estendido de funcionamento. O objetivo geral deste estudo foi avaliar o perfil e os motivos que levam os usuários a procurarem tais serviços no horário estendido, através do SnH, nas regiões do Brasil, no período de junho de 2019 e dezembro de 2020. Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem descritiva, com base na distribuição geográfica das unidades de saúde que aderiram ao SnH e na análise da quantidade dos atendimentos individuais/odontológicos e procedimentos realizados no horário estendido, por faixa etária, sexo, tipo e problema/condição de saúde avaliados. Os dados obtidos são provenientes do e-Gestor AB e do SISAB. Foi observado que das 49.256 equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, apenas 4.606 tinham o potencial de adesão e intensão de adesão ao SnH em todo o Brasil e apenas 1.816 unidades de saúde implantaram o programa SnH, com uma distribuição, em termos absolutos, de 46,1% na região Sudeste, 19,8% no Nordeste e 15,4%, 9,6% e 9,1% nas regiões Sul, Norte e Centro-Oeste, respectivamente. Em termos relativos, a região Centro-Oeste apresentou 81,2% das implantações, seguida da região Sudeste (44,4%), Nordeste (34,2%), Norte (32,8%) e Sul (29,6%). Foram realizados 6,7 milhões de atendimentos e procedimentos no horário estendido, destes 65% dizem respeito as mulheres e 35%, a homens. Em relação à faixa etária, o maior percentual foi de 20 a 59 anos, com 58,5%. Não há, contudo, grandes variações na análise por sexo. Por sua vez, ao se apresentar o percentual de atendimentos e procedimentos no horário estendido por região, observou-se, entre os adultos, uma variação de 53,5% na região Sudeste e 65,0% na região Norte. Em relação aos tipos de atendimentos, 51,8% foram de atendimento individual, 44,7% de procedimento e 3,5% de atendimento odontológico. Conclui-se que apenas 9,4% dos serviços de APS no Brasil tinham potencial de adesão e intensão de adesão ao SnH, dos quais somente 39,4% realizaram a implantação. A região Sudeste foi a que mais implantou, em termos absolutos; já em termos relativos, foi a região Centro-Oeste. Quanto à análise do tipo de atendimento, percebeu-se que a maior parte foi de atendimentos individuais. Observou-se também que os adultos e as mulheres constituem a maior parte dos usuários que acessam os serviços da APS no horário estendido, sendo, na maioria das vezes, para resolver problemas/condições de saúde relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabetes. O procedimento mais realizado foi a aferição de pressão arterial; em relação ao tipo de atendimento odontológico, predominou a orientação de higiene bucal. A principal reflexão trazida neste estudo é que os gestores municipais de saúde precisam destinar uma maior atenção ao programa SnH, sobretudo porque os dados sugerem que ele tem o potencial de melhorar o acesso aos serviços da APS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Barreiras de Acesso; Horário Estendido.

ABSTRACT

The organizational aspects stand out as challenges to ensure the user's demand for Primary Health Care (PHC) services, among these aspects the reduced hours of care are highlighted. As a way to increase access, it is suggested to extend the opening hours of these services. The Programa Saúde na Hora (SnH) that was launched by the Ministry of Health in 2019 serves to expand the number of people who have access to health care services by providing extended opening hours for PHC services. The purpose of this study was to evaluate the profile of patients and reason that lead users to seek these services at the scheduled time, through the SnH program, in the regions of Brazil, between June 2019 to december 2020. This is a cross-sectional study descriptive, based on the geographic distribution of health units that joined the SnH program, and on the analysis of the number of individual/dental consultations and procedures performed during extended hours, by age group, sex, type and health problem/condition evaluated. The database came from e-Gestor AB and SISAB. It was observed that of the 49,256 eSF and eAP teams, only 4,606 had the potential to join and intend to join the SnH program throughout Brazil, of these only 1,816 health units implemented the SnH program, with a distribution, in absolute terms, of 46.1% in the Southeast region, 19.8% in the Northeast and 15.4%, 9.6% and 9.1% in the South, North and Midwest regions, respectively. In relative terms, the Midwest region had 81.2% of implantations, followed by the Southeast region 44.4%, Northeast 34.2%, North 32.8% and South 29.6%. 6.7 million consultations and procedures were carried out during extended hours, of which 65.0% were women and 35.0% men. Regarding age group, the highest percentage was from 20 to 59 years old with 58.5%. No major variations if analyzed by sex. When presenting these data by region, a variation of 53.5% in the Southeast region and 65.0% in the North region was observed among adults. Regarding the types of care, 51.8% were individual care, 44.7% procedure and 3.5% dental care. It is concluded that only 9.4% of PHC services in Brazil had the potential to join and intend to join the SnH program, of which only 39.4% were implemented. The Southeast region was the one that implemented the most, in absolute terms, and in relative terms, it was the Midwest region. As for the analysis of the type of service, it was noticed that most of them were individual visits. It was also observed that adults and women make up the majority of users who access PHC services during extended hours, most often to solve health problems/conditions related to chronic non-communicable diseases, such as arterial hypertension and the diabetes. Among the most performed procedures, blood pressure measurement stood out, followed by medication administration and temperature measurement, as well as tests to prevent STIs. Among the types of dental care, guidance on oral hygiene predominated. The main reflection brought about in this study is that municipal health managers need to pay greater attention to the SnH program, mainly because the data suggest that it has the potential to improve access to PHC services.

Keywords: Primary Health Care; Access Barriers; Extended Hours.

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1 - Modelos organizacionais da APS, em países ocidentais, com atendimentos em horário estendido.....	28
Tabela 1- Distribuição de equipes existentes, quantidade de serviços com potencial de adesão e intenção de adesão e serviços que implantaram o programa SnH por unidade federada e região do Brasil, de junho 2019 a 2020.....	34
Tabela 2 – Distribuição do tipo de atendimento realizado no horário estendido, por região do Brasil, de junho 2019 a 2020.....	36
Tabela 3 - Distribuição de atendimentos e procedimentos realizados no horário estendido, por faixa etária, sexo e região do Brasil, de junho de 2019 a 2020.....	37
Tabela 4 - Distribuição de atendimentos individuais realizados em usuários do sexo masculino no horário estendido, por problema/condição de saúde avaliado e região do Brasil, de junho 2019 a 2020.....	39
Tabela 5 - Distribuição de atendimentos individuais realizados em usuários do sexo feminino no horário estendido, por problema/condição de saúde avaliado e região do Brasil, de junho 2019 a 2020.....	41
Tabela 6 - Distribuição dos tipos de procedimentos realizados no horário estendido por sexo no Brasil, de junho 2019 a 2020.....	44
Tabela 7 - Distribuição dos tipos de atendimentos odontológicos realizados no horário estendido no Brasil, junho de 2019 e 2020.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APCC	Australian Primary Care Collaboratives
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
EAP	Equipes de Atenção Primária
e-Gestor AB	Plataforma para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAI	Lei de Acesso à Informação
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health System
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica
SnH	Saúde na Hora
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

USF Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. MEU LUGAR DE FALA.....	13
2. INTRODUÇÃO.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO GARANTIA DO ACESSO	20
3.2 BARREIRAS QUE DIFICULTAM O ACESSO AOS SERVIÇOS DA APS.....	24
3.3 ALGUMAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS DE IMPLANTAÇÃO DO HORÁRIO ESTENDIDO DE ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DA APS.....	27
4. OBJETIVOS	30
4.1 OBJETIVO GERAL.....	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5. METODOLOGIA.....	31
6. RESULTADOS	34
7. DISCUSSÃO	45
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
8.1 RECOMENDAÇÕES PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SnH.....	51
9. REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE.....	60
APÊNDICE A - PROGRAMA SAÚDE NA HORA: UMA CARTILHA COM RECOMENDAÇÕES PARA GESTORES DE SAÚDE.....	60
APÊNDICE B - NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE QUE IMPLANTARAM O PROGRAMA SNH POR REGIÃO, UF, MUNICÍPIO E MODALIDADE DE ADESÃO NO BRASIL. JUN 2019 A 2020.....	83

1. MEU LUGAR DE FALA

A minha trajetória na saúde pública teve início em 2007, quando concluí o curso de enfermagem. Meu primeiro emprego foi como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) de um município no interior do Ceará, atuando no desenvolvimento da prática em diversas áreas, tais como assistência de enfermagem individual, sala de vacinação, ações educativas, além de ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem e participação no planejamento, na coordenação e na avaliação das ações de saúde. Em 2009, fui convidado para ser coordenador da atenção básica e de vigilância epidemiológica desse mesmo município, desenvolvendo ações de planejamento, monitoramento e avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da estratégia saúde da família.

Depois de seis anos trabalhando na mesma cidade, decidi por enfrentar um novo desafio; em 2012, um secretário de saúde de outro município, também no interior do Ceará, convidou-me para ser diretor administrativo do hospital municipal, mas logo percebi que a minha paixão era a Atenção Primária à Saúde (APS) e, em 2013, mudei novamente de trabalho, passando a atuar como coordenador da atenção primária em outra localidade.

Em 2014, surgiu uma seleção do Ministério da Saúde (MS) para atuar na Coordenação Nacional de Saúde do Homem em Brasília; fui aprovado e iniciei como minhas atividades como referência técnica nessa coordenação, articulando ações e participando de grupos de trabalho, em parceria com outras áreas do MS, que tratavam das temáticas que transversalizavam a saúde masculina, sensibilizando, apoiando e qualificando profissionais e gestores dos municípios e estados em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), bem como planejando ações nos eixos prioritários da PNAISH: acesso e acolhimento; saúde sexual e saúde reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. Desenvolvi também as seguintes atividades: análise, tabulação e interpretação dados; elaboração de materiais educativos, pareceres, relatórios e notas técnicas; monitoria e avaliação de cursos *online* e organização de eventos, assim como realização de pesquisas.

Em 2019, fiz uma seleção interna no MS e fui atuar na Coordenação-Geral de Garantia de Atributos da Atenção Primária, que faz parte do Departamento da Estratégia Saúde da Família, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O programa Saúde na Hora tinha sido lançado recentemente e atuei junto aos gestores municipais de saúde na sua implantação. Nesse período, surgiu a motivação para fazer esta pesquisa, pois fiquei curioso em saber qual era o perfil e o motivo que levam os usuários a procurarem os serviços da APS no horário estendido, através desse programa, nas regiões do Brasil. Em 2020, participei do processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UnB, com o projeto focado na referida temática; fui aprovado, e os resultados são apresentados neste texto.

Atualmente, atuo como enfermeiro de um serviço privado da estratégia saúde da família, na cidade do Recife-PE, prestando assistência aos participantes, inclusive nos atendimentos de urgência e emergência; planejando, organizando, coordenando, supervisionando e executando ações de enfermagem; realizando interconsultas, visitas domiciliares e hospitalares programadas; elaborando e executando ações e programas de saúde com a equipe de Saúde da Família; emitindo laudos, relatórios e pareceres e elaborando e atualizando protocolos clínicos.

2.INTRODUÇÃO

Os desafios para garantir o acesso do usuário à Atenção Primária à Saúde (APS) abarcam aspectos geográficos e organizacionais, simultaneamente. Os primeiros incluem: a localização distante entre as unidades de saúde e as residências; a infraestrutura local inadequada; a indisponibilidade de transporte; as demarcações territoriais equivocadas e a violência urbana (FIGUEIRA, SILVA E SILVA, 2018). Em relação aos aspectos organizacionais, há um longo tempo de espera para atendimento; preferência dos usuários pela busca por serviços de média e alta complexidade; predominância de práticas centradas na doença; utilização incompleta dos serviços primários; barreiras arquitetônicas para pessoas com deficiência; ações de acolhimento não implantadas; descontinuidade do cuidado pela insuficiência de pessoa; horários de atendimento pouco flexíveis; longo tempo de espera para a realização de exames e de visita dos Agentes Comunitários de Saúde (CAMPOS et al., 2014).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2016), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde, sendo essa a melhor abordagem para produzir resultados sustentáveis e equitativos na saúde das populações das Américas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Conferência Internacional, realizada em 1978, em Alma Ata, definiu a APS como o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, que deve seguir métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance dos indivíduos e das famílias de forma universal, em que os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares nos quais as pessoas vivem e trabalham. Portanto, os sistemas nacionais de saúde devem ser baseados numa APS forte e resolutiva, garantindo o acesso universal e em tempo oportuno às pessoas, ofertando o mais amplo e possível escopo de ações, visando à atenção integral.

Travassos e Castro (2008) reforçam que algumas barreiras dificultam o acesso universal e em tempo oportuno das pessoas aos serviços da APS, tais como: horário

de funcionamento, tempo de espera, acolhimento, qualidade técnica e tipo de profissional disponível.

O Brasil estabelece, nas suas diretrizes sobre o funcionamento das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017), a necessidade de definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e da ampliação do acesso. Destaca ainda que a unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. A pretensa universalidade, por sua vez, tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população, o que implica dizer que tais necessidades devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados e organizados adequadamente no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ainda de acordo com diretrizes supracitadas (BRASIL, 2017), os horários e dias de funcionamento dos serviços de atenção primária à saúde devem ser organizados de uma forma que garantam amplamente o acesso e o vínculo entre profissionais e usuários, desde que os profissionais cumpram, pelo menos, 40 horas semanais durante, no mínimo, cinco dias da semana, nos 12 meses do ano. Dessa forma, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outras. Um mecanismo facilitador seria a abertura da agenda em horários estendidos (após às 17 horas e/ou em finais de semana), possibilitando a acessibilidade e a maior utilização da APS. Todavia, destaca-se que qualquer modalidade adotada para solucionar essa problemática deve considerar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da APS.

Entende-se, assim, que o objetivo de fornecer consultas de atenção primária fora do horário comercial é melhorar o acesso. A ampliação do horário de atendimento como um mecanismo de aumentar a procura aos serviços da APS baseia-se na suposição de que a necessidade não atendida é causada pela falta de capacidade no momento apropriado. Isso pode se dar por conta da superlotação dos serviços nos horários comerciais ou, ainda, devido à falta de tempo do usuário para procurar os serviços da APS no horário comercial. Isso demonstra a importância de fechar as

lacunas das desigualdades em saúde, pois aqueles que têm menos acesso aos serviços podem ser os que mais precisam deles.

Nessa mesma linha de raciocínio, O'Malley (2013) reforça que uma forma de ampliar o acesso à APS é estender o horário de funcionamento, uma vez que o atendimento em horário estendido diminui o risco de fragmentação do cuidado, já que evita que o usuário seja atendido por outros profissionais em departamentos de emergência, que desconheçam o paciente ou não tenham acesso ao seu prontuário. Além disso, pode ajudar a reduzir custos para o sistema de saúde como um todo, visto que atendimentos de emergência custam mais do que visitas às unidades da APS.

O'Malley (2013) destaca ainda que cerca de 65% de todas as consultas em departamentos de urgência hospitalar dos EUA ocorrem entre às 17 horas e às 8 horas da manhã e aos finais de semana, horários em que habitualmente as unidades de APS não estão em funcionamento. Relata também que, durante a semana, a maioria das pessoas preferem utilizar a APS entre 18 e 23 horas; além disso; alguns usuários podem preferir os finais de semana em detrimento das horas noturnas.

Os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam cada vez mais pressões para diminuir a superlotação nos serviços de pronto-socorro. Uma melhor organização e prestação de cuidados primários tem o potencial de gerir a procura e de reduzir os custos dos hospitais, mas os serviços de cuidados primários de rotina, em sua maioria, não estão abertos à noite e aos fins de semana (WHITTAKER et al., 2016).

Iniciativas internacionais, em países como Reino Unido, Itália e Estados Unidos, implantaram estratégias de ampliação dos horários de atendimento em unidades de APS e encontraram resultados positivos na acessibilidade, bem como redução do risco de fragmentação do cuidado, de superlotação dos serviços de emergência e de gastos com serviços de média e alta complexidade (ROCHA, BOCCHI E GODOY, 2016).

Experiências no Brasil demonstram a relação de acesso dos usuários aos serviços da APS com os horários limitados de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USFs) e UBS em horários estendidos, o que condiciona a busca por outros

pontos de atenção de média e alta complexidade em casos de baixa urgência (SILVA et al., 2018).

De acordo com os dados do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2017 e 2018, pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (MS), em todo território nacional – que tem como objetivo o estímulo à avaliação contínua das práticas de atenção e de gestão –, observou-se que no Brasil há um predomínio de funcionamento dos serviços de saúde da APS de segunda a sexta-feira, em dois turnos, e há pouca oferta de serviços em horários alternativos, incluindo-se os finais de semana (BRASIL, 2020a).

Destaca-se que as características estruturais dos serviços da APS impactam o número de internações por condições sensíveis à atenção primária e suas taxas representam indicadores de acesso e qualidade da APS. Assim, nas situações em que as USFs e UBSs não são resolutivas, a demanda por internações hospitalares aumenta, criando despesas desnecessárias e evitáveis. Em relação a isso, o baixo número de serviços da APS funcionando em horários alternativos, apontado no 3º ciclo do PMAQ-AB, é considerado um fator obstante para a população trabalhadora ter acesso aos serviços da APS (ARAÚJO et. al., 2017).

Diante do exposto, o MS do Brasil tem priorizado a execução de gestão pública com base em esforços empreendidos na implementação de iniciativas que reconheçam a excelência da saúde ofertada à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso com qualidade nos diversos contextos do país (BRASIL, 2012).

Com o principal objetivo de ampliar o acesso dos usuários às ações e aos serviços ofertados pela APS nos municípios do Brasil e no Distrito Federal, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS lançou o Programa Saúde na Hora (SnH), por meio da Portaria n.º 930, de 15 de maio 2019, atualmente regulamentado por meio da Portaria n.º 397, de 16 de março de 2020. O programa viabiliza o custeio dos municípios e do Distrito Federal na implantação do horário estendido de funcionamento das USFs e UBSs em todo o território brasileiro (BRASIL, 2020b).

Além de ampliar o acesso dos usuários às ações e aos serviços ofertados pela APS, o programa também prevê estender o horário de funcionamento das USFs

e UBSs; ampliar o número de usuários nas ações e nos serviços promovidos nesses espaços e reduzir o volume de atendimentos de usuários em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. Podem participar do programa as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESFs), as Equipes de Atenção Primária (EAPs) e Equipes de Saúde Bucal (ESBs) credenciadas pelo MS e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em USFs ou UBSs (BRASIL, 2020b).

É importante definir que as USFs e UBSs são estabelecimentos de saúde que oferecem ações e serviços de APS, no âmbito do SUS. São considerados potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde. As UBSs são estabelecimentos que não possuem equipe de Saúde da Família e as USFs são estabelecimentos com ao menos 1 (uma) equipe de Saúde da Família, que possuem funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e, nos 12 meses do ano, possibilitam acesso facilitado à população (BRASIL, 2020b).

O Programa SnH conta com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido: USF com funcionamento de 60 horas semanais; USF com funcionamento de 60 semanais horas com Saúde Bucal e USF ou UBS com funcionamento de 60 horas semanais simplificado. Todas essas modalidades devem garantir o funcionamento do serviço de 12h diárias de 2ª a 6ª feira ou 11h diárias de 2ª a 6ª feira e 5h aos finais de semana. Existe ainda a modalidade de USF com funcionamento de 75 horas semanais com Saúde Bucal, que deve funcionar 15h diárias de 2ª a 6ª feira ou 14h diárias de 2ª a 6ª feira e 5h aos finais de semana (BRASIL, 2020b).

O financiamento federal do programa SnH conta com um incentivo financeiro de custeio mensal por unidade de saúde, que varia de R\$ 15.000,00 a R\$ 59.866,00. Também é disponibilizado um valor financeiro de apoio à implantação do SnH, que é pago em parcela única por unidade de saúde. Os valores são os mesmos de custeio mensal de acordo com a modalidade de adesão (BRASIL, 2020b).

Para mais informações sobre o Programa SnH, veja o apêndice A, intitulado “Programa Saúde na Hora: uma cartilha com recomendações para gestores de

saúde”, um produto técnico criado pelo autor desta pesquisa. No apêndice B, é demonstrado, em formato de tabela, o número de unidades de saúde que implantaram o SnH no Brasil, de junho de 2019 a dezembro de 2020, por região, unidade da federação, município e modalidade de adesão.

Tendo em vista essas premissas, o presente estudo ganha relevância, pois dispõe-se a fazer uma análise da implantação do Programa SnH no Brasil. Afinal, a compreensão dessa dimensão ainda é desconhecida, sobretudo no tocante ao perfil dos usuários que acessam a APS e aos motivos de procurarem as USF e UBS no horário estendido por região do país.

Diante do contexto apresentado, este estudo foi guiado pela seguinte questão de pesquisa: quais o perfil do usuário e os motivos que os levam a procurar os serviços da APS no horário estendido nas unidades de saúde que implantaram o Programa SnH, por região no Brasil?

Como benefício desta pesquisa, pretende-se, a partir dos resultados obtidos, lançar uma contribuição substancial para o conhecimento e o desenvolvimento do campo científico de planejamento de políticas públicas voltadas à saúde coletiva, além de contribuir com a aplicação de estratégias mais efetivas pelos governos municipais, estaduais e federais. Ademais, esta pesquisa se refletirá em uma produção técnica de apoio aos gestores de saúde na implantação/implementação do programa SnH e, conseqüentemente, na melhoria do acesso da população aos serviços da APS no Brasil.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO GARANTIA DO ACESSO

A APS é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade das ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada à APS (STARFIELD, 2002).

A partir desses conceitos, foram definidos os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Além disso, foram estabelecidas também outras três características denominadas atributos derivados da APS: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária, e essa atenção terá maior força se os atributos derivados também estiverem presentes (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a APS ganha destaque por sua capilaridade de deslocar uma dada ênfase ao cuidado em saúde quase que exclusivamente centrada nos serviços para uma perspectiva que pressupõe que as condições de saúde dos indivíduos estão fortemente relacionadas às dimensões sociais, políticas e econômicas em que estão inseridos (PAIM, 1997).

Um dos principais elementos que caracterizam a APS é a sua proximidade territorial ao local de moradia das pessoas e sua maior possibilidade de funcionar como ponto de primeiro contato do sistema de saúde. No Brasil, a organização dos serviços de APS foi impulsionada a partir dos anos de 1980, pelo movimento da reforma sanitária, sob a proposta de conquista do direito à saúde, em uma tentativa de alcançar a justiça social e a cidadania. Na década de 1990, com a efetivação do SUS, a APS foi municipalizada e desenvolvida por meio de políticas públicas e de normas operacionais que garantiram respaldo jurídico, administrativo e financeiro para a criação da ESF (LEVCOVITS, LIMA E MACHADO, 2001).

O principal objetivo da ESF é instituir uma prática assistencial centrada na família, a qual deve ser compreendida a partir de seu ambiente físico e social (ERMEL E FRACOLLI, 2006). Tendo como base uma concepção qualitativa e tecnológica influenciada por autores como Starfield, a ESF se consolidou como grande proposta para reorganização da APS no Brasil, incorporando os princípios próprios na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das ações e de serviços de saúde e pelo alcance de resultados que conformem a integralidade na atenção e a equidade no acesso (GIOVANELLA et al., 2018).

Os avanços na APS no Brasil são inegáveis. De acordo com o e-Gestor AB, até dezembro de 2021, eram mais de 43,2 mil equipes da ESF, 30,6 mil ESBs e uma cobertura na Atenção Básica de 76,1% e na Saúde Bucal de 56,1%.

Como resultado desse avanço, variados estudos passaram a demonstrar a capacidade da APS de produzir importantes efeitos nas condições de saúde da população, impactando os indicadores de mortalidade infantil e adulta, contribuindo com a redução de hospitalizações desnecessárias e melhorando o acesso e a utilização de serviços (MACINKO E MENDONÇA, 2018).

Vale destacar que o conceito de acesso à saúde está ligado aos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. Esse acesso é um dos maiores desafios do sistema público de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países. Ele está relacionado à garantia de atendimento em tempo oportuno, com informação, no horário mais confortável ao usuário, com equipe de referência de forma contínua e resolutiva (CIRINO et al., 2020).

É fundamental ressaltar que acesso e acessibilidade são considerados desafios contemporâneos da organização do SUS. Na literatura científica disponível, é possível encontrar alguns estudos que utilizam tanto os termos acesso e acessibilidade como sinônimos, enquanto outros fazem a diferenciação de significados (ALBUQUERQUE et al., 2014). Para aqueles que optam por diferenciá-los, o acesso está relacionado à disponibilidade dos serviços de saúde pela perspectiva da oferta (TRAD, CASTELLANOS E GUIMARÃES, 2012); já a acessibilidade remete-se às características dos recursos de saúde disponíveis e às características da população, para que estes serviços sejam facilmente utilizados pelos usuários, de acordo com suas necessidades, considerando os limites de espaço e tempo (CLEMENTINO E MIRANDA, 2012). Além disso, a acessibilidade é ponderada como uma temática fundamental nos processos de avaliação em saúde, pois trata da disponibilidade e distribuição social dos recursos (OLIVEIRA et al., 2012).

Logo, organizar sistemas de saúde de forma universal é o melhor caminho para alcançar o direito à saúde, observando os princípios da universalidade de acesso e de cobertura integral das necessidades demandadas, singulares ou coletivas – entendendo a universalidade de acesso como a capacidade de utilizar serviços de

saúde integrais, adequados, oportunos e de qualidade no momento necessário, e a cobertura integral como a capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população, incluindo-se nisso a disponibilidade de infraestrutura, de recursos humanos, de tecnologias da saúde e de financiamento. Para tanto, o sistema deve funcionar de forma regionalizada e integrada a redes coordenadas pelo nível primário de atenção à saúde (GIOVANELLA et al., 2018).

Abaixo serão abordadas brevemente algumas políticas de acesso aos cuidados primários em alguns países, estabelecendo um quadro geral da organização dos Estados para melhorar o acesso por parte da população.

No Reino Unido, em 2002, o National Health System (NHS) estabeleceu o prazo de 24 horas para que o usuário consiga ser atendido por um profissional de saúde e de 48 horas para que consiga atendimento com um clínico geral. Nessa ocasião, muitos serviços de atenção primária à saúde receberam um incentivo financeiro e adotaram o modelo de acesso avançado, que equilibra a demanda com a capacidade diária de prestação de serviço. Já nos EUA, esse modelo foi bem-sucedido, acelerando a entrada no sistema e reduzindo a pressão sobre os recursos clínicos. No entanto, a experiência na Inglaterra ocasionou a redução no agendamento de consultas em longo prazo e o aumento do número de consultas agendadas em 24 e 48 horas, sendo um dos fatores intervenientes na continuidade do cuidado. Dessa forma, o NHS criou um plano de melhoria do acesso, incentivando a obtenção de consultas rápidas e a manutenção dos agendamentos de rotina, visando à continuidade do cuidado (KONTOPANTELIS, ROLAND E REEVES, 2010).

Nos EUA, há diversas políticas direcionadas à resolução da dificuldade de acesso aos cuidados primários: modelos alternativos de cuidado; equipes de saúde bem concebidas; pagamentos por coordenação do cuidado; sistemas informatizados de cuidado e outras ferramentas de cuidado à distância e autodirigido – mesmo assim o problema do acesso persiste (BALASUBRAMANIAN et al., 2010).

Enquanto os EUA focam em expandir a cobertura de saúde, cresce o número de americanos segurados com dificuldade de acesso à APS. A escassez de médicos na APS não é a única razão da dificuldade de os norte-americanos obterem acesso oportuno. Entre as principais razões, estão o desequilíbrio entre a demanda por

consultas e a capacidade dos médicos de providenciá-las, limitação do horário de funcionamento e problemas organizacionais nos Serviços de Atenção Primária à Saúde (BERRY-MILLETT, BANDARA E BODENHEIMER, 2009).

Na Austrália, por sua vez, o governo fundou o Australian Primary Care Collaboratives (APCC), fundamentado no conhecimento dos cenários dos EUA, do Reino Unido e nas próprias experiências australianas com os serviços de atenção primária à saúde, visando ao desenvolvimento das seguintes estratégias: melhoria dos resultados clínicos dos usuários; redução dos fatores de risco ligados ao estilo de vida; manutenção de bons resultados de saúde para aqueles com condições crônicas e complexas e promoção de uma cultura de melhoria da qualidade na APS. Todavia, apenas 36% dos australianos doentes conseguem uma consulta no dia em que necessitam (KNIGHT E LEMBKE, 2011).

Embora a cobertura dos serviços de atenção primária à saúde venha aumentando significativamente em muitos países, a iniquidade de acesso ainda persiste; estudos evidenciam que ainda existem importantes barreiras para o acesso à rede de atenção primária à saúde no Brasil e no mundo.

3.2 BARREIRAS QUE DIFICULTAM O ACESSO AOS SERVIÇOS DA APS

Algumas barreiras dificultam o acesso universal e em tempo oportuno das pessoas aos serviços da APS, são elas: barreiras geográficas – resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários e à utilização dos serviços, por conta da distância e dos custos de deslocamento (tempo e recursos financeiros); barreiras financeiras – existência de relação negativa entre elevação nos preços dos serviços e a sua utilização, aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços; barreiras organizacionais – organização dos serviços, do tipo e da qualidade de recursos humanos e tecnológicos que facilitam ou limitam sua utilização, tais como horário de funcionamento, tempo de espera, acolhimento, qualidade técnica, tipo de profissional disponível; barreiras de informação – impacta tanto a percepção de saúde quanto o seu acesso aos serviços e resulta de ações desenvolvidas no setor saúde junto ao capital cultural das famílias, à escolaridade e ao acesso aos meios de informação (TRAVASSOS E CASTRO, 2008 apud GIOVANELLA, et al., 2008).

A acessibilidade é definida como a ausência de barreiras organizacionais para que os usuários consigam atenção à saúde, como a delimitação de dias e horários de funcionamento. Estudos demonstram que a avaliação dos serviços de saúde relacionada à categoria da acessibilidade apresentou o pior escore médio dentre todos os outros componentes avaliados. Destaca-se o horário limitado de atendimento, relacionado à provisão de atenção à noite, nos finais de semana e em feriados – se o usuário adoecer fora do horário de funcionamento da unidade de saúde, terá que recorrer a outro serviço de saúde (GOMES, FRACOLLI E RETICENA, 2021).

A seguir, serão apresentados alguns estudos internacionais e nacionais que trazem evidências a respeito da presença de barreiras organizacionais nos serviços de APS e de como o horário de funcionamento pode estar ligado ao acesso a eles e, conseqüentemente, à procura por hospitais.

Um estudo destacou que o fator para limitar o impacto da atenção primária na utilização dos serviços de emergência pode ser o horário de funcionamento das unidades de atenção primária. No Reino Unido, essas unidades geralmente funcionam das 8h30 às 18h30, de segunda a sexta-feira. Na Inglaterra, 26,5% do uso não planejado do pronto-socorro ocorreu após tentativas malsucedidas de acesso à atenção primária. Desse modo, estender o acesso aos cuidados primários para além do horário convencional pode reduzir o uso do pronto-socorro, oferecendo aos pacientes uma alternativa à visita aos serviços de urgência e emergência (COWLING, HARRIS E MAJEED, 2015)

Já em um outro estudo, destacou-se que a satisfação dos usuários com o horário em que os serviços da APS no Reino Unido ficam abertos melhora com o incremento da capacidade; porém, a demanda por capacidade adicional só diminuiu com consultas aos sábados. As consultas noturnas durante a semana, por seu turno, não obtiveram resultado significativo quanto à demanda. Assim sendo, a demanda é direcionada pela preferência, e não pela capacidade adicional por si só. Logo, ampliar o horário de funcionamento dos serviços da APS pode não melhorar o acesso dos usuários, se não for considerada a conveniência (MORGAN E BEERSTECHEER, 2011). Para Ralston et al. (2009), há a importância crescente entre os usuários de um cuidado oportuno e centrado em suas necessidades e preferências.

Nos EUA, destacam-se como barreiras de acesso à APS: a limitação do horário de funcionamento, que causa uma explosão de “clínicas de conveniência” (farmácias e centro comerciais), e o aumento de visitas aos serviços de emergências. Para se ter uma ideia, no Reino Unido, 95% dos médicos da APS oferecem horários ampliados a seus usuários; enquanto, nos Estados Unidos, esse número é de apenas 29%. Uma solução para tal cenário é proporcionar incentivo para que os serviços da APS atendam em horário estendido (BERRY-MILLETT, BANDARA E BODENHEIMER, 2009).

Outra pesquisa, agora realizada no Brasil, na cidade do Recife-PE, expressa o descontentamento dos usuários com os serviços oferecidos pela APS. Entre as barreiras apontadas, destacam-se: a organização dos serviços relacionados aos dias e horários de atendimento, em que os usuários precisam chegar muito cedo à unidade, pernoitar ou madrugar, e esperar horas para conseguir uma ficha de atendimento; a falta de atendimento no turno da noite e nos finais de semana e a forma de agendamento de consultas, pois os dias são limitados (LIMA et al., 2015).

Sob a ótica dos profissionais das unidades de saúde de um município do sudoeste goiano, uma pesquisa avaliou os atributos da APS (*acessibilidade à assistência, longitudinalidade, integralidade e coordenação da assistência; orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural*). Evidencia-se que todos esses atributos demonstram uma avaliação satisfatória, exceto a *acessibilidade*, que apresenta uma pontuação mais baixa. Destaca-se que não existem horários alternativos nem flexíveis para atender os usuários que trabalham durante o dia e as consultas nem sempre são agendadas em tempo hábil para disponibilizar a assistência necessária. Tais fatores comprovam que a extensão do atributo *acessibilidade* é insatisfatória para atender as necessidades dos usuários (SANTOS et al., 2017).

Outra análise, realizada em 2015, com pessoas que acessam as UBSs em Teresina no Piauí, demonstra uma queixa dos usuários em relação à limitação dos horários de funcionamento das unidades de saúde à noite e aos finais de semana, o que condicionava a busca por outros pontos de atenção de média e alta complexidade em casos de baixa urgência (SILVA et al., 2018).

Por seu turno, uma pesquisa realizada em Salvador, na Bahia, teve como foco a acessibilidade à atenção primária de famílias negras. Aspectos relacionados a deficiências organizacionais ou à insatisfação com a forma de organização dos serviços foram relatados como eventuais barreiras ou obstáculos que se interpõem entre os usuários e o serviço. O elevado tempo de espera na unidade ou no agendamento de consultas e/ou procedimentos e o horário restrito às consultas médicas ou odontológicas foram os principais pontos para a insatisfação das famílias (TRAD, CASTELLANOS E GUIMARÃES, 2012).

Já uma investigação realizada em Santo Antônio de Jesus, também no estado da Bahia, relata uma situação bem divergente das descritas anteriormente, na qual a maioria dos usuários entrevistados mostra-se satisfeita em relação à acessibilidade. Isso indica que as barreiras de acessibilidade à APS estão sendo quebradas e os usuários têm acesso aos serviços de acordo com suas necessidades. Os resultados do estudo apontaram melhorias no acesso aos serviços de saúde após a implantação da ESF nos distritos sanitários; essa implantação possibilitou a ampliação do acesso e, assim, da acessibilidade, uma vez que a unidade de saúde está próxima à residência dos usuários (CRUZ et al., 2017).

Fica claro que o desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam a quebra de barreiras organizacionais é fundamental, posto que ele se mostrou como um excelente indicador da qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, é necessário o conhecimento a respeito da organização e do funcionamento dos serviços de saúde para fortalecer suas potencialidades e superar os desafios existentes.

3.3 ALGUMAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS DE IMPLANTAÇÃO DO HORÁRIO ESTENDIDO DE ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DA APS.

Diante da discussão realizada até aqui, vê-se que o atendimento adequado fora do horário comercial é importante para que a APS funcione bem. Os sistemas de saúde em todo o mundo estão preocupados com acessibilidade, qualidade e eficiência do atendimento no horário estendido; por isso muitos países estão implantando o horário ampliado de atendimento nos serviços de atenção primária à saúde. Uma pesquisa internacional, realizada em 2007, avaliou os modelos existentes de

atendimentos no horário estendido em países ocidentais (HUIBERS et al., 2009) – conforme destacado na Figura 1.

Figura 1 – Modelos organizacionais da APS, em países ocidentais, com atendimentos em horário estendido



Áreas rurais da Áustria	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo organizacional de clínica geral familiar individual. • As cooperativas de clínica geral (GPs) cuidam de seus próprios pacientes 24 horas por dia, 7 dias da semana.
Noruega	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo organizacional rotativo de grupos de clínica geral familiar . • Os membros das GPs que atuam na mesma região se revezam em plantões para atender a população.
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo organizacional de cooperativas de clínica geral • Os membros da GPs trabalham em organizações sem fins lucrativos e se revezam em plantões para atender a população.
Eslovênia	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo organizacional de centros de atenção primária. • Centros que os participantes podem acessar sem hora marcada para realizar cuidados de saúde na APS com um clínico geral ou médico de família.
Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo organizacional de centros de pequenas lesões e atendimentos • Centros que os participantes podem acessar sem hora marcada para realizar cuidados de saúde na APS com um Enfermeiro.

Destaca-se nessa pesquisa as potencialidades e as fragilidades dos modelos organizacionais de saúde com atendimentos em horário estendido. Nas áreas rurais da Áustria, foram evidenciadas como fragilidade a má continuidade do cuidado e a escassez de médicos de família; como potencialidade, ficou estabelecida a melhoria na acessibilidade. Na Noruega e Holanda, ressaltaram-se como pontos fortes a acessibilidade, a satisfação dos pacientes e a segurança na triagem; como principal fraqueza, foi apontada a insatisfação dos profissionais médicos. Na Eslovênia e Irlanda, também se teve a acessibilidade como um ponto forte; como fragilidades, foram observadas a eficiência, a coordenação dos atendimentos e a insatisfação dos médicos e enfermeiros.

Como conclusão desse estudo, observou-se que os modelos organizacionais baseados em médicos de família e modelos de cuidados integrados para cuidados no horário estendido parecem ter muitos pontos fortes. Essa descoberta é importante para a tomada de decisão dos gestores da área da saúde. Ademais, a continuidade no atendimento no horário ampliado precisa de atenção, independentemente dos modelos que sejam implantados (HUIBERS et al., 2009).

Serviços de atenção primária de alta qualidade melhoram a saúde e reduzem a mortalidade e as desigualdades em saúde. As pressões financeiras sobre o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) na Inglaterra levaram a uma política focada em melhorar o acesso aos cuidados primários, tanto para oferecer um serviço mais conveniente aos pacientes quanto para, ao fazê-lo, diminuir os atendimentos nos serviços hospitalares. Para se ter uma ideia, nos anos de 2014 e 2015, houve 18,5 milhões de atendimentos em departamentos de emergência em hospitais na Inglaterra, 20,9% dos quais resultaram em internação hospitalar. Para tanto, o governo do Reino Unido vem investindo, desde 2013, em várias iniciativas regionais para estender o acesso aos cuidados primários em toda a Inglaterra, como parte de um plano de longo prazo para ampliar o horário de atendimento para os sete dias da semana. Para isso, traçou-se como objetivo a garantia de 100% da população com acesso a consultas de rotina aos fins de semana e à noite até 2020.1 (WHITTAKER et al., 2016).

Ao longo de 2014, 56 clínicas de atenção primária em Manchester, na Inglaterra, ofertaram horário estendido de atendimento, o que incluiu a abertura desses serviços à noite e aos fins de semana para a realização de consultas de urgência e de rotina. Observou-se, com essa experiência, que os atendimentos em pronto-socorro para pacientes, autorreferenciados, com agravos menores caíram 26,4%. Os custos do departamento de emergência também diminuíram (WHITTAKER et al., 2016).

Um estudo italiano, valendo-se de dados administrativos, mostra especificamente que aumentar o horário de funcionamento dos serviços de cuidados primários para 12 horas por dia resulta em uma redução na taxa de atendimentos de emergência desnecessários de 10% a 15% (LIPPI, MAMMI E UGOLINI, 2016).

Em 2013, por meio de um decreto municipal, a prefeitura de Curitiba, no Paraná, ampliou o horário de funcionamento de oito ESFs, com o objetivo de reforçar as ações de saúde e desafogar as unidades de pronto-atendimento 24 horas. Não foi encontrado na literatura, contudo, o resultado dessa ação.

Em 2016, a cidade de Boa Vista, em Roraima, ampliou o horário de funcionamento de duas UBSs – sendo uma com funcionamento nas 24 horas do dia e a outra com horário de funcionamento até meia noite, de segunda a sexta-feira –,

como uma opção para os usuários que não têm tempo de realizar consultas durante o dia. Também aqui não existem estudos que demonstrem quais os efeitos dessa iniciativa.

Em Recife, no estado de Pernambuco, novas USFs vêm sendo implantadas desde o ano de 2013, denominadas de “upinhas 24 horas”. Esses equipamentos possuem horário de atendimento estendido para consultas, das 7h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, e 24 horas para as pequenas urgências durante todos os dias da semana, incluídos os finais de semanas e os feriados. Essa iniciativa não contempla os usuários que trabalham no horário comercial, tendo em vista os problemas de mobilidade da cidade, pois os serviços da APS são estendidos nessas unidades em apenas 3 horas por dia, se comparado com as outras USFs do município. Esse problema seria diminuído se o horário de atendimento fosse estendido a mais horas noturnas ou aos finais de semana (PESSOA, GOUVEIA E CORREIA, 2017).

Diante do contexto, verifica-se que analisar estratégias para ampliação de acesso aos cuidados de saúde é um tema relevante e que os governos federal, estadual e municipal devem garantir acesso aos serviços de saúde por meio da implantação/implementação de novos modelos que fortaleçam a APS.

4.OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o perfil dos usuários e o motivo que os levam à procura pelos serviços da APS no horário estendido, através do programa SnH, no período de junho de 2019 a dezembro de 2020, nas regiões do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a distribuição geográfica de implantação do Programa SnH nas regiões do Brasil;
- Analisar o tipo de atendimento realizado no horário estendido das unidades de saúde que implantaram o Programa SnH nas regiões brasileiras;

- Analisar o perfil do usuário e o motivo que os levam ao acesso da Atenção Primária à Saúde no horário estendido, nas unidades de saúde que implantaram o Programa SnH nas regiões do país;
- Elaborar uma lista com recomendações para gestores municipais de saúde que implantarem e/ou implementarem o programa SnH.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, com base na distribuição geográfica das USFs e UBSs que implantaram o programa SnH e na investigação do perfil e dos motivos que levam os usuários a procurarem os serviços da APS. Para isso, foi feita uma análise da quantidade dos atendimentos individuais/odontológicos e procedimentos realizados no horário estendido nas regiões brasileiras, no período de junho de 2019 a dezembro de 2020. Essas informações foram coletadas através do e-Gestor AB e do Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB).

Definem-se como USFs e UBSs que implantaram o programa SnH aqueles serviços que, após publicação de portaria de homologação de adesão pelo Ministério da Saúde, cumprem com os requisitos mínimos dentro do prazo máximo de até 6 competências consecutivas do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), são eles: cadastro do serviço no SCNES; número mínimo de serviços cadastrados no SCNES, de acordo com o formato de adesão; funcionamento conforme o formato adesão; carga horária mínima exigida pelo programa para cada categoria profissional; cadastro do gerente de APS no SCNES – não sendo exigido para o formato de funcionamento de 60h simplificado – e implantação do prontuário eletrônico.

É importante definir que atendimentos individuais são todas as informações de atendimentos individualizados registradas por profissionais de nível superior das equipes que atuam nas USFs e UBSs, com exceção do cirurgião dentista. Já o atendimento odontológico é o registro de informações realizado pela equipe de saúde bucal nos serviços de APS. Quanto aos procedimentos, são registros da produção realizada por profissionais de nível superior e médio das equipes da APS, com

exceção da equipe de Saúde Bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2021).

Para este estudo, foi considerado horário estendido o acesso do usuário às USFs e UBSs após as 17 horas de segunda-feira a sexta-feira e em qualquer turno aos finais de semana. Não é objetivo do estudo, porém, realizar uma análise comparativa da produção realizada no horário comercial com a realizada no horário estendido; o foco serão os atendimentos e procedimentos realizados no horário ampliado. Salienta-se, ainda, que foram incluídas nesta pesquisa todas as unidades de saúde que implantaram o Programa SnH de junho de 2019 a dezembro de 2020.

O banco de dados foi solicitado por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI) e disponibilizado pelo MS, em outubro de 2021, em formato de planilha eletrônica através do Microsoft Excel 2010. Do e-Gestor AB, foram extraídos os dados da distribuição das unidades de saúde com potencial e intensão de adesão ao programa SnH, bem como os serviços que implantaram o programa. Do SISAB, obteve-se a quantidade de atendimentos e procedimentos realizados no horário estendidos nas USF e UBS que implantaram o SnH por por tipo, turno, faixa etária, sexo e região.

As variáveis analisadas foram: o potencial e a intensão de adesão e distribuição de unidades de saúde que implantaram o SnH; os atendimentos individuais/odontológicos e procedimentos realizados por tipo, turno, faixa etária, sexo e região; os atendimentos individuais realizados por problema/condição de saúde avaliados, sexo e região; os tipos de procedimentos realizados por sexo e os tipos de atendimentos odontológicos realizados.

Nesse quadro, vale destacar que o potencial de adesão se refere à quantidade de USFs e UBSs que já tinham o mínimo de equipes de saúde vinculadas para adesão ao SnH até o seu lançamento. Já a intenção de adesão está relacionada aos municípios que não apresentavam a quantidade de equipes mínimas vinculadas aos serviços da APS até o lançamento do programa, mas que, manifestando formalmente a sua intenção de adesão, teriam prioridade no credenciamento de novas equipes pelo MS, de equipes mínimas vinculadas aos serviços da APS (Brasil, 2020b).

Os dados foram tabulados por meio de tabela dinâmica no *software* Microsoft Excel e, para chegar aos objetivos do estudo, foi realizada uma análise descritiva

deles, através de frequências absolutas (quantidade) e relativas (%), da seguinte forma:

- 1) A análise da distribuição geográfica do programa SnH foi feita por meio do levantamento da quantidade de unidades de saúde que implantaram o programa entre junho de 2019 e dezembro de 2020, por região no Brasil, através do estudo de dados disponível no e-Gestor AB;
- 2) A análise do tipo de atendimento realizado no horário estendido foi definida com base na distribuição da produção realizada nas unidades de saúde que implantaram o programa no período analisado, em função das regiões brasileiras. Para obtenção desses dados, foram identificados os tipos e as quantidades de atendimentos individuais/odontológicos e procedimentos realizados pelas USFs e UBSs, por meio da análise de dados disponíveis no SISAB;
- 3) Para traçar o perfil e levantar as causas de os usuários acessarem a Atenção Primária à Saúde no horário estendido das unidades de saúde que implantaram o SnH no período analisado, foi realizada a distribuição dos atendimentos individuais/odontológicos e procedimentos por sexo, faixa e região do país. Em seguida, foram detalhados os principais problemas/condições de saúde e os motivos pelos quais os usuários procuram os serviços da APS, com distribuição por tipo de atendimento, sexo e região, através da análise de dados disponíveis no SISAB;
- 4) A lista com recomendações para o gestor municipal de saúde implantar e/ou implementar o programa SnH foi construída com base nos resultados obtidos por meio da apresentação e discussão dos dados e será apresentada nas considerações finais deste estudo.

A pesquisa não foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa, pois está em conformidade com o Art. 1, parágrafo único, da Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Uma das limitações do estudo é o método utilizado: um estudo descritivo que não permite aprofundamentos das causalidades. A outra diz respeito ao pouco tempo de implementação do programa.

6. RESULTADOS

Conforme a Tabela 1, verifica-se que das 49.256 equipes da eSF e eAP existentes no Brasil, apenas 9,4% tinham potencial e/ou intensão de adesão ao programa SnH; dessas, 40,8% estão na região Sudeste (SE), 22,7% na região Nordeste (NO) e 20,5%, 11,6% e 4,4% nas regiões Sul (S), Norte (N) e Centro-Oeste (CO) respectivamente.

Entretanto, menos da metade das unidades de saúde com potencial e/ou intensão de adesão implantaram o SnH em todo o Brasil, apenas 1.816, distribuídas por regiões, em termos absolutos, da seguinte forma: 46,1% na região Sudeste, 19,8% na região Nordeste e 15,4%, 9,6% e 9,1% nas regiões Sul, Norte e Centro-Oeste respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição de equipes existentes, quantidade de serviços com potencial de adesão e intenção de adesão e serviços que implantaram o programa SnH por unidade federada e região do Brasil, de junho 2019 a 2020.

Região	UF	Quantidade de equipes (eSF e eAP) existentes	%	Quantidade de serviços com potencial e intensão de adesão ao SnH	%	Quantidade de serviços que implantaram o SnH	%
SE	ES	975	2,0	84	1,8	19	1,0
	MG	5.828	11,8	603	13,1	264	14,5
	RJ	2.902	5,9	333	7,2	182	10,0
	SP	6.727	13,7	859	18,6	372	20,5
	Total	16.432	33,4	1.879	40,8	837	46,1
NE	AL	898	1,8	65	1,4	16	0,9
	BA	3.952	8,0	216	4,7	10	0,6
	CE	2.686	5,5	187	4,1	138	7,6
	MA	2.185	4,4	195	4,2	65	3,6
	PB	1.460	3,0	50	1,1	5	0,3
	PE	2.401	4,9	52	1,1	27	1,5
	PI	1.347	2,7	81	1,8	71	3,9

	RN	1.091	2,2	83	1,8	10	0,6
	SE	671	1,4	118	2,6	17	0,9
	Total	16.691	33,9	1.047	22,7	359	19,8
S	PR	2.617	5,3	389	8,4	127	7,0
	RS	2.484	5,0	308	6,7	59	3,2
	SC	1.977	4,0	247	5,4	94	5,2
	Total	7.078	14,4	944	20,5	280	15,4
N	AC	1.977	4,0	26	0,6	4	0,2
	AM	834	1,7	124	2,7	75	4,1
	AP	159	0,3	32	0,7	10	0,6
	PA	1.556	3,2	158	3,4	31	1,7
	RO	380	0,8	74	1,6	21	1,2
	RR	136	0,3	29	0,6	0	0,0
	TO	515	1,0	90	2,0	34	1,9
	Total	5.557	11,3	533	11,6	175	9,6
CO	DF	466	0,9	32	0,7	26	1,4
	GO	1.578	3,2	120	2,6	94	5,2
	MS	674	1,4	28	0,6	40	2,2
	MT	780	1,6	23	0,5	5	0,3
	Total	3.498	7,1	203	4,4	165	9,1
Total	49.256	100,0	4.606	100,0	1.816	100,0	

Na Tabela 2, observa-se que ocorreram 6,7 milhões de atendimentos e procedimentos no horário estendido nas USFs e UBSs que implantaram o SnH em todo o Brasil, no período de junho de 2019 a dezembro de 2020. Desses, 51,8% são de atendimento individual, 44,7% de procedimento e 3,5% de atendimento odontológico.

Ainda de acordo com a Tabela 2, ao serem analisados os dados por região, verifica-se variação nos atendimentos individuais: de 40,0% a 63,2% nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente. Já em relação aos procedimentos, a variação é de 31,3% no Nordeste e 57,8% na região Norte e, nos atendimentos odontológicos, ocorreu uma variação de 2,2% no Norte e 4,9% no Nordeste.

Tabela 2 – Distribuição do tipo de atendimento realizado no horário estendido, por região do Brasil, de junho 2019 a 2020.

Região	Tipo do atendimento						Total
	Atendimento Individual		Procedimento		Atendimento Odontológico		
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SE	1.511.226	52,2	1.277.022	44,1	106.998	3,7	2.895.246
NE	922.064	63,8	453.137	31,3	70.699	4,9	1.445.900
S	559.386	48,2	573.197	49,4	28.360	2,4	1.160.943
N	306.161	40,0	442.004	57,8	16.674	2,2	764.839
CO	220.877	41,5	293.873	55,2	17.566	3,3	532.316
Total	3.519.714	51,8	3.039.233	44,7	240.297	3,5	6.799.244

Em relação ao perfil dos usuários, apresentado na Tabela 3, nota-se que dos atendimentos e procedimentos realizados no horário estendido pelas unidades de saúde que implantaram o Programa SnH no Brasil, 65,0% são de mulheres e 35,0% de homens. Em relação à faixa etária, o maior percentual é de 20 a 59 anos, com 58,5%; seguido da faixa etária de 60 anos e mais, com 19,9%; de 0 a 09 anos, com 13,7%, e de 10 a 19 anos, com 7,8%.

Ao apresentar tais dados por sexo e ciclos de vida no Brasil, observa-se que a maior procura é de mulheres adultas (61,7%), seguida de idosas (19,0%), de crianças (11,6%) e de adolescentes (7,8%). Entre os homens, por sua vez, a maior procura também é de adultos (52,7%), seguidos de idosos (21,7%), de crianças (17,7%) e, por último, de adolescentes (7,9%) (Tabela 3).

Se apresentados também os dados por região e sexo, verifica-se uma pequena variação, nas mulheres, de 62,2% na região Norte e 66,4% na região Nordeste e, nos homens, de 33,6% na região Nordeste e 37,8% na região Norte (Tabela 3).

Por outro lado, ao ser realizada uma análise por região e ciclo de vida, percebe-se, entre os adultos que acessaram as USFs e UBSs no horário estendido, uma variação de 53,5% na região Sudeste e de 65,0% na região Norte. Entre os idosos, tal variação é de 15,0% na região Norte e 21,5% no Sudeste. Quanto às crianças, essa variação é de 9,7% nas regiões Norte e Sul e 18,5% na região Sudeste. Já em relação

aos adolescentes, observa-se a menor variação entre as regiões, de 6,5% no Sudeste e 9,5% no Norte (Tabela 3).

Em relação ao sexo e ciclos de vida em cada região, identifica-se, no Centro-Oeste, uma variação no sexo masculino de 8,9% entre os adolescentes e 56,2% entre os adultos. No sexo feminino, essa variação é de 9,0% entre crianças; de 9,0% entre os adolescentes e de 65,7% entre os adultos. A região Nordeste apresenta uma variação no sexo masculino de 8,9% entre os adolescentes e 55,0% entre os adultos e, no sexo feminino, de 7,6% entre as crianças e 64,7% entre os adultos (Tabela 3).

Na região Norte, evidencia-se uma variação no sexo masculino de 9,0% entre os adolescentes e 60,4% nos adultos; no sexo feminino ela foi de 7,7% entre crianças e 69,3% nos adultos. Por sua vez, a região Sudeste apresenta uma variação no sexo masculino de 6,7% entre os adolescentes e de 47,8% nos adultos; em relação ao sexo feminino, ela é de 6,4% entre os adolescentes e 56,5% entre os adultos. Já a região Sul apresenta uma variação no sexo masculino de 8,2% entre os adolescentes e de 54,8% entre os adultos; quanto ao sexo feminino apresentam-se 7,3% entre as crianças e 64,3% entre os adultos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de atendimentos e procedimentos realizados no horário estendido, por faixa etária, sexo e região do Brasil, de junho de 2019 a 2020.

Região	Faixa etária	Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		Quantidade	%
		Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
CO	00 a 09	32.609	16,5	30.086	9,0	62.695	11,8
	10 a 19	17.620	8,9	29.982	9,0	47.602	8,9
	20 a 59	111.178	56,2	219.723	65,7	330.901	62,2
	60 ou +	36.480	18,4	54.638	16,3	91.118	17,1
	Total	197.887	37,2	334.429	62,8	532.316	100,0
NE	00 a 09	78.272	16,1	73.107	7,6	151.379	10,5
	10 a 19	43.322	8,9	77.043	8,0	120.365	8,3
	20 a 59	267.206	55,0	620.863	64,7	888.069	61,4
	60 ou +	97.045	20,0	189.042	19,7	286.087	19,8

	Total	485.845	33,6	960.055	66,4	1.445.900	100,0
	00 a 09	37.342	12,9	36.486	7,7	73.828	9,7
	10 a 19	26.062	9,0	46.244	9,7	72.306	9,5
N	20 a 59	174.865	60,4	329.223	69,3	504.088	65,9
	60 ou +	51.199	17,7	63.418	13,3	114.617	15,0
	Total	289.468	37,8	475.371	62,2	764.839	100,0
	00 a 09	216.157	21,6	318.026	16,8	534.183	18,5
	10 a 19	66.803	6,7	121.970	6,4	188.773	6,5
SE	20 a 59	477.052	47,8	1.071.713	56,5	1.548.765	53,5
	60 ou +	238.444	23,9	385.081	20,3	623.525	21,5
	Total	998.456	34,5	1.896.790	65,5	2.895.246	100,0
	00 a 09	58.009	14,1	54.580	7,3	112.589	9,7
	10 a 19	33.583	8,2	67.986	9,1	101.569	8,7
S	20 a 59	224.771	54,8	483.037	64,3	707.808	61,0
	60 ou +	93.816	22,9	145.161	19,3	238.977	20,6
	Total	410.179	35,3	750.764	64,7	1.160.943	100,0
	00 a 09	422.389	17,7	512.285	11,6	934.674	13,7
	10 a 19	187.390	7,9	343.225	7,8	530.615	7,8
Brasil	20 a 59	1.255.072	52,7	2.724.559	61,7	3.979.631	58,5
	60 ou +	516.984	21,7	837.340	19,0	1.354.324	19,9
	Total	2.381.835	35,0	4.417.409	65,0	6.799.244	100,0

A Tabela 4 apresenta a distribuição de atendimentos individuais realizados por usuários do sexo masculino, no horário estendido, por problema/condição de saúde avaliado. Nota-se que, no Brasil, a maior procura foi para realização de puericultura (28,6%), seguida de avaliação da hipertensão arterial (27,9%). Em seguida, evidenciam-se a diabetes (14,5%), a saúde mental (9,7%), a reabilitação (4,0%), a saúde sexual e reprodutiva (3,2%) e a obesidade (2,8%).

Ao se analisar os mesmos dados por região, percebe-se, no sexo masculino, que a puericultura, a hipertensão arterial, a diabetes, a saúde mental, a reabilitação e a saúde sexual e reprodutiva apareceram entre os seis principais problemas/condições de saúde mais avaliados em todas as regiões do país, com uma variação no percentual de puericultura de 24,6% na região Sul e 44,5% na região

Norte e de hipertensão arterial de 23,6% na região Centro-Oeste e 29,7% na região Sul. Sobre a diabetes, a variação é de 11,3% no Centro-Oeste e de 24,3% na região Sul. A procura por cuidados com a saúde mental varia de 7,5% na região Sul e 11,3% no Nordeste. A reabilitação apresenta 2,5% na região Nordeste e 4,5% no Sudeste e a saúde sexual e reprodutiva teve uma variação de 1,6% na região Sul e de 9,5% no Nordeste (Tabela 4).

Destacam-se, ainda, dentre os principais problemas/condições de saúde mais avaliados no sexo masculino, a obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste, com 2,0% e 3,8% respectivamente; as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) nas regiões Sul e Norte, com 1,5% e 1,8% respectivamente; a dengue na região Centro-Oeste, com 3,9% (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de atendimentos individuais realizados em usuários do sexo masculino no horário estendido por problema/condição de saúde avaliado e região do Brasil – de junho 2019 a 2020.

Região	Problema/condição de saúde avaliado	Quantidade	%
Centro-Oeste	Puericultura	24.071	35,1
	Hipertensão arterial	16.144	23,6
	Diabetes	7.768	11,3
	Saúde mental	6.708	9,8
	Dengue	2.683	3,9
	Reabilitação	2.022	3,0
	Saúde sexual e reprodutiva	1.959	2,9
	Outros	7.135	10,4
	Total	68.491	100,0
Nordeste	Hipertensão arterial	80.782	29,6
	Puericultura	78.940	28,9
	Diabetes	37.032	13,6
	Saúde mental	30.906	11,3
	Saúde sexual e reprodutiva	13.015	4,8
	Reabilitação	6.945	2,5
	Obesidade	5.410	2,0

	Outros	20.212	7,4	
	Total	273.242	100,0	
Norte	Puericultura	44.095	44,5	
	Hipertensão arterial	18.814	19,0	
	Saúde sexual e reprodutiva	9.452	9,5	
	Diabetes	8.263	8,3	
	Saúde mental	5.158	5,2	
	Reabilitação	4.262	4,3	
	IST	1.786	1,8	
	Outros	7.356	7,4	
	Total	99.185	100,0	
	Sudeste	Hipertensão arterial	121.091	29,0
		Puericultura	104.596	25,1
Diabetes		56.250	13,5	
Saúde mental		43.523	10,4	
Reabilitação		18.577	4,5	
Obesidade		16.007	3,8	
Saúde sexual e reprodutiva		11.896	2,9	
Outros		45.411	10,9	
Total		417.350	100,0	
Sul	Hipertensão arterial	47.249	29,7	
	Puericultura	39.053	24,6	
	Diabetes	38.639	24,3	
	Saúde mental	11.869	7,5	
	Reabilitação	6.436	4,0	
	Saúde sexual e reprodutiva	2.578	1,6	
	IST	2.417	1,5	
	Outros	10.718	6,7	
	Total	158.959	100,0	
Brasil	Puericultura	290.755	28,6	
	Hipertensão arterial	284.079	27,9	
	Diabetes	147.952	14,5	
	Saúde mental	98.163	9,7	

Reabilitação	41.181	4,0
Saúde sexual e reprodutiva	32.184	3,2
Obesidade	28.895	2,8
Outros	94.017	9,2
Total	1.017.227	100,0

A Tabela 5 apresenta a distribuição de atendimentos individuais realizados em usuários do sexo feminino no horário estendido por problema/condição de saúde avaliado. Ela nos permite observar que, no Brasil, o problema/condição de saúde com maior procura é a hipertensão arterial (20,8%), seguida da puericultura (18,7%) e da saúde sexual e reprodutiva (11,2%); destacam-se também o pré-natal (10,2%), a saúde mental (8,9%), bem como o exame preventivo do câncer de colo do útero (6,7%) e a obesidade (3,5%).

Ao serem analisados os mesmos dados por região, nota-se que a hipertensão arterial e a puericultura são os problemas/condições de saúde mais avaliados nas regiões do país, com exceção da região Norte: a hipertensão com uma variação de 13,7% no Norte e de 25,4% no Nordeste e a puericultura com uma variação de 26,5% no Sudeste e 34,5% no Norte. Ressaltam-se, também, em todas as regiões, a saúde sexual e reprodutiva, com uma variação de 4,9% no Sul e 13,8% no Norte; o pré-natal, com uma variação de 8,6% no Sudeste e de 15,3% no Centro-Oeste; a diabetes, com uma variação de 6,4% na região Norte e de 14,4% na região Sul; a saúde mental, com uma variação de 4,3% no Norte e de 11,2% no Centro-Oeste. O exame preventivo do câncer do colo do útero está entre os sete principais problemas/condições de saúde avaliados em 4 regiões: Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, com uma variação de 2,6% na região Centro-Oeste e de 8,9% no Sul. A reabilitação apareceu na região Norte como um dos sete principais problemas/condições avaliados (3,3%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de atendimentos individuais realizados em usuários do sexo feminino no horário estendido, por problema/condição de saúde avaliado e região do Brasil, de junho 2019 a 2020.

Região	Problema/condição de saúde avaliado	Quantidade	%
	Puericultura	41.398	27,2

	Hipertensão arterial	26.090	17,1
	Pré-natal	23.361	15,3
	Saúde mental	17.027	11,2
Centro- Oeste	Diabetes	11.442	7,5
	Saúde sexual e reprodutiva	10.283	6,7
	Rastream. de câncer do colo do útero	4.038	2,6
	Outros	18.748	12,3
	Total	152.386	100,0
	Hipertensão arterial	164.814	25,4
	Puericultura	121.508	18,7
	Saúde sexual e reprodutiva	72.609	11,2
	Diabetes	69.688	10,7
Nordeste	Saúde mental	66.426	10,2
	Pré-natal	56.923	8,8
	Rastream. de câncer do colo do útero	24.347	3,8
	Outros	72.506	11,2
	Total	648.822	100,0
	Puericultura	71.418	34,5
	Pré-natal	30.470	14,7
	Saúde sexual e reprodutiva	28.580	13,8
	Hipertensão arterial	28.323	13,7
Norte	Diabetes	13.264	6,4
	Saúde mental	8.797	4,3
	Reabilitação	6.833	3,3
	Outros	19.291	9,3
	Total	206.976	100,0
	Hipertensão arterial	228.712	20,9
	Puericultura	180.680	16,5
	Saúde sexual e reprodutiva	140.848	12,9
Sudeste	Saúde mental	101.067	9,2
	Pré-natal	94.549	8,6
	Diabetes	93.895	8,6
	Rastream. de câncer do colo do útero	78.050	7,1

	Outros	176.074	16,1
	Total	1.093.876	100,0
	Hipertensão arterial	83.372	20,8
	Puericultura	74.792	18,7
	Diabetes	57.769	14,4
	Pré-natal	53.714	13,4
Sul	Rastream. de câncer do colo do útero	35.541	8,9
	Saúde mental	27.829	6,9
	Saúde sexual e reprodutiva	19.456	4,9
	Outros	47.954	12,0
	Total	400.427	100,0
	Hipertensão arterial	520.099	20,8
	Puericultura	468.726	18,7
	Saúde sexual e reprodutiva	281.320	11,2
	Pré-natal	255.277	10,2
Brasil	Diabetes	239.380	9,6
	Saúde mental	222.107	8,9
	Rastream. de câncer do colo do útero	167.369	6,7
	Outros	348.202	13,9
	Total	2.502.487	100,0

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos tipos de procedimentos mais realizados, no horário estendido por sexo no Brasil. Essa informação não será descrita por região, por não apresentar diferenças relevantes quanto aos tipos e às quantidades. Nesse cenário, observa-se que, em ambos os sexos, a maior procura é por realização de aferição de pressão arterial (PA), seguida de administração de medicação e aferição de temperatura, sem grandes diferenças nos percentuais entre homens e mulheres.

Ressaltam-se, também, em ambos os sexos, a realização de Testes Rápidos (TR) para HIV, hepatite C e Sífilis; a medição de peso e altura; a realização de curativo; a medição de glicemia capilar e a coleta de material para realização de exame laboratorial – sem apresentar grandes diferenças nos percentuais entre os sexos (Tabela 6).

Entre os dez tipos de procedimentos mais realizados, destacam-se ainda, no sexo feminino, o exame citopatológico (8,6%) e o TR de gravidez (1,3%); já no sexo masculino, estão em evidência a retirada de pontos e a inalação/nebulização com 1,1% e 0,6% respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos tipos de procedimentos realizados no horário estendido por sexo no Brasil, de junho 2019 a 2020.

Masculino			Feminino		
Tipo de Procedimento	Quantidade	%	Tipo de procedimento	Quantidade	%
Aferição de PA	378.925	36,3	Aferição de PA	696.808	34,9
Adm. medicam.	197.761	18,9	Adm. medicam.	431.372	21,6
Aferição de temp.	156.435	15,0	Aferição de temp.	230.008	11,5
TR-HIV, hep.C, Síf.	93.159	8,9	Exame citopat.	170.929	8,6
Peso e altura	76.144	7,3	TR-HIV, hep.C, Síf.	160.912	8,1
Curativos	57.855	5,5	Peso e altura	119.509	6,0
Glicemia capilar	35.544	3,4	Curativos	39.099	2,0
Col. mat. p/ exam.	16.923	1,6	Glicemia capilar	49.659	2,5
Retirada de pontos	11.373	1,1	Col.mat. p/ exam.	33.910	1,7
Inalação/nebuliz.	6.496	0,6	Teste ráp. Gravid.	26.176	1,3
Outros	13.016	1,2	Outros	37.221	1,9
Total	1.043.631	100,0	Total	1.995.601	100,0

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos tipos de atendimentos odontológicos mais realizados em usuários que acessam os serviços da atenção primária à saúde no horário estendido no Brasil. Tal informação não será descrita por região e sexo, também por não apresentar diferenças substanciais relativas aos percentuais.

Dentro do referido quadro, vê-se que dos 240 mil atendimentos odontológicos realizados, a maior procura é para obter orientação de higiene bucal(23,2%); seguida de restauração de dente (17,2%); de profilaxia/remoção da placa bacteriana (9,9%); de raspagem alisamento e polimento supragengivais (8,9%); de aplicação tópica de flúor (individual por sessão) (7,6%); de exodontia (6,8%); de selamento provisório de cavidade dentária (6,2%); de evidenciação de placa bacteriana (5,8%); de acesso à

polpa dentária e medicação (3,6%); de curativo de demora com ou sem preparo biomecânico (3,1%); de capeamento pulpar (2,6%) e de retirada de pontos de cirurgias básicas (1,8%).

Tabela 7 - Distribuição dos tipos de atendimentos odontológicos realizados no horário estendido no Brasil, de junho de 2019 a 2020.

Tipos de atendimentos odontológicos	Quantidade	%
Orientação de higiene bucal	55.746	23,2
Restauração de dente	41.424	17,2
Profilaxia/remoção da placa bacteriana	23.721	9,9
Raspagem alisamento e polimento supragengivais	21.317	8,9
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	19.195	8,0
Exodontia	16.310	6,8
Selamento provisório de cavidade dentária	14.928	6,2
Evidenciação de placa bacteriana	13.880	5,8
Acesso a polpa dentária e medicação	8.573	3,6
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	7.330	3,1
Capeamento pulpar	6.241	2,6
Retirada de pontos de cirurgias básicas	4.208	1,8
Outros	7.424	3,1
Total	240.297	100,0

7. DISCUSSÃO

Verificou-se, neste estudo, que houve discrepância entre as unidades que poderiam aderir ao programa SnH e as que concretizaram a sua implantação, sendo que a região que mais conseguiu o implantar, em termos relativos, foi a Centro-Oeste (81,2%), seguidas das regiões Sudeste (44,4%), Nordeste (34,2%), Norte (32,8%) e Sul, que obteve o menor percentual de implantações (29,6%). Alguns critérios normativos podem ter contribuído com a dificuldade de implantação do programa, como a quantidade de equipes mínimas vinculadas aos serviços da APS e a exigência de implantação do prontuário eletrônico (BRASIL, 2020b). Além disso, a resistência dos profissionais de saúde quanto a trabalharem em horários estendidos e a falta de

maior divulgação para os gestores também podem ter contribuído para a menor implantação do SnH.

Contudo, o programa veio a contribuir, de fato, com a melhoria do acesso aos serviços da APS, pois, de acordo com o 3º ciclo do PMAQ, 99,3% das unidades abrem entre seis e oito horas e trinta minutos, e 89,4% encerram suas atividades entre dezesseis e dezoito horas e trinta minutos. Outrossim, foram contabilizadas apenas 1,6% de unidades funcionando aos sábados e 0,7% aos domingos, em todo o território nacional.

Esse mesmo estudo demonstrou que, nas regiões Sul e Sudeste, os municípios de pequeno porte apresentaram características positivas, relacionadas ao funcionamento das USFs e UBSs durante todos os dias da semana, inclusive aos sábados e/ou domingos, ao horário de funcionamento das unidades de saúde no atendimento às necessidades dos usuários e à realização da marcação de consultas. Por conseguinte, os usuários das regiões Sul e Sudeste avaliaram mais positivamente a acessibilidade sócio-organizacional dos serviços de APS do que os usuários das outras regiões do país (CARVALHO et al., 2018).

Possivelmente, o programa SnH veio a contribuir também para melhorar uma grande lacuna no acesso aos serviços da APS na região Nordeste, que, segundo os resultados do 3º ciclo PMAQ, apresentavam problemas de acessibilidade organizacional, como a marcação de consulta, que era em dias e horários fixos, o horário de funcionamento das unidades, que não se adequava às necessidades dos usuários e, principalmente, o fato de as unidades de saúde não funcionarem nos cinco dias úteis da semana (CARVALHO et al., 2018).

Notou-se também uma grande diferença entre os sexos na procura pelos serviços da atenção primária no horário estendido: praticamente de cada três atendimentos e procedimentos realizados, dois foram de mulheres. Entretanto, ao se analisar esse mesmo dado por região, não houve grandes diferenças.

Um estudo sobre as características principais das pessoas que acessam os serviços da APS no Brasil destacou que a grande maioria dos usuários das USFs e UBSs era formada por mulheres, representando 76% dos acessos, sem diferenças entre as regiões (GUIBU et al., 2017). Pode-se inferir, com isso – fazendo um

comparativo com os dados encontrados nesta pesquisa –, que, no horário estendido, mesmo a procura das mulheres aos serviços da APS se apresentando maior que a dos homens, o percentual diminuiu para 65%, demonstrando que o programa SnH melhora o acesso da população masculina às USFs e UBSs.

A presença de homens nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, é menor do que a das mulheres. Essa dificuldade de acesso está diretamente ligada à socialização dos homens, em que o cuidado não é incorporado como uma prática de saúde e também os serviços de saúde são considerados poucos aptos a absorverem as demandas apresentadas pelos homens. Nesse sentido, vê-se que a sua organização não estimula o acesso; a ambiência não é adequada e atrativa para os homens; além de esses serviços serem percebidos como espaços femininos, frequentado principalmente por mulheres e composto por equipes de profissionais de saúde formadas, em sua maioria, também por mulheres (GOMES, FRACOLLI E RETICENA, 2021).

Observa-se que os homens não se reconhecem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido ao fato de que as ações preventivas e educativas em saúde são dirigidas quase exclusivamente às mulheres (SCHRAIBER, 2005).

Salienta-se ainda que os motivos que impedem os homens de procurarem os serviços de saúde estão relacionados a fatores institucionais, como a organização do horário de funcionamento das unidades de saúde da família, pois não atendem às necessidades do grupo masculino. É importante a reorganização, a resolutividade e a implementação de estratégias dos serviços de saúde para garantir o acesso ao serviço de saúde por essa população (SANTOS et al., 2017).

Quando analisado o percentual de usuários que realizaram atendimentos e procedimentos nas USFs e UBSs no horário estendido por faixa etária, observou-se, em todas as regiões, que a maioria foi de pessoas adultas, seguida de idosos, de crianças e de adolescentes. A grande procura de pessoas em idade produtiva no horário estendido pode demonstrar uma melhora no acesso aos serviços da atenção primária à saúde, já que, como destaca Pessoa et al. (2017), o acesso às UBSs não ocorre de maneira tão fácil e igualitária no Brasil: muitos usuários são prejudicados pelo fato da maioria de as USFs e UBSs funcionarem apenas em horário comercial –

como no caso da situação dos trabalhadores e das trabalhadoras que não têm disponibilidade de atendimento fora do horário de trabalho. Nesse quadro, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012 estimaram as horas de trabalho semanais exercidas por trabalhadores(as) brasileiros(as), indicando que 72,7% atuam entre 40 e 49 horas ou mais (IBGE, 2010).

De acordo com um estudo realizado na Grande Manchester, na Inglaterra, ao se investigar a procura das pessoas pelos serviços de atenção primária no horário estendido, demonstrou-se que os usuários são tipicamente mais jovens do que aqueles que acessam esses serviços no horário comercial (WHITTAKER et al., 2016). Nesse sentido, vê-se que os homens na faixa etária produtiva não fazem uso dos serviços de saúde pela inconveniência de terem que faltar ao trabalho. Ademais, essa questão também tem envolvimento com a construção das masculinidades, uma vez que existe uma tendência de priorizar o trabalho, considerando-o como elemento primordial para a manutenção da função de provedor (SANTOS et al., 2017). Dessa forma, na visão de muitos homens, destinar suas horas de trabalho às unidades de saúde pode ter como consequência o desemprego (CARNEIRO, ADJUTO E ALVES, 2019).

Também se observou, em todas regiões, que o percentual entre as mulheres adultas é maior do que o percentual entre os homens adultos. Um estudo realizado no Brasil para a avaliação da faixa etária dos usuários que acessam os serviços da APS, em qualquer turno de atendimento, destaca que 42,9% das mulheres estão entre 18 e 39 anos. Já entre os homens, a faixa etária entre 40 e 49 anos é a que mais acessa as USFs e UBSs no Brasil, com 37,3% (GUIBU et al., 2017).

Chama a atenção, neste estudo, uma maior procura pelos serviços da APS de crianças de 0 a 9 anos, com destaque para ações de puericultura. Possivelmente, o programa SnH tem facilitado o acesso de mulheres trabalhadoras formais ou informais que têm dificuldade em outros horários à realização do acompanhamento do desenvolvimento das crianças. Isso remete à situação social da mulher, que assume um papel nuclear na família em relação aos cuidados com a saúde, acessando com mais frequência os serviços de saúde. Uma pesquisa realizada em duas UBS na região do Butantã, em São Paulo, com o objetivo de identificar expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças quanto às consultas de saúde, também

demonstrou que, entre as 30 acompanhantes entrevistados, 93% eram mulheres (ASSIS E VERISSIMO, 2015).

Ao se observar a distribuição de atendimentos individuais realizados no Brasil por sexo e por problema/condição de saúde avaliados, destacaram-se, em ambos os sexos, a hipertensão arterial, a diabetes, a saúde mental e a saúde sexual e reprodutiva. Entre os homens foram detectadas a reabilitação, a obesidade, as infecções sexualmente transmissíveis e a dengue; entre as mulheres, o pré-natal e o rastreamento de câncer de colo de útero.

Um estudo realizado na Bahia, entre os anos de 2015 e 2019, destacou a hipertensão arterial (18,8%), a reabilitação (11,0%), a saúde mental (10,7%), a diabetes (5,0%), a saúde sexual e reprodutiva (2,6%) e a obesidade (1,2%) como os principais problemas/condições de saúde mais avaliados na APS entre os homens (BOAS et al., 2021). Os dados apresentados nesse estudo corroboram os encontrados nesta pesquisa, já que, em todas as regiões, foi evidenciado o grande número de usuários que procuram a APS para resolver problemas/condições de saúde devido às doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabetes. Chama a atenção aqui, também, o grande número de pessoas buscando as unidades de saúde por questões de saúde mental e saúde sexual e reprodutiva.

Na análise da distribuição dos tipos de procedimentos mais realizados entre os sexos, destacaram-se, entre os homens e as mulheres, a aferição de pressão arterial, seguida da administração de medicação e da aferição de temperatura, bem como da realização de testes rápidos para HIV, hepatite C e sífilis, da medição de peso e altura, da realização de curativo, da medição de glicemia capilar e da coleta de material para realização de exame laboratorial. Ademais, predominaram ainda, no sexo feminino, o exame citopatológico e o teste rápido de gravidez; no sexo masculino, apareceram a retirada de pontos e a inalação/nebulização.

Um estudo destacou que a administração de medicamentos (42,7%), a aferição de pressão arterial (34,4%), a realização de testes rápidos para HIV, hepatite C e sífilis (11,6%), a realização de curativo (2,6%), a inalação/nebulização (2,4%) e a retirada de pontos (2,2%) foram os procedimentos mais procurados pelos usuários da APS (BOAS et al., 2021). Infere-se, com isso, fazendo um comparativo com esta pesquisa,

que os procedimentos mais realizados pelas unidades de saúde praticamente não mudam, mesmo realizando uma comparação entre os sexos.

Quanto à análise da distribuição dos tipos de atendimentos odontológicos mais realizados no horário estendido, destacaram-se a orientação de higiene bucal, a restauração de dentes e a profilaxia/remoção de placa bacteriana. Em uma pesquisa, relatou-se que a orientação e a restauração de dente permanente também foram os principais tipos de atendimentos realizados pelas equipes de saúde bucal no horário comercial, com 32,9% e 24,7% respectivamente (BOAS et al., 2021). Isso demonstra que os tipos de atendimentos odontológicos mais realizados não mudam, independente do horário de funcionamento dos serviços de APS; mas certamente o programa SnH é muito importante para aumentar o acesso a esses serviços.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que apenas 9,4% dos serviços de APS no Brasil tinham potencial de adesão e intensão de adesão ao programa SnH; desses, apenas 39,4% realizaram a implantação; além disso, somente 39,4% dos serviços de saúde com potencial de adesão e intensão de adesão implantaram o SnH em todo Brasil. A região Sudeste foi a que mais implantou, em termos absolutos; já em termos relativos, foi a região Centro-Oeste.

Quanto à análise do tipo de atendimento, percebeu-se que a maior parte foi de atendimentos individuais e que os adultos e mulheres constituem a maior parte dos usuários que acessam os serviços da APS no horário estendido – sendo, na maioria das vezes, para resolver problemas/condições de saúde relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e a diabetes.

Entre os procedimentos mais realizados, destacaram-se a aferição de pressão arterial, seguida de administração de medicação e aferição de temperatura, bem como de realização de testes para prevenção de ISTs. Já entre os tipos de atendimentos odontológicos, predominou a orientação de higiene bucal.

A principal reflexão trazida neste estudo é de que os gestores municipais de saúde precisam destinar uma maior atenção ao programa SnH, principalmente porque os dados sugerem que ele tem o potencial de melhorar o acesso aos serviços da APS.

8.1 RECOMENDAÇÕES PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SNH.

- 1) Identificar no município se existe alguma USF e/ou UBS com o perfil de aderir ao programa SnH e, se for o caso, requerer adesão ao MS;
- 2) Verificar as portarias de homologação do MS para acompanhar as solicitações de adesão ao SnH do município, pois, após a publicação da portaria de homologação da adesão, as unidades de saúde devem cumprir alguns requisitos dentro do prazo máximo de até 6 competências consecutivas do SCNES, sob pena de cancelamento de sua adesão;
- 3) Verificar se todas as unidades de saúde homologadas no programa SnH pelo MS foram implantadas no município;
- 4) Assegurar que todas as UBSs e USFs que implantaram o programa SnH estão cadastradas no SCNES;
- 5) Garantir o número mínimo de equipes cadastradas nos serviços de saúde que implantaram o SnH, de acordo com a modalidade de adesão;
- 6) Manter o horário de funcionamento no SCNES das USFs e UBSs que implantaram o Programa SnH, de acordo com a modalidade de adesão homologada;
- 7) Garantir a carga horária mínima dos profissionais de nível médio e superior no SCNES, de acordo com a PNAB e a Portaria n.º 930, de 15 de maio de 2019;
- 8) Cadastrar e manter o gerente nos serviços de saúde que aderiam ao SnH, não sendo isso obrigatório para a modalidade 60h simplificado;
- 9) Disponibilizar prontuário eletrônico para todas as equipes da unidade vinculada ao programa SnH;
- 10) Acompanhar mensalmente se todas as unidades de saúde que implantaram o SnH no município estão cumprindo com os requisitos mínimos para o recebimento do recurso financeiro federal;

- 11) Acompanhar, no processo de financiamento, se o recurso financeiro federal para o custeio dos serviços de saúde do Programa SnH está sendo repassado mensalmente;
- 12) Identificar o turno de atendimento no horário estendido em que o usuário mais acessa o serviço e, se for o caso, readequar os horários de funcionamento das USFs e UBSs de acordo com a procura da população, posto que, como foi demonstrado na apresentação e discussão dos dados, isso varia em cada região;
- 13) Traçar o perfil da população que acessa o serviço no horário estendido, para que a equipe de saúde realize ações mais específicas;
- 14) Planejar ações junto aos profissionais que atuam nas USFs e UBSs para melhorar o acesso da população masculina aos serviços ofertados no horário estendido, visto que, como foi debatido na apresentação e discussão dos dados, o acesso das mulheres, em todas as regiões, é bem superior que o dos homens;
- 15) Promover processos de capacitação – para os profissionais que atuam nas USFs e UBSs – sobre o programa SnH;
- 16) Criar indicadores relacionados ao SnH para monitorar e avaliar a sua implantação;
- 17) Realizar oficinas de monitoramento e avaliação dos efeitos da implantação do programa SnH no acesso da população aos serviços da APS;
- 18) Elaborar relatórios de gestão semestrais, incluindo informações sobre o programa SnH;
- 19) Produzir, sistematicamente, informes técnicos, em meio eletrônico e material impresso, sobre o SnH, destinados aos profissionais que atuam no serviço e à população;
- 20) Realizar pesquisas para verificar qual o horário de funcionamento dos serviços da APS que atende às necessidades da população.

Pelo exposto nesta dissertação, observa-se como principais linhas de pesquisa futuras a realização de estudos sobre a resistência dos profissionais de saúde quanto

a atuarem nos serviços da APS no horário estendido, assim como o desconhecimento dos gestores de saúde sobre o programa SnH.

Como estratégia de disseminação desta pesquisa, sugere-se o seu envio para o Departamento da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, bem como para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), para ser divulgada junto aos gestores de saúde.

Por fim, espera-se que este estudo seja utilizado para nortear a tomada de decisão por parte da gestão do SUS nas esferas municipais e estaduais, assim como na esfera federal, a fim de possibilitar a melhoria do acesso aos serviços da APS no Brasil e contribuir com uma aplicação de estratégias mais efetivas pelos governos.

9. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. DO S. V. DE et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

ARAUJO, W. R. M. et al. Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 75, 1 jan. 2017.

ASSIS, L. C. F.; VERISSIMO, M. DE L. Ó. R. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 2, p. 317–329, 2010.

BALASUBRAMANIAN, H. et al. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health Care Management Science**, v. 17, n. 1, p. 31–48, 3 mar. 2014.

BERRY-MILLET, R.; BANDARA, S.; BODENHEIMER, T. The health care problem no one's talking about. **J. Fam. Pract.**, v. 58, n. 12, p. 633–637, 2009.

BOAS, A. et al. Demandas masculinas para o atendimento na atenção primária à saúde. **Revista**, v. 10, n. 3, p. 551–560, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2ª ed. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica 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, anexo XXII. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui O Programa "Saúde na Hora", Que Dispõe Sobre O Horário Estendido de Funcionamento das Unidades de Saúde da Família: altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017. Brasília, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria da Atenção Básica (PMAQ) – 3º Ciclo. Brasília, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as

Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, 2021.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 12 fev. 2019.

CARVALHO, B. R. et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 462–469, dez. 2018.

CIRINO, F. M. S. B. et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2111, 19 maio 2020.

CLEMENTINO, F.; MIRANDA, F. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família. **Rev. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 584–590, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.**, 2016.

COWLING, T. E.; HARRIS, M. J.; MAJEED, A. Evidence and rhetoric about access to UK primary care. **BMJ**, v. 350, n. mar31 2, p. h1513–h1513, 31 mar. 2015.

CRUZ, J. D. S. et al. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 5, p. 641–648, 1 set. 2017.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica.** [s.l: s.n.]. 1988.

e-GestorAB. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 533–539, dez. 2006.

FERNANDES, L.; GOMES, J. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto - Contabilidade Em Texto**, v. 3, n. 4, 2009.

FIGUEIRA, M. C. E S.; SILVA, W. P. DA; SILVA, E. M. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1178–1188, maio 2018.

GIOVANELLA, L.; ET AL. Contribuições dos Estudos do PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In **MENDONÇA, M. H. M. et al (org). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**, p. 569–609, [s.d.]. 2018.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; RETICENA, K. DE O. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 179–189, out. 2021.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

GUIBU, I. A. et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 17s, 22 set. 2017.

HUIBERS, L.; ET AL. **Atendimento fora do expediente em países ocidentais: avaliação de diferentes modelos organizacionais**. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em Síntese. Trabalho**. 2012. Disponível em <https://Brasilemsintese.Ibge.Gov.Br/Trabalho>. Acesso em: 23 out. 2021.

JC ONLINE. **Upinhas ajudam na atenção básica**. 2014. Disponível em: <https://Jc.Ne10.Uol.Com.Br/Canal/Cidades/Saude/Noticia/2014/08/26/Upinhas-Ajudam-Na-Atencao-Basica-142254.Php>. Acesso em: mar. 2021.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments: getting it right. **Aust. Fam. Physician**, v. 40, p. 20–23, 2011.

KONTOPANTELIS, E.; ROLAND, M.; REEVES, D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. **BMC Fam. Pract**, v. 11, n. 61, p. 2–15, 2010.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635–656, jun. 2015.

LIPPI BRUNI, M.; MAMMI, I.; UGOLINI, C. A extensão do horário de funcionamento da atenção primária reduz o uso de serviços de emergência? **J Economia Da Saúde**, v. 50, p. 144–155, 2016.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.

MENDONÇA, M. M. et al. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1625–1636, maio 2021.

MORGAN, C. L.; BEERSTECHEER, H. J. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: an observational study. **British Journal of General Practice**, v. 61, n. 589, p. e498–e507, 1 ago. 2011.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047–3056, nov. 2012.

O'MALLEY, A. S. After-Hours Access To Primary Care Practices Linked With Lower Emergency Department Use And Less Unmet Medical Need. **Health Affairs**, v. 32, n. 1, p. 175–183, jan. 2013.

OPAS/OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Declaração-Alma-Ata. **Anais...**1978.

OPAS/OMS. **Portifólio de Cooperação Técnica. Representação no Brasil**. 2016.

PAIM, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In **Fleury S, organizadora. Saúde e democracia, a luta do CEBES**. Lemos., 1997.

PESSOA, B.; GOUVEIA, E.; CORREIA, I. Funcionamento 24 horas para Unidades de saúde da família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017.

PREFEITURA DE BOA VISTA. **Prefeitura Municipal de Boa Vista: Prefeitura entrega primeira Unidade Básica de Saúde 24h de Boa Vista**. <https://Boavista.Rr.Gov.Br/Noticias/2016/06/Prefeitura-Entrega-Primeira-Unidade-Basica-de-Saude-24h-de-Boa-Vista>, [s.d.].

PREFEITURA DE CURITIBA. **Prefeitura Municipal de Curitiba: Com 44 novas equipes do Saúde da Família, Curitiba vai ampliar horário de oito unidades de saúde**. <https://Www.Curitiba.Pr.Gov.Br/Noticias/Com-44-Novas-Equipes-Do>

Saude-Da-Familia-Curitiba-Vai-Ampliar-Horario-de-Oito-Unidades-de-Saude/29004, 2013.

RALSTON, J. D. et al. Group Health Cooperative's Transformation Toward Patient-Centered Access. **Medical Care Research and Review**, v. 66, n. 6, p. 703–724, 23 dez. 2009.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. DE. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 87–111, mar. 2016.

SANTOS, N. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 12 mar. 2018.

SCHRAIBER, L. B. **Eqüidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. Gênero e Saúde: programa saúde da família em questão. Abrasco**, 2005.

SILVA, A. N. E et al. Primary care assessment from a male population perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 236–243, abr. 2018.

Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica – SISAB. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>, [s.d.]. Acesso em: 20 mar. 2021.

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

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. DA S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1007–1013, dez. 2012.

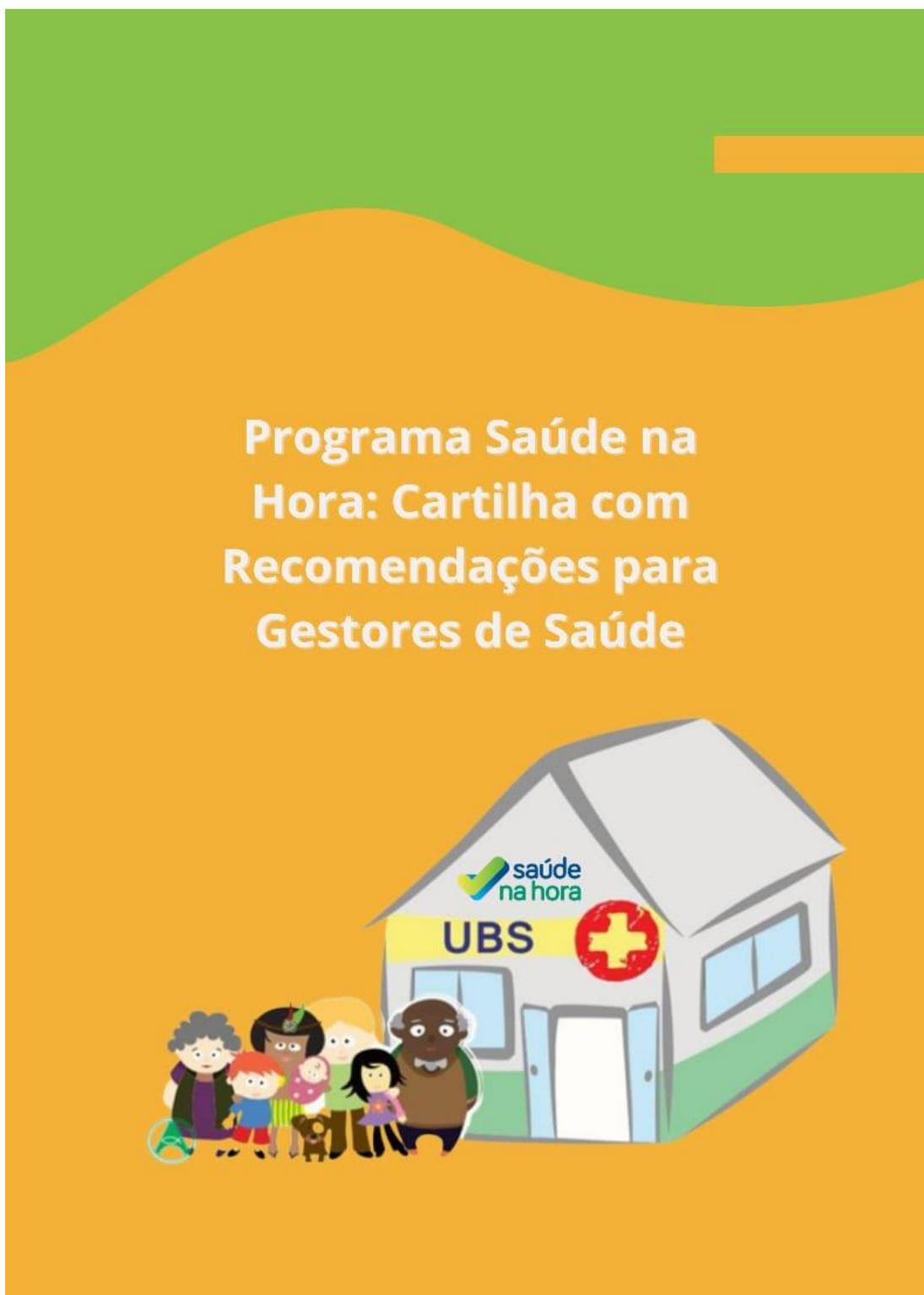
TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil (pp. 215–243)**, 2008.

WHITTAKER, W. et al. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. **PLOS Medicine**, v. 13, n. 9, p. e1002113, 6 set. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Programa saúde na hora: Uma cartilha com recomendações para gestores de saúde.



Programa Saúde na Hora: Cartilha com Recomendações para Gestores de Saúde



Todos os direitos reservados. A reprodução do todo ou de parte desse documento não é permitida sem a autorização prévia e formal do elaborador.

1ª edição

Elaboração e Organização:

Cícero Ayrton Brito Sampaio

Colaboradores:

Helena Eri Shimizu

Maria Gracielle Brito Sampaio

Apoio:

Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília.

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação:

Maria Gracielle Brito Sampaio

Sumário

1. Apresentação **04**
2. O que é o Programa Saúde na Hora (SnH)? **06**
 - 2.1 Objetivos do Programa SnH. **06**
 - 2.2 Horário de funcionamento e quantitativo mínimo de equipes de saúde por formato de adesão ao programa. **07**
 - 2.3 Requisitos que os gestores de saúde devem cumprir após portaria de homologação do Ministério da Saúde (MS). **09**
 - 2.4 Incentivo financeiro de custeio mensal do programa SnH por modalidade de adesão. **12**
3. Implantação do programa SnH no Brasil. **13**
4. Tipos de atendimentos/procedimentos e perfil dos usuários que acessam os serviços da atenção primária a saúde, no horário estendido, por meio do programa SnH no Brasil. **15**
5. Recomendações para gestores municipais de saúde implantarem e/ou implementarem o programa SnH. **17**
6. Referências bibliográficas. **21**

Apresentação

Esta cartilha aborda o programa Saúde na Hora (SnH) e tem como objetivo trazer recomendações para gestores de saúde implantarem/implementarem o programa em seus municípios.

O Programa SnH foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), por meio da Portaria Nº 930, de 15 de maio 2019, e passou por atualizações e hoje é regulamentado pela Portaria Nº 397 de 16 de março de 2020. O programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro (BRASIL, 2020), tendo como principal objetivo ampliar o acesso dos usuários às ações e serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios e Distrito Federal do Brasil.

Os sistemas de saúde em todo o mundo, enfrentam - cada vez mais - pressões para diminuir a superlotação nos serviços de pronto socorro. Sabe-se que uma melhor organização e prestação de cuidados primários tem o potencial de gerir a procura e reduzir os custos dos hospitais, para isso, os serviços de cuidados primários devem ser abertos à noite e aos fins-de-semana (WHITTAKER et al., 2016).

Supõe-se que, esse horário estendido, reduza a procura sobre os serviços hospitalares de urgência e emergência ao mesmo tempo que irá melhorar o acesso da população aos serviços da APS no Brasil.

Portanto, é importante que os gestores de saúde conheçam o programa SnH e quais as recomendações para implantá-lo e/ou implementá-lo.

Boa leitura!

2. O que é o Programa Saúde na Hora (SnH)?

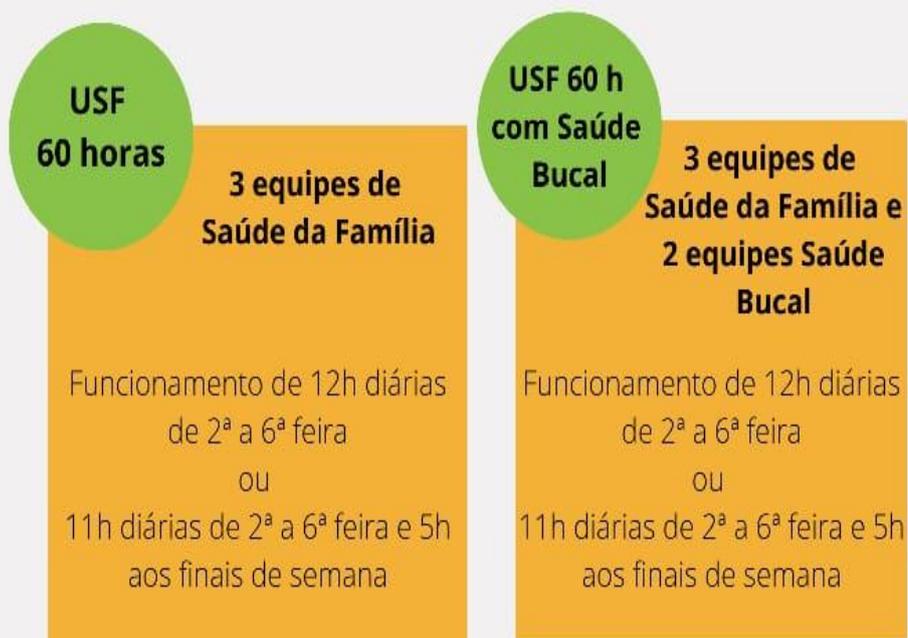
O programa Saúde na Hora (SnH) viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro (BRASIL, 2020). Foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS (SAPS/MS), instituído por meio da Portaria Nº 930 de 15 de maio 2019, atualmente é regulamentado pela Portaria Nº 397 de 16 de março de 2020.

2.1 Objetivos do Programa SnH

- Ampliar o acesso às ações e serviços ofertados pela APS;
- Ampliar o horário de funcionamento das USF e UBS, possibilitando maior acesso dos usuários aos serviços;
- Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Ampliar o número de usuários nas ações e serviços promovidos pelas USF e UBS;
- Reduzir o volume de atendimentos de usuários em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

2.2 Horário de funcionamento e quantitativo mínimo de equipes de saúde por formato de adesão ao programa.

O Programa SnH conta com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formatos de funcionamento em horário estendido, são eles: USF com funcionamento de 60h semanais, USF com funcionamento de 60h semanais com Saúde Bucal, USF com funcionamento de 75h semanais com Saúde Bucal e USF ou UBS com funcionamento de 60h semanais simplificado. Cada formato de adesão deve apresentar um quantitativo mínimo de equipes de saúde, conforme demonstra a figura abaixo.





A adesão dos municípios e Distrito Federal ao programa tem caráter voluntário, ocorre por meio da área de acesso restrita do e-Gestor AB.

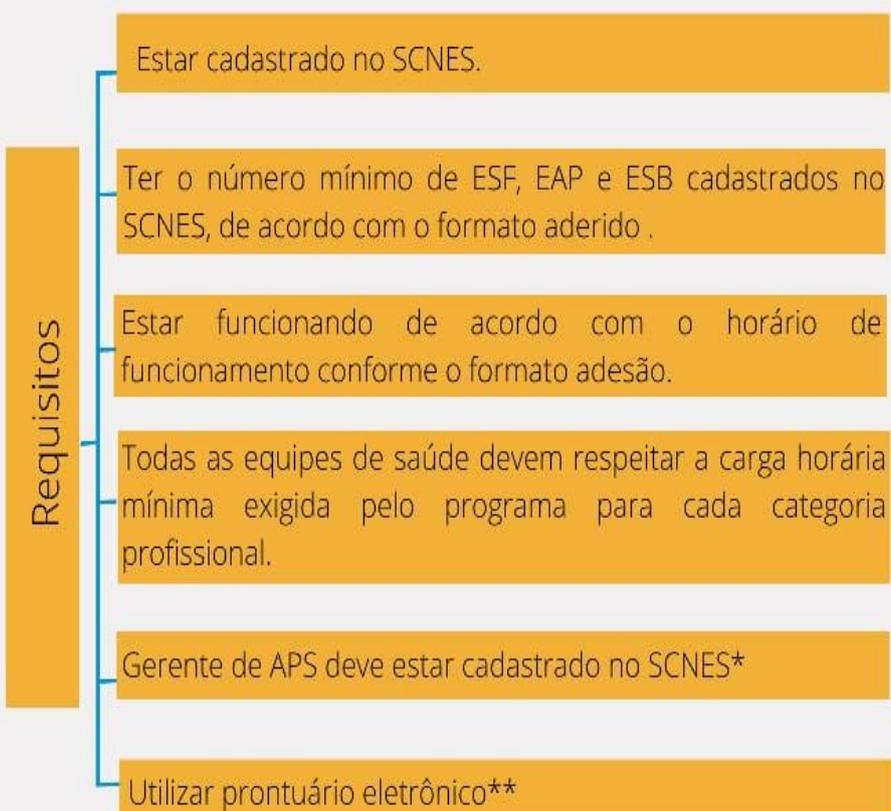
Saiba mais acessando o passo a passo para adesão em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/saude_hora/PassoaPasso_ProgramaSaudeNaHora.pdf

Após a solicitação de adesão por parte do gestor municipal ou do Distrito Federal, o MS realiza a análise técnica e orçamentária. As solicitações deferidas são publicadas em portaria e, posteriormente, a publicação da portaria de homologação da adesão, as unidades de saúde devem cumprir alguns requisitos dentro do prazo máximo de até 6 competências consecutivas do SCNES, sob pena de cancelamento de sua adesão (BRASIL, 2020b).

O item 2.3 demonstra os seis requisitos que os gestores de saúde devem cumprir.

Vale destacar que, de acordo com Portaria Nº 930 de 15 de maio 2019, os municípios que não apresentassem a quantidade de equipes mínimas, vinculadas às USF e UBS, para realizar adesão ao Programa SnH poderiam manifestar formalmente a intenção de aderir ao Programa e teriam prioridade no credenciamento de novas ESF, EAP e ESB pelo MS.

2.3 Requisitos que os gestores de saúde devem cumprir após portaria de homologação do MS.



*Profissional de nível superior, com Código Brasileiro de Ocupação - CBO 1312-10 ou cadastrado na USF como Diretor Clínico/Gerente/Administrador, carga horária mínima de 30 horas semanais, e não cadastrado em nenhuma equipe da USF em que atua como gerente). Esse requisito não é exigido para o formato de funcionamento de 60h simplificado, para todos os outros formatos é necessário o cadastro do gerente no SCNES.

** Esse critério tem prazo de 12 competências a partir da publicação da portaria de homologação de adesão para o formato de funcionamento 60h simplificado, para todos os outros formatos é necessário a instalação do prontuário eletrônico e transmissão para o SISAB.

Importante ressaltar algumas informações relacionadas aos requisitos para a implantação do Programa SnH de acordo com a Portaria nº 397, de 16 de março de 2020, quanto ao:

Cadastro no CNES

A Unidade de Saúde homologada no Programa SnH deverá estar com o cadastro no SCNES ativo e com todas as informações referentes a este estabelecimento atualizadas.

Número mínimo de equipes cadastradas

Varia de acordo com o formato de adesão, se USF 60h, deve ter no mínimo 3 eq. Saúde da Família cadastradas no SCNES; Se USF 60h com Saúde Bucal são 3 eq. Saúde da Família e 2 eq. de Saúde Bucal no formato USF ou UBS com 60h Simplificado pode ser 2 ESF de 40h; ou 1 ESF de 40h e 1 EAP de 20h; ou 2 EAP de 30h; ou ainda 3 EAP de 20h. No formato USF 75h com Saúde Bucal devem ser cadastradas no mínimo 6 eq. Saúde da Família e 3 eq. de Saúde Bucal.

Horário de Funcionamento das Unidades

O horário de funcionamento das unidades deve estar ajustado de acordo com a modalidade homologada – 60 ou 75h no SCNES. A unidade não deve ser fechada durante o horário do almoço.

Equipe com carga horária mínima

Os profissionais de nível superior que compõem as ESF e ESB participantes do Programa SnH, podem apresentar carga horária individual mínima de 20h semanais, desde que para cada categoria profissional o somatório mínimo corresponda a 40h semanais. Os demais profissionais de nível médio, devem ter no mínimo 40h semanais por profissional (Auxiliares, Técnicos e Agentes Comunitários de Saúde) para cada ESF. Nas UBS em que há EAP, cada profissional deverá cumprir a carga horária de 20 ou 30h, não sendo aceita carga horária individual inferior a 20h semanais.

Cadastro do Gerente

O gerente é requisito obrigatório em três modalidades: 60h, 60h com SB e 75h com SB, não sendo obrigatório para a modalidade 60h simplificado; deve ser profissional de nível superior; a carga horária mínima é de 30h e deve estar registrado no sob o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) 1312-10 ou cadastrado na USF no campo Diretor Clínico/Gerente/Administrador.

Utilização do Prontuário Eletrônico

Todas as equipes da unidade vinculada ao Programa SnH devem ter prontuário eletrônico instalado e em utilização no momento das consultas. Esse critério tem prazo de adequação de 12 competências a partir da publicação da portaria de homologação de adesão pelo MS para o formato de funcionamento 60h simplificado.

Ainda de acordo com a Portaria nº 397, de 16 de março de 2020, O financiamento federal do programa SnH conta com um incentivo financeiro de custeio mensal por unidade de saúde, que varia de R\$ 15.000,00 a R\$ 59.866,00, dependendo do seu formato de adesão, conforme é demonstrado no ítem 2.4 a seguir.

2.4 Incentivo financeiro de custeio mensal do programa SnH por modalidade de adesão.

USF ou UBS com 60 Horas Simplificado	USF 60 Horas	USF 60 Horas com Saúde bucal	USF 75 Horas com Saúde Bucal
R\$ 15.000,00	R\$ 22.816,00	R\$ 31.766,00	R\$ 59.866,00

Também é disponibilizado um valor financeiro de apoio à implantação do Programa SnH, que é pago em parcela única por unidade de saúde, e sua transferência é iniciada após a publicação da portaria de homologação de adesão e o cumprimento de todos os requisitos. Os valores são os mesmos de custeio mensal de acordo com a modalidade de adesão (BRASIL, 2020b).

O repasse dos incentivos financeiros de custeio será suspenso se a USF ou a UBS deixarem de cumprir algum dos requisitos mencionados no item 2.2 (BRASIL, 2020b).

O monitoramento do programa SnH é realizado por meio dos sistemas de informação disponíveis para a Atenção Primária à Saúde, como o SCNES e o e-Gestor AB.

3. Implantação do programa SnH no Brasil

De acordo com a Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária à Saúde do departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, o Programa SnH apresentava, em dezembro de 2020, 4.606 USF e UBS com potencial e intenção de adesão ao Programa SnH no Brasil. Conforme dados do e-Gestor AB 2.566 foram homologadas e 1.816 cumpriram todos os requisitos necessários para implantação, distribuídas em 391 municípios de todas as regiões do país. Juntas, as unidades de saúde que foram implantadas realizaram, de

junho de 2019 a dezembro de 2020, 6,7 milhões de atendimentos individuais/odontológicos e procedimentos no horário estendido em todo o Brasil.

A maior parte das unidades de saúde implantadas foram da modalidade USF 60h com Saúde Bucal (897), seguida da modalidade USF 60h (496) e da USF e UBS 60h simplificada (399), a menor parte das implantações foram da modalidade USF 75h com Saúde Bucal (24).

Saiba mais acessando a área restrita do e-gestor e veja se o seu município tem algum serviço de saúde que aderiu ao programa SnH e se tem alguma pendência para receber recurso, por meio do link: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml>.

Importante que os gestores de saúde dos municípios que implantaram o programa SnH conheçam o perfil dos seus usuários ao planejar ações, o que irá contribuir para uma assistência mais integral e ao mesmo tempo melhorar o acesso da população aos serviços da APS no Brasil.

4. Tipos de atendimentos/procedimentos e perfil dos usuários que acessam os serviços da atenção primária a saúde, no horário estendido, por meio do programa SnH no Brasil.

A maior parte da produção realizada pelas equipes da APS foram de atendimentos individuais com 51,8%, seguido de procedimento com 44,7% e 3,5% de atendimento odontológico.

De cada 100 atendimentos/ procedimentos, 65 ocorreram após às 17 horas e 35 no fim de semana. O que demonstra uma procura muito maior pela população aos serviços da APS, no Brasil, após as 17 horas, se comparado com os atendimentos e procedimentos realizados no fim de semana.

Das pessoas que acessam as USF e UBS no horário estendido, a faixa-etária entre 20 e 29 anos obteve a maior procura com 15,1%.

De cada 100 pessoas que acessam as unidades de saúde no horário estendido, aproximadamente 65 são do sexo feminino e apenas 35 do sexo masculino. O que demonstra que mesmo no horário estendido o sexo feminino procura muito mais os serviços da APS no Brasil do que o sexo masculino.

Das mulheres que acessam o serviço no horário estendido, a maior parte encontra-se na faixa etária entre 20 e 29 anos com 10,6%, já entre os homens se destacou a faixa etária entre 0 e 9 anos com 6,2%. Isso demonstra que dependendo do sexo a faixa etária dos usuários que acessam o serviço da APS no horário estendido se modifica no Brasil.

Entre os problemas/condições mais avaliados, dentre os atendimentos individuais realizados em homens e mulheres, destacou-se a puericultura, a hipertensão arterial e a saúde mental, além da diabetes no sexo masculino e do pré-natal no sexo feminino.

Ao analisar os procedimentos mais realizados entre os homens e mulheres, destaca-se a aferição de pressão arterial e de temperatura, bem como a administração de medicamentos.

Entre os tipos de atendimentos odontológicos mais realizados em ambos os sexos, destacou-se a orientação de higiene bucal e a restauração de dente permanente posterior.

5. Recomendações para gestores municipais de saúde implantarem e/ou implementarem o programa SnH.

- Identificar no município se existe alguma USF e/ou UBS com o perfil de aderir ao Programa SnH e, se for o caso, requerer adesão ao MS dos serviços que ainda não foram solicitados;

- Verificar se todas as unidades de saúde homologadas no Programa SnH pelo MS, foram implantadas no município;

- Garantir o número mínimo de equipes cadastradas nos serviços de saúde, que implantaram o Programa SnH, de acordo com a modalidade de adesão;

- Verificar as portarias de homologação do MS, para acompanhar as solicitações de adesão ao Programa SnH do município, pois após a publicação da portaria de homologação da adesão, às unidades de saúde devem cumprir alguns requisitos dentro do prazo máximo de até 6 competências consecutivas do SCNES sob pena de cancelamento de sua adesão;

- Assegurar que todas as UBS e USF que implantaram o programa SnH estejam cadastradas no SCNES;

- Manter o horário de funcionamento no SCNES das USF e UBS, que implantaram o Programa SnH, de acordo com a modalidade de adesão homologada em portaria pelo MS;

- Garantir a carga horária mínima dos profissionais de nível médio e superior no SCNES de acordo com a PNAB e a Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019;

- Cadastrar e manter o gerente nos serviços de saúde que aderiram ao Programa SnH, não sendo obrigatório para a modalidade 60h simplificado;

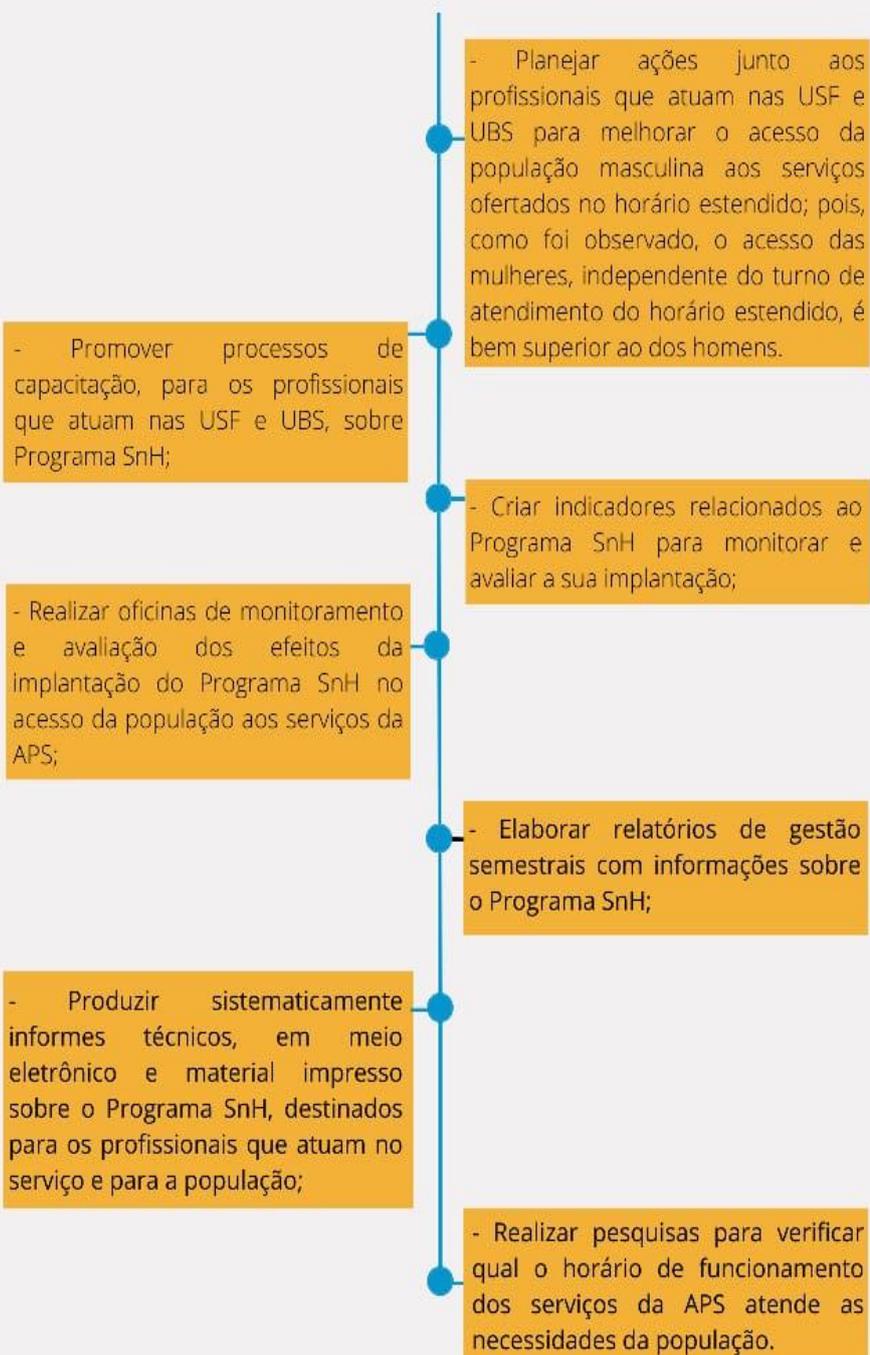
-Disponibilizar prontuário eletrônico para todas as equipes da unidade vinculada ao Programa SnH;

- Acompanhar mensalmente se todas as unidades de saúde que implantaram o Programa SnH no município estão cumprindo com os requisitos mínimos para receber o recurso financeiro federal;

- Acompanhar no processo de financiamento se o recurso financeiro federal para custeio dos serviços de saúde do Programa SnH está sendo repassado mensalmente;

- Identificar o turno de atendimento no horário estendido em que o usuário mais acessa o serviço e, se for o caso, readequar os horários de funcionamento das USF e UBS de acordo com a procura da população;

- Traçar o perfil da população que acessa o serviço no horário estendido, essa análise proporcionará a equipe de saúde o direcionamento de ações mais específicas;



Chegamos ao final desta cartilha, ressalto que é importante o gestor de saúde compreender os fatores que condicionam a implantação e/ou implementação de uma política/programa em cada município, no intuito de identificar as características dos contextos internos e externos e planejar ações específicas de acordo com a realidade de cada localidade, a final, para considerar a eficácia de uma política, é fundamental avaliar não apenas a oferta de cuidados de saúde, mas também a natureza da aceitação pelos cidadãos.

6. Referências bibliográficas

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui O Programa "Saúde na Hora", Que Dispõe Sobre O Horário Estendido de Funcionamento das Unidades de Saúde da Família: altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017. Brasília, 15 maio 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

_____. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em 20 de maio de 2021.

• e-Gestor AB disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relSaudeNaHora.xhtml>.

- Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica – SISAB. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>.
- Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR, Lau YS, Bailey S, Bower P, et al. (2016) Associações entre Ampliação do Acesso à Atenção Primária e Atendimentos de Emergência: Uma Análise de Diferenças. PLoS Med 13 (9): e1002113. doi: 10.1371 / journal.pmed.1002113.

APÊNDICE B

Número de unidades de saúde que implantaram o Programa SnH por região, Unidade Federada, município e modalidade de adesão no Brasil. Junho 2019 a 2020.

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	MODALIDADE DE ADESÃO	TOTAL DE ADESÕES
CO	DF	BRASÍLIA	USF com 60 horas	8
CO	DF	BRASÍLIA	USF com 60 horas com saúde bucal	18
CO	Total DF	1		26
CO	GO	ABADIA DE GOIÁS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	ALEXÂNIA	USF com 60 horas	1
CO	GO	APARECIDA DE GOIÂNIA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	CAMPOS BELOS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
CO	GO	DOVERLÂNDIA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	FORMOSA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	GOIANÉSIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
CO	GO	GOIÂNIA	USF com 60 horas	11
CO	GO	GOIÂNIA	USF com 60 horas com saúde bucal	28
CO	GO	GOIÂNIA	USF com 75 horas com saúde bucal	3
CO	GO	GOIÂNIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	19
CO	GO	GOIANIRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
CO	GO	INHUMAS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	2
CO	GO	INHUMAS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	ITAUÇU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
CO	GO	JATAÍ	USF com 60 horas com saúde bucal	2
CO	GO	MUNDO NOVO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	NERÓPOLIS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	3
CO	GO	NIQUELÂNDIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
CO	GO	PALMEIRAS DE GOIÁS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
CO	GO	PLANALTINA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	SANTO ANTÔNIO DA BARRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
CO	GO	SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
CO	GO	SENADOR CANEDO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	GO	TEREZÓPOLIS DE GOIÁS	USF com 60 horas	1
CO	GO	URUANA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
CO	Total GO	22		94

CO	MS	CAMPO GRANDE	USF com 60 horas	1
CO	MS	CAMPO GRANDE	USF com 60 horas com saúde bucal	28
CO	MS	COSTA RICA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	MS	DOURADOS	USF com 60 horas com saúde bucal	3
CO	MS	JARAGUARI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	MS	NOVA ANDRADINA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	MS	TRÊS LAGOAS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	5
CO	Total MS	6		40
CO	MT	CUIABÁ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
CO	MT	VÁRZEA GRANDE	USF com 60 horas	4
CO	Total MT	2		5
Total Região CO		31		165
NE	AL	ARAPIRACA	USF com 60 horas	1
NE	AL	ARAPIRACA	USF com 60 horas com saúde bucal	6
NE	AL	MARECHAL DEODORO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	AL	PIRANHAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	AL	RIO LARGO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	AL	SÃO MIGUEL DOS CAMPOS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	AL	SÃO MIGUEL DOS CAMPOS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
NE	AL	SÃO SEBASTIÃO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
NE	Total AL	6		16
NE	BA	AMÉLIA RODRIGUES	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	BA	BRUMADO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	BA	CARAVELAS	USF com 60 horas	1
NE	BA	CORIBE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	BA	FEIRA DE SANTANA	USF com 60 horas	3
NE	BA	JACOBINA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	BA	MAIRI	USF com 60 horas	1
NE	Total BA	7		10
NE	CE	CASCADEL	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	CAUCAIA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	CE	CRATO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	CRUZ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	FORTALEZA	USF com 60 horas	30
NE	CE	FORTALEZA	USF com 60 horas com saúde bucal	71
NE	CE	FORTALEZA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	6
NE	CE	HORIZONTE	USF com 60 horas	1
NE	CE	IBIAPINA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1

NE	CE	IGUATU	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	IRAUÇUBA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	JAGUARIBARA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	JAGUARUANA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	JAGUARUANA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	CE	JUAZEIRO DO NORTE	USF com 60 horas	2
NE	CE	JUAZEIRO DO NORTE	USF com 60 horas com saúde bucal	3
NE	CE	MARANGUAPE	USF com 60 horas	1
NE	CE	MOMBAÇA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	CE	PACATUBA	USF com 60 horas	1
NE	CE	QUIXADÁ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
NE	CE	RERIUTABA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	CE	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	CE	SOBRAL	USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	CE	TAUÁ	USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	CE	TAUÁ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	CE	VARJOTA	USF com 60 horas	1
NE	CE Total	21		138
NE	MA	AMARANTE DO MARANHÃO	USF com 60 horas	1
NE	MA	AMARANTE DO MARANHÃO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	MA	AMARANTE DO MARANHÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	MA	ARAGUANÃ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	MA	BACABAL	USF com 60 horas	1
NE	MA	BACABAL	USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	MA	BACABEIRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	CAJAPIÓ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	CAXIAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	5
NE	MA	CENTRO DO GUILHERME	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	CODÓ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	MA	CODÓ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	MA	DOM PEDRO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	ESTREITO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	MA	ESTREITO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
NE	MA	FORTUNA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
NE	MA	GONÇALVES DIAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	GOVERNADOR EDISON LOBÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1

	MA	GOVERNADOR EUGÊNIO		
NE		BARROS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	ICATU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	IMPERATRIZ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
NE	MA	JOÃO LISBOA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	MA	LAGO DA PEDRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	MA	LAGOA GRANDE DO		
NE		MARANHÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	MATÕES DO NORTE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	MORROS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	MA	NOVA OLINDA DO		
NE		MARANHÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	MA	OLINDA NOVA DO		
NE		MARANHÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	POÇÃO DE PEDRAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	MA		Intenção de adesão ao formato USF	
NE		PORTO FRANCO	com 60 horas	1
NE	MA	PRESIDENTE MÉDICI	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	MA	SANTO AMARO DO		
NE		MARANHÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	MA	SÃO LUÍS	Intenção de adesão ao formato USF	
NE			com 60 horas	3
NE	MA	SÃO LUÍS	USF com 60 horas	6
NE	MA	SÃO LUÍS	USF com 60 horas com saúde bucal	4
	MA	SÃO MATEUS DO		
NE		MARANHÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	MA	ZÉ DOCA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	MA	ZÉ DOCA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
NE	Total MA	30		65
NE	PB	CAMPINA GRANDE	USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	PB	CAMPINA GRANDE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
NE	Total PB	1		5
NE	PE	CARUARU	USF com 60 horas	1
NE	PE	CARUARU	USF com 60 horas com saúde bucal	3
NE	PE	PETROLINA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
NE	PE	RECIFE	USF com 60 horas com saúde bucal	20
NE	PE	TACARATU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	Total PE	4		27
NE	PI	ANÍSIO DE ABREU	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	PI	ANÍSIO DE ABREU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	AROAZES	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	BOM JESUS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	PI	BONFIM DO PIAUÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	CAPITÃO DE CAMPOS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	COCAL	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	DOM INOCÊNCIO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1

NE	PI	LAGOA ALEGRE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	NAZÁRIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	SÃO LOURENÇO DO PIAUÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI	TERESINA	USF com 60 horas	1
NE	PI	TERESINA	USF com 60 horas com saúde bucal	45
NE	PI	TERESINA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	13
NE	PI	VÁRZEA BRANCA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	PI Total	12		71
NE	RN	PARNAMIRIM	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	RN	PARNAMIRIM	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
NE	RN	SÃO JOSÉ DE MIPIBU	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	RN	SÃO JOSÉ DE MIPIBU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
NE	Total RN	2		10
NE	SE	ARACAJU	USF com 60 horas	6
NE	SE	ARACAJU	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	SE	ARACAJU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	SE	CRISTINÁPOLIS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	SE	ITABAIANA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	SE	ITABAIANINHA	USF com 60 horas	1
NE	SE	ITABAIANINHA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	SE	SALGADO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
NE	SE	SÃO CRISTÓVÃO	USF com 60 horas com saúde bucal	3
NE	SE	TOBIAS BARRETO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
NE	Total SE	7		17
Total Região NE		90		359
N	AC	CRUZEIRO DO SUL	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	AC	CRUZEIRO DO SUL	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
N	Total AC	1		4
N	AM	ANORI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	AM	ATALAIA DO NORTE	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	AM	AUTAZES	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
N	AM	BOCA DO ACRE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	AM	HUMAITÁ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	AM	IRANDUBA	USF com 60 horas com saúde bucal	3
N	AM	IRANDUBA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
N	AM	ITACOATIARA	USF com 60 horas com saúde bucal	6
N	AM	JUTAÍ	USF com 60 horas	1
N	AM	MANACAPURU	USF com 60 horas	1
N	AM	MANACAPURU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	5
N	AM	MANAUS	USF com 60 horas	8
N	AM	MANAUS	USF com 60 horas com saúde bucal	13
N	AM	MANAUS	USF com 75 horas com saúde bucal	3
N	AM	MANAUS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	7
N	AM	MARAÃ	USF com 60 horas	1

N	AM	NOVA OLINDA DO NORTE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	AM	PARINTINS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	AM	PARINTINS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	6
N	AM	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
N	AM	TABATINGA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
N	AM	TAPAUÁ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	AM	TEFÉ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	AM	URUCURITUBA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
N	Total AM	18		75
N	AP	CUTIAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	AP	LARANJAL DO JARI	USF com 60 horas com saúde bucal	2
N	AP	LARANJAL DO JARI	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	AP	SANTANA	USF com 60 horas com saúde bucal	3
N	AP	SANTANA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
N	Total AP	3		10
N	PA	ANANINDEUA	USF com 60 horas	10
N	PA	ANANINDEUA	USF com 60 horas com saúde bucal	3
N	PA	BELÉM	USF com 60 horas	7
N	PA	BRAGANÇA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
N	PA	BRAGANÇA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	PA	CAPANEMA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	PA	CAPITÃO POÇO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	PA	OURILÂNDIA DO NORTE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	PA	RURÓPOLIS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
N	PA	SANTARÉM	USF com 60 horas	2
N	Total PA	8		31
N	RO	JARU	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	2
N	RO	JARU	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	RO	OURO PRETO DO OESTE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	RO	PORTO VELHO	USF com 60 horas com saúde bucal	11
N	RO	VILHENA	USF com 60 horas	6
N	Total RO	4		21
N	TO	ALMAS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	TO	ARAGUATINS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
N	TO	ARAGUATINS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	TO	DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	TO	GURUPI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
N	TO	ITACAJÁ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1

N	TO	PALMAS	USF com 60 horas com saúde bucal	11
N	TO	PALMAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	12
N	TO	PARAÍSO DO TOCANTINS	USF com 60 horas	1
N	TO	SÃO MIGUEL DO TOCANTINS	USF com 60 horas	1
N	TO	SÃO MIGUEL DO TOCANTINS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	TO	SÍTIO NOVO DO TOCANTINS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	TO	TAGUATINGA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
N	Total TO	10		34
Total Região N		44		175
SE	ES	ATILIO VIVACQUA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	USF com 60 horas	4
SE	ES	CASTELO	USF com 60 horas	1
SE	ES	CASTELO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	MARILÂNDIA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	MIMOSO DO SUL	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	SÃO MATEUS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	ES	SERRA	USF com 60 horas	1
SE	ES	SERRA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	VENDA NOVA DO	USF com 60 horas	1
SE	ES	IMIGRANTE	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	VILA VELHA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	ES	VILA VELHA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	ES	VITÓRIA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
SE	Total ES	10		19
SE	MG	BALDIM	USF com 60 horas	1
SE	MG	BELO HORIZONTE	USF com 60 horas	27
SE	MG	BELO HORIZONTE	USF com 60 horas com saúde bucal	108
SE	MG	BELO HORIZONTE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	12
SE	MG	BELO ORIENTE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	BIAS FORTES	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	CARANDAÍ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	CARATINGA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
SE	MG	CAREAÇU	USF com 60 horas	1
SE	MG	COLUNA	USF com 60 horas	1
SE	MG	CONSELHEIRO PENA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	CONTAGEM	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	MG	ERVÁLIA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
SE	MG	ESPINOSA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4

SE	MG	GOVERNADOR VALADARES	USF com 60 horas	1
SE	MG	GOVERNADOR VALADARES	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	IAPU	USF com 60 horas	1
SE	MG	IBERTIOGA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	IBIRITÉ	USF com 60 horas	6
SE	MG	INCONFIDENTES	USF com 60 horas	1
SE	MG	IPATINGA	USF com 60 horas	5
SE	MG	IPATINGA	USF com 60 horas com saúde bucal	3
SE	MG	IPATINGA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	5
SE	MG	ITAJUBÁ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	MG	ITAMBACURI	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	ITANHOMI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	JEQUITIBÁ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	MAMONAS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	MAR DE ESPANHA	USF com 60 horas	1
SE	MG	MARILAC	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	MATIPÓ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	MG	MINAS NOVAS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	MONTES CLAROS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	MONTES CLAROS	USF com 60 horas	1
SE	MG	MONTES CLAROS	USF com 60 horas com saúde bucal	13
SE	MG	MONTES CLAROS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	9
SE	MG	MORRO DO PILAR	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	MURIAÉ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	OURO VERDE DE MINAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	PATOS DE MINAS	USF com 60 horas	3
SE	MG	PATOS DE MINAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	7
SE	MG	PAULA CÂNDIDO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	PINGO-D'ÁGUA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	PIRANGUINHO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	MG	POÇOS DE CALDAS	USF com 60 horas	1
SE	MG	POÇOS DE CALDAS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	POUSO ALEGRE	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	2
SE	MG	POUSO ALEGRE	USF com 60 horas	1
SE	MG	RIO ESPERA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	SACRAMENTO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1

SE	MG	SANTA LUZIA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	SANTA LUZIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
SE	MG	SANTA RITA DE IBITIPOCA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	SÃO BRÁS DO SUAÇUÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	SÃO GONÇALO DO RIO PRETO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	SÃO GOTARDO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	MG	SILVIANÓPOLIS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	MG	TIMÓTEO	USF com 60 horas	1
SE	MG	TOCANTINS	USF com 60 horas	1
SE	MG	UBERABA	USF com 60 horas com saúde bucal	4
SE	MG	UBERABA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
SE	MG	VARZELÂNDIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	MG	Total	49	264
SE	RJ	ANGRA DOS REIS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
SE	RJ	BELFORD ROXO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	6
SE	RJ	MESQUITA	USF com 60 horas	2
SE	RJ	MESQUITA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	RJ	MESQUITA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	RJ	NOVA IGUAÇU	USF com 60 horas	1
SE	RJ	PETRÓPOLIS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	RJ	RESENDE	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	RJ	RIO DE JANEIRO	USF com 60 horas	44
SE	RJ	RIO DE JANEIRO	USF com 60 horas com saúde bucal	96
SE	RJ	RIO DE JANEIRO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	5
SE	RJ	SÃO GONÇALO	USF com 60 horas	8
SE	RJ	SÃO GONÇALO	USF com 60 horas com saúde bucal	4
SE	RJ	SÃO GONÇALO	USF com 75 horas com saúde bucal	2
SE	RJ	TERESÓPOLIS	USF com 60 horas	2
SE	RJ	VOLTA REDONDA	USF com 60 horas	5
SE	Total RJ	10		182
SE	SP	ANDRADINA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	SP	ANDRADINA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
SE	SP	ANDRADINA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	SP	ARAÇATUBA	USF com 60 horas com saúde bucal	7
SE	SP	BARRETOS	USF com 60 horas	1
SE	SP	BARRINHA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	BAURU	USF com 60 horas	1
SE	SP	BIRIGUI	USF com 60 horas	1
SE	SP	BRAGANÇA PAULISTA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1

	SP	CAMPINA DO MONTE		
SE		ALEGRE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	CAMPINAS	USF com 60 horas	1
SE	SP	CAMPINAS	USF com 60 horas com saúde bucal	3
SE	SP	CAMPINAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	7
SE	SP	CASTILHO	USF com 60 horas	1
SE	SP	CATANDUVA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	DIADEMA	USF com 60 horas	3
SE	SP	DIADEMA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
SE	SP	DOBRADA	USF com 60 horas	1
SE	SP	FRANCO DA ROCHA	USF com 60 horas	3
SE	SP	FRANCO DA ROCHA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	SP	GUAÍRA	USF com 60 horas	1
SE	SP	HORTOLÂNDIA	USF com 60 horas	2
SE	SP	HORTOLÂNDIA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	HORTOLÂNDIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	SP		Intenção de adesão ao formato USF	
SE		IBIRÁ	com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	ILHA SOLTEIRA	USF com 60 horas	2
SE	SP	ILHA SOLTEIRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	SP	INÚBIA PAULISTA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	ITAPEVI	USF com 60 horas com saúde bucal	2
SE	SP	ITAPIRA	USF com 60 horas	1
SE	SP	ITAPURA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	JACARÉÍ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	JACARÉÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
	SP		Intenção de adesão ao formato USF	
SE		JUNDIAÍ	com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	JUNDIAÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	LENÇÓIS PAULISTA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	LUIZIÂNIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	MIRANDÓPOLIS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	SP		Intenção de adesão ao formato USF	
SE		NOVA CAMPINA	com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	ORINDIÚVA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	PAULO DE FARIA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	RIBEIRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	RIBEIRÃO GRANDE	USF com 60 horas	1
SE	SP	RIBEIRÃO PRETO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	5
SE	SP	RIO CLARO	USF com 60 horas com saúde bucal	3
	SP		Intenção de adesão ao formato USF	
SE		SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	SP	SANTO ANDRÉ	USF com 60 horas	1
SE	SP	SANTO ANDRÉ	USF com 60 horas com saúde bucal	3
SE	SP	SANTO ANDRÉ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2

SE	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	Intenção de adesão ao formato USF com 75 horas com saúde bucal	8
SE	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	USF com 60 horas com saúde bucal	6
SE	SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	USF com 75 horas com saúde bucal	6
SE	SP	SÃO CAETANO DO SUL	USF com 60 horas	3
SE	SP	SÃO CAETANO DO SUL	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	SP	SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	USF com 60 horas	5
SE	SP	SÃO MIGUEL ARCANJO	USF com 60 horas	1
SE	SP	SÃO PAULO	USF com 60 horas	98
SE	SP	SÃO PAULO	USF com 60 horas com saúde bucal	135
SE	SP	SETE BARRAS	USF com 60 horas	1
SE	SP	SOROCABA	USF com 60 horas	4
SE	SP	SOROCABA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	SUD MENNUCCI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	TABAPUÃ	USF com 60 horas	1
SE	SP	TATUÍ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
SE	SP	TAUBATÉ	USF com 60 horas	3
SE	SP	UBIRAJARA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
SE	SP	UCHOA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
SE	SP	URUPÊS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
SE	SP	VARGEM GRANDE PAULISTA	USF com 60 horas	1
SE	SP	VOTUPORANGA	USF com 60 horas	1
SE	SP	VOTUPORANGA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
SE	Total SP	53		372
Total Região SE		122		837
S	PR	AGUDOS DO SUL	USF com 60 horas	1
S	PR	ALVORADA DO SUL	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	ARARUNA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	BOM SUCESSO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	CAMBÉ	USF com 60 horas	1
S	PR	CAMBÉ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	CAMBÉ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
S	PR	CAMPINA DA LAGOA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	CAMPO LARGO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	CASCAVEL	USF com 60 horas	1
S	PR	CASCAVEL	USF com 60 horas com saúde bucal	2
S	PR	CASCAVEL	USF ou UBS 60 horas Simplificado	14

S	PR	COLOMBO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
S	PR	CORBÉLIA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	CORBÉLIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	CORONEL DOMINGOS SOARES	USF com 60 horas	1
S	PR	CRUZEIRO DO OESTE	USF com 60 horas	2
S	PR	CURITIBA	USF com 60 horas com saúde bucal	41
S	PR	CURITIBA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
S	PR	ENGENHEIRO BELTRÃO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	FAZENDA RIO GRANDE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	FOZ DO IGUAÇU	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
S	PR	FOZ DO IGUAÇU	Intenção de adesão ao formato USF com 75 horas com saúde bucal	1
S	PR	FOZ DO IGUAÇU	USF com 60 horas	2
S	PR	FOZ DO IGUAÇU	USF com 60 horas com saúde bucal	3
S	PR	IBAITI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	IRETAMA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	JURANDA	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	LUIZIANA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	MAMBORÊ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	MANDAGUAÇU	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	MANDIRITUBA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	MANGUEIRINHA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	MARINGÁ	USF com 60 horas	7
S	PR	MARINGÁ	USF com 60 horas com saúde bucal	6
S	PR	NOVA TEBAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	PARAÍSO DO NORTE	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	PR	PARANAGUÁ	USF com 60 horas	4
S	PR	PEABIRU	USF com 60 horas	1
S	PR	PINHAIS	USF com 60 horas	3
S	PR	QUATIGUÁ	USF com 60 horas	1
S	PR	RAMILÂNDIA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	RONCADOR	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	SANTO ANTÔNIO DA PLATINA	USF com 60 horas	1
S	PR	SÃO JORGE DO IVAÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	PR	TERRA BOA	USF com 60 horas	1
S	PR	TOLEDO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
S	PR	TOLEDO	USF com 60 horas	1
S	Total PR	37		127
S	RS	ALECRIM	USF com 60 horas com saúde bucal	1

S	RS	ARVOREZINHA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	BAGÉ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	2
S	RS	BARÃO DE COTEGIPE	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	RS	CANOAS	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	RS	CANOAS	USF com 60 horas com saúde bucal	3
S	RS	CAXIAS DO SUL	USF com 60 horas	1
S	RS	CAXIAS DO SUL	USF com 60 horas com saúde bucal	2
S	RS	CORONEL BICACO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	RS	DOCTOR MAURÍCIO CARDOSO	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	RS	ERECHIM	USF com 60 horas	1
S	RS	ERVAL GRANDE	USF com 60 horas	1
S	RS	FAZENDA VILANOVA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	HERVAL	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	RS	JACUTINGA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	LAVRAS DO SUL	USF com 60 horas	1
S	RS	LIBERATO SALZANO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	MARCELINO RAMOS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	MIRAGUAÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	MONTENEGRO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	NOVO BARREIRO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	NOVO HAMBURGO	USF com 60 horas	2
S	RS	OSÓRIO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
S	RS	PAROBÉ	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	1
S	RS	PELOTAS	USF com 60 horas	1
S	RS	PLANALTO	USF com 60 horas	1
S	RS	PORTO ALEGRE	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas	2
S	RS	PORTO ALEGRE	Intenção de adesão ao formato USF com 60 horas com saúde bucal	3
S	RS	PORTO ALEGRE	USF com 60 horas	5
S	RS	PORTO ALEGRE	USF com 60 horas com saúde bucal	8
S	RS	PORTO ALEGRE	USF com 75 horas com saúde bucal	1
S	RS	PORTO ALEGRE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
S	RS	PORTO LUCENA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	TRÊS PALMEIRAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	RS	URUGUAIANA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	3
S	RS	VIADUTOS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	Total RS	29		59
S	SC	ALFREDO WAGNER	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	ANTÔNIO CARLOS	USF com 60 horas	1
S	SC	AURORA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	BELA VISTA DO TOLDO	USF com 60 horas	1

S	SC	BOM RETIRO	USF com 60 horas	1
S	SC	CAIBI	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	CAMBORIÚ	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	CANOINHAS	USF com 60 horas	1
S	SC	CAXAMBU DO SUL	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	DONA EMMA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	FLORIANÓPOLIS	USF com 60 horas	6
S	SC	FLORIANÓPOLIS	USF com 60 horas com saúde bucal	4
	SC	GOVERNADOR CELSO		
S	SC	RAMOS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	ILHOTA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	SC		Intenção de adesão ao formato USF	
S	SC	IMBUIA	com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	IRACEMINHA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	ITAJAÍ	USF com 60 horas	6
S	SC	ITAJAÍ	USF ou UBS 60 horas Simplificado	9
S	SC	ITAPEMA	USF com 60 horas	1
S	SC	JOINVILLE	USF com 60 horas	24
S	SC	JOINVILLE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
S	SC	JOSÉ BOITEUX	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	MAFRA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	4
S	SC	MAJOR VIEIRA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	MODELO	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	NOVA TRENTO	USF com 60 horas	1
S	SC	PALHOÇA	USF com 60 horas com saúde bucal	2
S	SC	PALMA SOLA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	PASSO DE TORRES	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	SC	PESCARIA BRAVA	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	SC		Intenção de adesão ao formato USF	
S	SC	PETROLÂNDIA	com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	PRAIA GRANDE	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
	SC		Intenção de adesão ao formato USF	
S	SC	PRESIDENTE GETÚLIO	com 60 horas	1
S	SC	RIO DO CAMPO	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	RIO DO OESTE	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	SALETE	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	SÃO JOÃO BATISTA	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	SÃO JOSÉ	USF com 60 horas	3
S	SC	TIJUCAS	USF com 60 horas com saúde bucal	1
S	SC	TIJUCAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	2
S	SC	TRÊS BARRAS	USF com 60 horas	1
S	SC	TREZE TÍLIAS	USF ou UBS 60 horas Simplificado	1
S	Total SC	38		94
Total Região S		104		280
Total Brasil		391		1.816